

**INCIDENCIAS DEL EMBARAZO ECTOPICO EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA
DE SALUD DE TERCER NIVEL, VALLEDUPAR 2022**

**YULAINETH DIAZ SEVERICHE
IRLENA ESTHER MIER OLIVELLA**

**UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA
VALLEDUPAR**

2024

**INCIDENCIAS DEL EMBARAZO ECTOPICO EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA
DE SALUD DE TERCER NIVEL, VALLEDUPAR 2022**

**YULAINETH DIAZ SEVERICHE
IRLENA ESTHER MIER OLIVELLA**

**Directora de trabajo de grado
JADYS PAOLA MOJICA ARMENTA
Instrumentadora Quirúrgica
Especialista Sistemas de la Calidad y Auditoria
Maestrante en Currículo Con énfasis en Diseño Curricular**

**UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA
VALLEDUPAR-CESAR
2024**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del Jurado

Firma de Jurado

Firma de Jurado

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios primeramente por brindarme sabiduría en los momentos que más la necesitaba por haber puesto amigos, docentes y compañeros que ayudaron en mi formación académica a lo largo de los años. Dedico este logro a mis padres Holger Díaz Rojas y Gloria Severiche Ávila ya que fueron ese pilar fundamental y gran apoyo incondicional, ellos quienes me inculcaron el esfuerzo por conseguir mis sueños y mi motor para ayudarme a cumplir mis objetivos como persona y estudiante.

A mis compañeros Irlena Mier Olivella y Diego González por su apoyo a la hora de estudiar y su gran manera de darme ánimos en los momentos que sentí desfallecer; A mis hermanas por su apoyo desde la distancia, alentándome con palabras de amor y fuerza. Gracias a todos los amo mucho.

YULAINTEH DIAZ SEVERICHE

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios por guiarme, sostenerme en todo momento y colocar personas maravillosas en mi camino que contribuyeron a mi formación.

A mis padres por su amor, apoyo incondicional, por motivarme y ayudarme a seguir cada día adelante, por ser mi motor en mis días y noches más difíciles siempre presentes con una palabra de aliento.

A mis ángeles que tuvieron que partir al cielo, mis estrellas que en cada paso me acompañan.

A mis compañeros Yulaineth Diaz Severiche y Diego González por su apoyo, cariño incondicional, cada consejo, cada risa y todos los momentos que pasamos juntos.

A mis amistades que siempre estuvieron acompañándome en todo momento, dándome apoyo y ayudándome a seguir adelante con cada palabra de aliento.

Gracias por siempre creer en mí, los amo.

IRLENA ESTHER MIER OLIVELLA

Agradecimiento

Agradecemos principalmente a Dios por su infinito amor y misericordia por regalarnos la oportunidad de terminar nuestra carrera.

A nuestros padres por ser nuestros soportes en todo momento y ayudarnos a seguir adelante en momentos difíciles.

A nuestra tutora Jadys Paola Mojica Armenta por incentivarlos realizar esta tesis bajo su dirección, su apoyo y confianza en nuestro trabajo.

Al Hospital Rosario Pumarejo de López por abrirnos las puertas y permitirnos realizar nuestro proyecto.

Contenido

Resumen.....	14
Abstract.....	15
Introducción	16
1. Planteamiento del Problema	18
1.1 Descripción del Problema.....	18
1.2 Formulación del Problema.....	19
2. Justificación	20
3. Propósito	22
4. Objetivos.....	23
4.1 Objetivo General.....	23
5. Línea de Investigación	24
6. Factibilidad y Delimitación.....	25
6.1 Factibilidad	25
6.2 Espacios Temporales y Geográficos.....	25
6.2.1 <i>Espacio Temporal</i>	25
6.2.2 <i>Espacio Geográfico</i>	25
7. Marco Teórico.....	26
7.1 Marco Conceptual.....	26
7.2 Antecedentes y/o Estado del Arte Investigativo	27
7.3 Bases Teóricas	29
7.3.1 <i>Aparato Reproductor Femenino</i>	29
7.3.2 <i>Embriogénesis</i>	33

7.3.3 Trompas de Falopio	41
7.3.4 Embarazo Ectópico	43
7.3.5 Factores de Riesgo para Embarazos Ectópicos	50
7.3.6 Incidencia de embarazos ectópicos	51
7.3.7 Conflictos Éticos Asociados al Manejo del Embarazo Ectópico	52
7.3.8 Duelo por la Pérdida de un Embarazo	52
7.4 Marco Legal	54
8. Diseño Metodológico	56
8.1 Tipo de Estudio	56
8.2 Población	56
8.3 Muestra	56
8.4 Operacionalización de las Variables	56
8.5 Unidad de Análisis	56
8.5.1 Criterios de Inclusión	56
8.5.2 Criterios de Exclusión	57
8.6 Técnicas de Recolección de la Información	57
8.6.1 Fuentes Primarias	57
8.6.2 Fuentes Secundarias	57
8.7 Análisis y Presentación de la Información	57
8.7.1 Análisis de la Información	57
8.7.2 Presentación de la Información	57
8.7.3 Difusión de la Información	57
8.8 Aspectos Éticos de la Investigación	58

9. Análisis de Resultados	59
Conclusiones	81
Recomendaciones	82
Referencias.....	83
Anexos	87

Lista de tablas

	Pág.
TABLA 1. FACTORES ASOCIADOS CON LA IMPLANTACIÓN Y EL MANTENIMIENTO DEL EMBARAZO TEMPRANO	39
TABLA 2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL EMBARAZO ECTÓPICO	47
TABLA 3. EDAD	59
TABLA 4. ESTRATO	60
TABLA 5. ESTADO CIVIL	61
TABLA 6. ZONA DE PROCEDENCIA	62
TABLA 7. NIVEL DE ESTUDIO	63
TABLA 8. ¿CONOCES SOBRE EL EMBARAZO ECTÓPICO?	64
TABLA 9. ¿HA CONSUMIDO O CONSUME ALGUNA SUSTANCIA PSICOACTIVA?	65
TABLA 10. ¿HA HECHO USO DE ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN?	66
TABLA 11. ¿QUÉ MÉTODO DE PLANIFICACIÓN USA O USABA?	67
TABLA 12. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)?	68
TABLA 13. SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE SI ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ETS PRESENTA?	69
TABLA 14. ¿HA TENIDO LIGADURA DE TROMPAS SIN ÉXITO?	70
TABLA 15. ¿TOMA PASTILLAS DEL DÍA SIGUIENTE DESPUÉS DE TENER RELACIONES SEXUALES?	71
TABLA 16. SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE SI ¿CON QUE FRECUENCIA TOMA LAS PASTILLAS?	72
TABLA 17. ¿HA ESTADO EMBARAZADA?	73
TABLA 18. ¿CUÁNTAS VECES HA ESTADO EMBARAZADA?	74
TABLA 19. ¿TIENE HIJOS?	75
TABLA 20. ¿HA SUFRIDO UN ABORTO?	76
TABLA 21. SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE SI ¿CUÁNTAS VECES LO HA PADECIDO?	77
TABLA 22. ¿HA TENIDO ABORTO INDUCIDO O ESPONTANEO?	78
TABLA 23. ¿HA PRESENTADO EMBARAZO ECTÓPICO?	79

Lista de graficas

	Pág.
GRAFICA 1. EDAD	59
GRAFICA 2. ESTRATO	60
GRAFICA 3. ESTADO CIVIL	61
GRAFICA 4. ZONA DE PROCEDENCIA	62
GRAFICA 5. NIVEL DE ESTUDIO	63
GRAFICA 6. ¿CONOCES SOBRE EL EMBARAZO ECTÓPICO?	64
GRAFICA 7. ¿HA CONSUMIDO O CONSUME ALGUNA SUSTANCIA PSICOACTIVA	65
GRAFICA 8. ¿HA HECHO USO DE ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN?	66
GRAFICA 9. ¿QUÉ MÉTODO DE PLANIFICACIÓN USA O USABA?	67
GRAFICA 10. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)?	68
GRAFICA 11. SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE SI ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ETS PRESENTA?	69
GRAFICA 12. ¿HA TENIDO LIGADURA DE TROMPAS SIN ÉXITO?	70
GRAFICA 13. ¿TOMA PASTILLAS DEL DÍA SIGUIENTE DESPUÉS DE TENER RELACIONES SEXUALES?	71
GRAFICA 14. SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE SI ¿CON QUE FRECUENCIA TOMA LAS PASTILLAS?	72
GRAFICA 15. ¿HA ESTADO EMBARAZADA?	73
GRAFICA 16. ¿CUÁNTAS VECES HA ESTADO EMBARAZADA?	74
GRAFICA 17. ¿TIENE HIJOS?	75
GRAFICA 18. ¿HA SUFRIDO UN ABORTO?	76
GRAFICA 19. SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE SI ¿CUÁNTAS VECES LO HA PADECIDO?	77
GRAFICA 20. ¿HA TENIDO ABORTO INDUCIDO O ESPONTANEO?	78
GRAFICA 21. ¿HA PRESENTADO EMBARAZO ECTÓPICO?	79

Lista de imágenes

	Pág.
FIGURA 1. ESTRUCTURA MUSCULAR DEL ÚTERO	87
FIGURA 2. PELVIS FEMENINA	87
FIGURA 3. ÚTERO, TROMPAS Y OVARIOS	88
FIGURA 4. GENITALES EXTERNOS FEMENINOS	88
FIGURA 5. TROMPAS DE FALOPIO	89
FIGURA 6. FECUNDACIÓN FORMACIÓN DEL PRONÚCLEO	90
FIGURA 7. GAMETOGÉNESIS EN EL TESTÍCULO	90
FIGURA 8. GAMETOGÉNESIS EN EL OVARIO	91
FIGURA 9. BLASTOCITO EN LA PRE IMPLANTACIÓN	91
FIGURA 10. EMBRIÓN IMPLANTADO	92
FIGURA 11. FASES EMBRIÓN	92
FIGURA 12. OVULACIÓN FECUNDACIÓN MIGRACIÓN E IMPLANTACIÓN DEL HUEVO	93
FIGURA 13. CORTES TRANSVERSALES DE VELLOSIDADES CORIÓNICAS	93
FIGURA 14. VELLOSIDADES CORÁNICAS 15 Y 17 DÍAS POS CONCEPCIÓN	94
FIGURA 15. EMBARAZO ECTÓPICO	94
FIGURA 16. ECOGRAFÍA DE UN EMBARAZO ECTÓPICO	95
FIGURA 17. HEMATOCELE PELVIANO	95
FIGURA 18.. SALPINGECTOMÍA COMO TRATAMIENTO PARA EL EMBARAZO ECTÓPICO	96
FIGURA 19. FETO ECTÓPICO TUBÁRICO EXTRAÍDO DE UN SACO OVULAR TRAS LA EXERESIS QUIRÚRGICA	96
FIGURA 20. PRODUCTOS FETALES CON SUS ANEXOS	96

Lista de anexos

	Pág.
ANEXO 1. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	97
ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ENCUESTA)	98
ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	101
ANEXO 4. INFOGRAFÍA	102
ANEXO 5. SOCIALIZACIÓN	103

Resumen

El embarazo ectópico representa una condición médica grave en la que el óvulo fecundado se implanta fuera de la cavidad uterina, generalmente en la cavidad pelviana o abdominal. Esta situación puede provocar complicaciones potencialmente mortales, como la hemorragia peritoneal, y también puede resultar en la disminución o pérdida de la fertilidad de la paciente. Dada la naturaleza crítica del embarazo ectópico, es fundamental brindar atención médica temprana a las pacientes afectadas. El siguiente proyecto, surge de la necesidad importante de brindarle una atención temprana a la paciente con embarazo ectópico debido al potencial riesgo de complicación asociada, por lo que el tratamiento oportuno y el manejo adecuado son muy importantes. Para llevarlo a cabo se planteó un objetivo general denominado identificar la incidencia de embarazos ectópicos en pacientes atendidas en una institución prestadora de tercer nivel de salud de la ciudad de Valledupar 2022, a través de una caracterización sociodemográfica detallada, identificación de patrones y tendencias que nos ayuden a comprender mejor las dinámicas relacionadas con el embarazo ectópico. Una vez identificados los factores de riesgo, es esencial llevar a cabo una campaña de sensibilización y educación comunitaria, dirigida también a los profesionales de la salud en el Hospital Rosario Pumarejo de López. Metodológicamente, la investigación es de tipo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal con un enfoque cuantitativo, con una población de pacientes atendidas por embarazo ectópico en el Hospital Rosario Pumarejo de López en la ciudad de Valledupar, cesar 2022 y una muestra de 100 mujeres.

Los resultados revelan hallazgos notables sobre la salud reproductiva y la planificación familiar en mujeres encuestadas. Se observa que la mayoría de las mujeres son jóvenes, de estratos socioeconómicos bajos o medios, y viven en zonas urbanas, lo que resalta la necesidad de políticas y programas de salud específicos para este grupo. Sin embargo, un número significativo no utiliza métodos de planificación, además, un número significativo desconoce el embarazo ectópico; por otro lado, es importante destacar que un gran número no toma pastillas de emergencia, sin embargo, hay que seguir mejorando la educación y el acceso a métodos anticonceptivos efectivos. La experiencia de embarazo y aborto es común entre las encuestadas, lo que destaca la importancia de servicios equitativos de salud reproductiva y apoyo emocional. Además, la baja incidencia de embarazo ectópico es alentadora, pero resalta la importancia de promover la conciencia y detección temprana de esta condición.

Palabras claves: embarazo ectópico, incidencia, factores de riesgo.

Abstract

Ectopic pregnancy represents a serious medical condition in which the fertilized egg implants outside the uterine cavity, usually in the pelvic or abdominal cavity. This situation can lead to life-threatening complications, such as peritoneal hemorrhage, and can also result in decreased or loss of the patient's fertility. Given the critical nature of ectopic pregnancy, it is essential to provide early medical care to affected patients. The following project arises from the important need to provide early care to the patient with ectopic pregnancy due to the potential risk of associated complications, so timely treatment and adequate management are very important. To carry it out, a general objective was proposed called identifying the incidence of ectopic pregnancies in patients treated at a third-level health care institution in the city of Valledupar 2022, through a detailed sociodemographic characterization, identification of patterns and trends that help better understand the dynamics related to ectopic pregnancy. Once the risk factors have been identified, it is essential to carry out a community awareness and education campaign, also aimed at health professionals at the Rosario Pumarejo de López Hospital. Methodologically, the research is descriptive, quantitative and cross-sectional with a quantitative approach, with a population of patients treated for ectopic pregnancy at the Rosario Pumarejo de López Hospital in the city of Valledupar, Cesar 2022 and a sample of 100 women.

The results reveal notable findings on reproductive health and family planning in women surveyed. It is observed that the majority of women are young, from low or middle socioeconomic strata, and live in urban areas, which highlights the need for specific health policies and programs for this group. However, a significant number do not use planning methods, in addition, a significant number are unaware of ectopic pregnancy; On the other hand, it is important to highlight that a large number do not take emergency pills, however, we must continue to improve education and access to effective contraceptive methods. The experience of pregnancy and abortion is common among respondents, highlighting the importance of equitable reproductive health services and emotional support. Additionally, the low incidence of ectopic pregnancy is encouraging, but highlights the importance of promoting awareness and early detection of this condition.

Keywords: ectopic pregnancy, incidence, risk factors.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) resalta la importancia de la detección temprana de problemas de salud, especialmente en mujeres embarazadas y en el cuidado de sus bebés. La detección temprana es crucial para garantizar la salud materna e infantil óptima. Permite identificar y abordar oportunamente riesgos, enfermedades y condiciones que podrían afectar negativamente el bienestar de las mujeres embarazadas, sus bebés y los recién nacidos. (OMS, 2023)

La investigación sobre embarazos ectópicos es crucial, ya que son una de las principales causas de muerte materna en la actualidad. El aumento constante de estos casos exige un conocimiento profundo de los factores que inciden en este diagnóstico en mujeres embarazadas. Comprender las causas y los factores de riesgo asociados con los embarazos ectópicos es vital para desarrollar herramientas que permitan la detección temprana de pacientes en riesgo de un embarazo extrauterino, especialmente durante el primer trimestre, cuando el riesgo es mayor.

El estudio tiene como objetivo mejorar la atención médica y prevenir esta condición. Al proporcionar datos precisos, creamos conciencia sobre el embarazo ectópico y fomentamos la detección temprana y la búsqueda oportuna de ayuda médica. Los resultados se utilizarán para impulsar una campaña educativa para alentar a las mujeres a participar en controles periódicos desde la adolescencia para detectar anomalías y controlar su salud sexual y reproductiva.

El estudio se estructura de la siguiente manera, en primer lugar, se presenta el planteamiento del problema, el cual incluye una descripción detallada del problema en cuestión, acompañada de datos estadísticos relevantes y aspectos fundamentales que lo contextualizan. Posteriormente, se expone una justificación que fundamenta la necesidad e importancia del estudio, ofreciendo razones claras y sólidas que respaldan su realización. Asimismo, se establecen los objetivos del estudio, los cuales guían la investigación y delimitan las metas específicas que se pretenden alcanzar. Posteriormente, se elaboró un marco teórico que engloba conceptos fundamentales, antecedentes relevantes vinculados al estudio y un marco legal que proporciona un respaldo sólido al trabajo de investigación.

Finalmente, se presentan de manera sistemática los hallazgos derivados del análisis de datos, resaltando los resultados principales y evidenciando la falta de conocimiento sobre el

embarazo ectópico, así como su incidencia. Se destaca la necesidad urgente de educar a las madres y a la comunidad en general sobre este tema crucial.

1. Planteamiento del Problema

1.1 Descripción del Problema

Un embarazo ectópico se produce cuando un óvulo fecundado se implanta fuera de la cavidad endometrial del útero, generalmente en las trompas de Falopio. Esta condición puede ser potencialmente mortal y requiere atención médica inmediata. Los síntomas del embarazo ectópico pueden incluir dolor abdominal, sangrado vaginal y náuseas, el tratamiento del embarazo ectópico generalmente implica medicamentos o cirugía. Las complicaciones del embarazo ectópico pueden incluir sangrado interno, infertilidad y muerte. (Ponti, 2021)

La incidencia de complicaciones durante el embarazo varía entre países: en Estados Unidos es de 1 de cada 50 embarazos (2%), mientras que en Canadá es de 2 de cada 100 (2%) y en México es de 1.8 de cada 100 embarazos (1.8%). Respecto a la mortalidad, en Estados Unidos es de 1.2 muertes por cada 100.000 embarazos, en Canadá es de 0.7 muertes por cada 100.000 embarazos, y en el Reino Unido es de 0.6 muertes por cada 100.000 embarazos. (Raquel Navas-Campo, 2022)

La incidencia de embarazo ectópico en Colombia en 2023 muestra variaciones regionales significativas: en la Región Andina es de 2.4 por cada 1000 embarazos, en la Región Caribe es de 1.8 por cada 1000 embarazos, en la Región Pacífica es de 2.1 por cada 1000 embarazos, en la Región Orinoquía es de 1.6 por cada 1000 embarazos, y en la Región Amazonía es de 1.3 por cada 1000 embarazos. Los factores de riesgo asociados con el embarazo ectópico en Colombia incluyen enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), infecciones de transmisión sexual (ITS), cirugía previa en las trompas de Falopio, embarazo asistido y edad materna avanzada. (Bolaños-Bravo HH, 2023)

Las causas de un embarazo ectópico siguen siendo un reto en el campo de la investigación científica. Se ha descrito como causa principal la destrucción anatómica e histológica de las trompas de Falopio. Otras causas asociadas son el desequilibrio hormonal, las aberraciones de la motilidad tubarica, la obstrucción y estrechez de la luz de la trompa y en casos muy raros la translocación del huevo. Se consideran factores de riesgo para EE las infecciones de transmisión sexual, antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), infertilidad y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, cirugías abdominopélvicas previas, esterilización quirúrgica o Salpingectomía parcial bilateral, uso de anticonceptivos intrauterinos, abortos inducidos, antecedentes de embarazo ectópico y el tabaquismo. (Ponti, 2021)

En 2022, se registró que aproximadamente 1 de cada 200 embarazos corresponde a un caso de embarazo ectópico, este porcentaje está en aumento y es más alto en mujeres de origen étnico no caucásico. Existe un mayor riesgo en mujeres con antecedentes de enfermedad tubarica, embarazo ectópico previo (entre el 10% y el 25%) o aborto inducido. La ubicación más común para la implantación ectópica es la trompa de Falopio; en el 50% de los casos, esta implantación tubarica es causada por una infección previa en dicha zona y, por otro lado, los embarazos cervicales, ováricos y abdominales son poco frecuentes. Aunque la tasa de mortalidad por embarazo ectópico ha disminuido, lo ha hecho a un ritmo mucho más lento que la mortalidad materna en general. Un embarazo ectópico no tratado generalmente es mortal tanto para la madre como para el feto, en la mayoría de los casos, si no se interviene, se requerirá una cesárea antes de que el feto alcance el término del embarazo. (Sanitas, 2022)

Teniendo en cuenta lo anteriormente dicho surge esta investigación; es importante brindarle una atención temprana a la paciente con embarazo ectópico debido al potencial riesgo de complicación asociada, por lo que el tratamiento oportuno y el manejo adecuado son muy importantes, como estudiantes de Instrumentación Quirúrgica debemos velar por una adecuada promoción de estrategias preventivas para reducir enfermedades que constituyen un problema en la comunidad en especial a aquellas mujeres predispuestas.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la incidencia de embarazo ectópico en pacientes atendidas en una institución prestadora de salud de tercer nivel de la ciudad de Valledupar 2022?

2. Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la importancia de la identificación temprana de los problemas de salud en la sociedad y con mayor prioridad si se trata de mujeres en estado de gestación y el cuidado de su bebe; por lo tanto, este proyecto de investigación generará un resultado positivo para la salud pública, puesto que se alcanzaría un nuevo discernimiento sobre esta problemática logrando mayor utilidad para tomar decisiones medicas orientadas hacia la implementación de políticas públicas y actualización en los programas de promoción y prevención frente a esta patología.

La investigación sobre las incidencias del embarazo ectópico en el Hospital Rosario Pumarejo de López es de suma importancia y conveniencia. Proporcionará datos precisos sobre esta condición en la comunidad, lo cual permitirá mejorar la atención médica y la prevención. Entre sus beneficios se encuentran generar conciencia y educación sobre el embarazo ectópico, promoviendo la detección temprana y la búsqueda oportuna de atención médica. Esta investigación beneficiará directamente a las mujeres en edad reproductiva, los pacientes de la institución y los profesionales de la salud, mejorando su salud y bienestar.

El beneficio a nivel social de la investigación sobre las incidencias del embarazo ectópico en el Hospital Rosario Pumarejo de López en Valledupar en 2022 radica en mejorar la atención médica y promover la salud de las mujeres en la comunidad. Al proporcionar información precisa sobre esta condición, se podrán implementar estrategias de prevención y detección temprana, reduciendo así los riesgos y complicaciones asociadas. Además, al generar conciencia y educación sobre el embarazo ectópico, se empodera a las mujeres y se fomenta la búsqueda de atención médica oportuna, lo que contribuye a su bienestar y calidad de vida.

El beneficio a nivel académico de la investigación radica en el avance del conocimiento científico en el campo de la obstetricia y ginecología. Esta investigación, generará datos actualizados y específicos sobre las incidencias en Valledupar, enriqueciendo la literatura médica existente y proporcionando información relevante para futuras investigaciones. Además, involucrar a estudiantes y profesionales de la salud en el proceso de investigación fortalecerá sus habilidades académicas y de investigación, brindándoles una experiencia valiosa en la recopilación y análisis de datos.

El beneficio a nivel tecnológico de la investigación se encuentra en el avance de los métodos de diagnóstico y tratamiento de esta condición. Los resultados de la investigación pueden

contribuir al desarrollo de tecnologías más precisas y eficientes para el diagnóstico temprano del embarazo ectópico, como el uso de técnicas de imagen avanzadas o pruebas de laboratorio más sofisticadas. Además, los hallazgos obtenidos pueden impulsar el desarrollo de tratamientos más efectivos, tanto mediante el uso de terapias menos invasivas como a través de intervenciones quirúrgicas mejoradas.

En la actualidad una de las principales causas de las muertes maternas son los embarazos ectópicos, por eso es necesario la identificación de los factores que causan este diagnóstico en las embarazadas, puesto que los casos van incrementándose considerablemente con el pasar de los días. En efecto, al identificar estas incidencias se puede generar una herramienta que permita conocer de manera oportuna las pacientes en riesgo de desarrollar su embarazo de forma extrauterina en el primer trimestre y sus respectivas complicaciones, para así intervenir de manera oportuna. (Escobar-Padilla B. P.-L.-P., 2020)

3. Propósito

A través de este estudio se busca conocer la incidencia de embarazos ectópicos en una Institución Prestadora de Salud de Tercer Nivel en la Ciudad de Valledupar 2022 y de esta manera una vez obtenidos los resultados, promover e incentivar a la población femenina a través de campañas educativas que las incentive a participar en los controles periódicos desde la adolescencia para detectar cualquier anomalía y darle seguimiento a su salud sexual y reproductiva.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Identificar la incidencia de embarazos ectópicos en pacientes atendidas en una institución prestadora de tercer nivel de salud de la ciudad de Valledupar 2022.

4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente la población objeto de estudio según edad, estrato social y nivel de estudio.
- Establecer los factores modificables que generan los riesgos de un embarazo ectópico.
- Socializar a través de una infografía a la comunidad y profesionales de la salud en el Hospital Rosario Pumarejo de López en Valledupar sobre las causas y síntomas del embarazo ectópico.

5. Línea de Investigación

Esta investigación está enmarcada teóricamente en el área del conocimiento del sector salud, con relación al programa de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad Popular del Cesar, desarrollando el estudio en la línea de **SALUD PUBLICA**, bajo la sublínea **“Epidemiología”** para abordar el tema sobre la incidencia de riesgo en embarazos ectópicos en una Institución Prestadora de Salud de Tercer Nivel de la ciudad de Valledupar 2022. Se enmarca el tema en esta línea porque se enfoca en la realización en un trabajo investigativo, cuyo objeto es dar a conocer que factores generan este tipo de embarazos en las mujeres de la ciudad de Valledupar.

6. Factibilidad y Delimitación

6.1 Factibilidad

El presente estudio se considera factible primero porque esta previamente aprobado por el comité de investigación para iniciar su desarrollo, seguidamente se cuenta con los recursos económicos por parte de las investigadoras para ejecutarlo en los costos en los que se incurren, además contamos con el apoyo de la Institución Prestadora de Salud para la obtención de los datos del estudio, y por ultimo existe el personal capacitado (asesoría docente) para llevarlo a cabo y la disposición investigativa para sustentar el marco teórico y metodológico que apoya los datos obtenidos .

6.2 Espacios Temporales y Geográficos

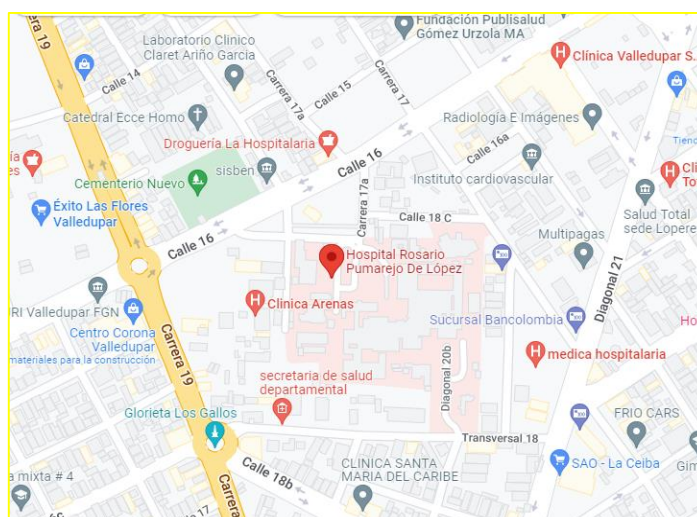
6.2.1 *Espacio Temporal*

Esta investigación se llevará a cabo en el periodo tentativo comprendido en el año 2022.

6.2.2 *Espacio Geográfico*

La investigación tendrá como epicentro el Hospital Rosario Pumarejo de López ubicado en la ciudad de Valledupar- Cesar específicamente en la dirección; Calle 16C No. 17 - 141, Valledupar, Cesar.

Figura 1: Hospital Rosario Pumarejo de López



Fuente: Google Maps

7. Marco Teórico

7.1 Marco Conceptual

Complicaciones: En el campo de la medicina, problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento. La complicación puede deberse a una enfermedad, el procedimiento o el tratamiento, o puede no tener relación con ellos. (NIH, 2022)

Embarazo ectópico: El embarazo ectópico sucede cuando el embarazo crece fuera de tu útero, usualmente en tus trompas de Falopio. El embarazo ectópico es poco frecuente, pero puede ser grave, y debe ser tratado. (Planned, 2023)

Hemorragia: En el campo de la medicina, pérdida de sangre de vasos sanguíneos dañados. Una hemorragia puede ser interna o externa y, por lo general, incluye mucho sangrado en poco tiempo. (NIH, 2022)

Incidencia: Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico, como un año. (Medlineplus, 2021)

Litopedion: Un litopedion, también conocido como embarazo petrificado o embarazo de piedra, es una rara condición médica en la que un feto muere dentro del útero de la madre y se calcifica. Esto suele ocurrir cuando el feto muere en el segundo o tercer trimestre del embarazo y el cuerpo de la madre no lo expulsa. (Wiki, 2023)

Litoquelifos: Los litoquelifos son cálculos renales compuestos de sales de calcio. Son el tipo más común de cálculo renal y representan alrededor del 80% de todos los casos. Los litoquelifos se forman cuando la orina se concentra demasiado y las sales minerales se precipitan y cristalizan. (Mayoclinic, 2023)

Maceración: Ablandamiento de un cuerpo sólido humedeciéndolo. En medicina es el reblandecimiento de los tejidos debido a un contacto prolongado con ciertos líquidos. (Cun.es, 2019)

Morbilidad: Se refiere a la presentación de una enfermedad o síntoma de una enfermedad, o a la proporción de enfermedad en una población. La morbilidad también se refiere a los problemas médicos que produce un tratamiento. (NIH, s.f.)

Mortalidad: Es el segundo componente demográfico del crecimiento natural de la población. La mortalidad estudia la frecuencia del número de defunciones ocurridas en una población, área geográfica y período determinado. (INE, 2022)

Riesgo: Es la probabilidad de que un peligro se materialice, causando enfermedades o lesiones en las personas. Si bien puede confundirse con el peligro, el riesgo se calcula en base a este. (Essan, 2022)

Salud: a salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud permite a las personas disfrutar de la vida al máximo y realizar sus funciones vitales. (Who, 2022)

Trofoblasto: Capa delgada de células que ayuda a un embrión en desarrollo a adherirse a la pared del útero, protege el embrión y forma parte de la placenta. (NIH, 2022)

Tubárico: de acuerdo a la RAE, es aquello perteneciente o relativo a las trompas, especialmente las de Falopio. (RAE, 2021)

7.2 Antecedentes y/o Estado del Arte Investigativo

Almaguer- Bebert, Y., Medina-Fernández, M. y Céspedes-González W. (2020) realizaron una investigación denominada “Incidencia de embarazo ectópico. Hospital general de huambo. Angola. Período enero 2018 a enero 2019” cuyo objetivo fue determinar la incidencia del embarazo ectópico en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General de Huambo, en el período de enero a diciembre del 2019. El trabajo tiene un abordaje cualitativo no experimental. La muestra incluye las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, que cumplen los criterios de inclusión Como resultado la edad de mayor prevalencia durante el período de estudio fue 20–24 años. Los resultados arrojaron que la edad de mayor prevalencia de embarazo ectópico durante el período de estudio fue 20- 24 años, se confirmó que la enfermedad inflamatoria pélvica fue el antecedente asociado al embarazo ectópico más representativo, que el medio más utilizado en este estudio fue el ultrasonido y la localización del embarazo ectópico más frecuente fue la tubular. (Almaguer-Bebert, 2020)

Escobar-Padilla, B., Pérez-López, C. y Martínez-Puon, H. (2017) realizaron un estudio de caso denominado “factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico” en el instituto mexicano del seguro social el cual tuvo por objetivo determinar las características clínicas

y los factores de riesgo asociados a EE. Se realizó un estudio de casos y controles, observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Se incluyeron dos grupos: casos (28 pacientes) y controles (56 pacientes puérperas). Se hizo un análisis estadístico descriptivo con univariante y bivariante mediante chi cuadrada de Pearson ($p < 0.05$), con razones de momios (RM) e intervalos de confianza al 95% (IC al 95%). La RM del hábito tabáquico fue de 18.33, la del antecedente de EE de 11.96, uso de DIU: 11.9, cirugía abdominal: 5.87, ser multigesta: 3.80, tener dos o más parejas sexuales: 2. El síntoma clínico más común fue el dolor pélvico abdominal con 57.1% (16), EE derecho 53.6%, embarazo tubárico 82.1% (23), EE no roto 60.7% (17), hemoperitoneo 60.7% (17). La edad gestacional para EE fue de 4-8 semanas (75%) y el tratamiento quirúrgico de 96.4%. (Escobar-Padilla B. P.-L.-P., 2017)

Durán, D. y Moreno, D (2015) realizaron un estudio de casos y controles sobre embarazos ectópicos en el hospital Mayor Mederi en Bogotá, Colombia con un caso por cada dos controles, escogidos por medio de un muestreo aleatorio simple. En los resultados incluyeron un total de 200 pacientes. Ambas poblaciones fueron comparables. La edad promedio de casos fue 29 años y de los controles 24.6 años; la mayoría estaban casadas o en unión libre. Con respecto a los factores de riesgo con resultados estadísticamente significativos ($p < 0,000$) se encontró que existe un mayor riesgo de embarazo ectópico con edad entre 18 socioeconómico bajo, presencia de ET35 años, estrato S, estar casada, tener periodo intergenesico prolongado, haber tenido cirugías pélvicas previas, no usar anticonceptivos, tener endometriosis y tener antecedente de embarazo ectópico ($p=0,000$). (Durán-Acero, 2015)

Escobar-Vidarte et al., (2018) realizaron una revisión de literatura denominada “Embarazo ectópico abdominal avanzado: Incidencia, reporte de casos y revisión de la literatura” el cual tuvo por objetivo reportar dos casos de embarazo ectópico abdominal avanzado, con buen resultado materno / perinatal, y revisar la literatura disponible con respecto al manejo de la placenta y el pronóstico de esta entidad. Se realizó una revisión de la literatura registrada en las bases de datos Medline vía Pubmed, con los términos de búsqueda: "embarazo abdominal", "embarazo esplénico", "embarazo hepático", "embarazo omental" y "embarazo peritoneal". La búsqueda se limitó a artículos publicados durante los últimos doce años en inglés y español. Se recuperaron 228 referencias, de las cuales 42 artículos cumplieron con los criterios de inclusión que informan un total de 74 pacientes con embarazo ectópico abdominal. En cuanto al manejo de la placenta, la remoción de la misma se informó en 42 casos (58%). La mortalidad materna se presentó en 4 casos

(4,1%), todos por hemorragia posparto. Un total de 60 pacientes (81%) presentaron complicaciones, la más frecuente fue hemorragia en 38 de ellas (51%). En cuanto al resultado perinatal, se encontró una mortalidad perinatal del 43%. (Escobar-Vidarte, 2017)

7.3 Bases Teóricas

7.3.1 *Aparato Reproductor Femenino*

Genitales externos:

- **Monte de venus:** es una prominencia celuloadiposa situada delante de la sínfisis, de forma triangular, cubierta de vello.
- **Vulva:** es una hendidura sagital mediana. Anatómicamente se divide en dos regiones: 1) la región labial de origen ectodérmico, que consta de los labios mayores y menores, clítoris y capuchón del clítoris y 2) la región vestibular, cuyo origen es endodérmico, situado ente la sínfisis y el himen. Los labios mayores representan dos rodetes cutáneos ricos en grasa, que cubren a los labios menores. En las multíparas se encuentran semiabiertos debido a la distensión de los músculos del suelo de la pelvis con lo que queda al descubierto la entrada del conducto genital. Los grandes labios están recubiertos de piel y vello por fuera; por dentro su superficie ofrece un carácter semejante a las mucosas y contienen numerosas glándulas sebáceas y sudoríparas. (Schwarcz, 2005)

Los labios menores o ninfas, recubiertos enteramente de por mucosa, se hallan situados por dentro de los mayores de los que están separados por el surco interlabial. Rodean el vestíbulo de la vagina t al orificio uretral y poseen numerosas glándulas sebáceas. (Schwarcz, 2005)

- **El clítoris:** se presenta en la parte anterior de la hendidura vulvar por encima del meato urinario. Está rodeado por la comisura superior de los labios menores, estos forman por encima del glande del clítoris el capuchón o prepucio y por debajo el frenillo clitoridiano. (Schwarcz, 2005)

Genitales internos:

- **Vagina:** es un conducto musculo membranoso, orientado en forma de arco de abajo hacia arriba y de adelante hacia atrás. Forma con el eje longitudinal del útero un Angulo abierto hacia adelante. Se ha demostrado que posee contractibilidad activa, debido a sus capas musculares: interna circular externa longitudinal. Sus dos caras,

anterior y posterior, presentan en la línea media dos espesamientos longitudinales: las columnas de la vagina. Además, existe una serie de arrugas transversales, que desaparecen en general a nivel del tercio posterior de la cara anterior, quedando allí una zona lisa, triangular que corresponde al triángulo vesical.

Su extremidad superior se ensancha y forma un fondo de saco circular que rodea al cuello uterino y que se divide en fondos de saco anterior, posterior y laterales. El fondo de saco posterior es más profundo que el anterior.

Las paredes vaginales se adosan en el centro, quedando ligeramente separadas a los costados en dirección anteroposterior, de manera que en un corte transversal la vagina adopta forma de H. (Schwarcz, 2005)

- **Útero:** es un órgano muscular hueco, que tiene la forma de una pera achatada cuya porción más delgada está dirigida hacia abajo, situado en la cavidad pelviana, entre la vejiga y el recto. Comprende dos grandes segmentos: el cuerpo y el cuello, entre los cuales se intercala el Isthmo, que anatómicamente e histológicamente representa una región de transición. En las nulíparas el útero tiene un diámetro longitudinal de 60 a 70 mm, un diámetro anteroposterior de 30 a 40 mm y un diámetro trasverso de 30 a 50 mm. En las multíparas estas dimensiones están aumentadas en 10 a 20 mm. Pesa de 40 a 50 g en las nulíparas y poco más de 70 g en las multíparas. (Schwarcz, 2005)

El cuerpo constituye el segmento muscular más activo del útero, es la porción superior, de forma triangular, aplanada en sentido anteroposterior. El fondo uterino es la parte del órgano situada por encima de la inserción de las trompas. Los cuernos uterinos son las porciones que se unen al fondo con los bordes laterales del útero. En esta región se fijan los ligamentos redondos hacia adelante y las trompas y ligamentos uteroovaricos hacia atrás. Los ligamentos anchos se insertan en los bordes laterales. (Schwarcz, 2005)

El cuello representa la zona más baja del útero. Mide entre 20 y 30 mm de largo. La relación que existe entre la longitud del cuello y la longitud total del útero, denominada índice uterino, es de 1: 3 en el útero adulto normal.

La inserción vaginal divide al cuello en dos segmentos: el supra vaginal y el intravaginal (hocico de tenca o portio vaginalis cervicis).

El hocico de tenca es la región del cuello que se observa con el espejito en los exámenes ginecológicos. Es de forma cilindro cónica; en la nulípara lleva en su vértice un pequeño orificio

circular u ovalado en la múltipara este orificio adopta la forma de una hendidura trasversal o estrellada, debido a los desgarros bicomisurales o múltiples experimentados en los partos.

El cuello del útero se encuentra limitado en su parte más baja por el orificio externo. El extremo superior del cuello, que a la vez constituye el límite inferior del cuerpo, es el orificio interno anatómico. Unos milímetros por debajo de este se encuentra el orificio interno histológico. El istmo se extiende entre ambos orificios internos y mide aproximadamente 10 mm de longitud. Por la cara externa del útero su límite superior está determinado por la penetración de la rama principal de la arteria uterina por la vena coronaria y por el límite más bajo de la sólida adherencia peritoneal al cuerpo del útero. (Schwarcz, 2005)

Medios de fijación del útero:

Los más importantes son los musculares elevadores del ano, las fascias que rodean a la vagina y al cérvix y las que cubren a los músculos pelvianos. Los otros medios de fijación constan de elementos ligamentosos, en cuya estructura entran tejido conjuntivo laxo, musculo liso y serosa peritoneal que los reviste. (Schwarcz, 2005)

- Ligamentos redondos: situados por delante y debajo de las trompas se dirigen desde su nacimiento en el cuerno uterino hacia el conducto inguinal que recorren para terminar finalmente en el labio mayor de la vulva.
- Ligamentos sacrouterinos: representan dos pliegues que tienen un trayecto en forma de arco, van desde los bordes del cuello uterino hacia el tejido fibroso que cubre a la segunda y tercera vertebra sacra pasando a cada lado del recto.
- Ligamentos anchos: están formados por principalmente por repliegue peritoneal de dos hojas, que se extienden a ambos lados desde el borde lateral del útero hacia las paredes de la pelvis.
- Ligamentos cardinales de Mackenrodt: forman parte del retinaculum uteri, constituido por las fascias que llenan los espacios que existen entre los órganos contenidos en la pelvis el peritoneo y el piso pelviano. El cuello del útero está fijado e implantado en este tejido. (Schwarcz, 2005)

El útero y las trompad están cubiertos por el peritoneo visceral; el que reviste al útero se llama perimetrio. La cara posterior del útero se encuentra totalmente tapizada por el peritoneo que hacia abajo llega hasta la inserción de la vagina para ascender nuevamente hacia atrás encubriendo el recto. (Schwarcz, 2005)

- El ovario es el único órgano intraperitoneal que no está revestido por el peritoneo; este se detiene a nivel de hilio ovárico en la línea blanca denominada Waldeyer-farré. El ovario es una glándula que desempeña varias funciones de gran importancia en la vida genital de la mujer. Tiene función generativa que consiste en la maduración folicular y la estimulación progestacional del endometrio por intermedio de sus respectivas hormonas: folicular y la luteínica. (Schwarcz, 2005)

La función vegetativa por la cual todo el aparato genital (trompas, útero, vagina y genitales externos) recibe un estímulo trófico para su desarrollo y funcionamiento. La función somática que comprende la acción del ovario sobre el resto del organismo, al que imprime los caracteres de femineidad. (Schwarcz, 2005)

Los ovarios se presentan en número de dos. Después de la pubertad muestran una superficie irregular debido a la prominencia de los folículos de Graf y de los cuerpos amarillos y a las depresiones cicatrízales de los folículos rotos. Son de forma elíptica, achatada, de color blanco grisáceo y de consistencia firme. Sus dimensiones oscilan entre 25 y 50 mm de longitud, 15 y 20 mm de ancho y 5 y 15 mm de espesor. Pesan 4 y 8 g. (Schwarcz, 2005)

Irrigación sanguínea:

La arteria uterina nace de la hipogástrica, sigue la base del ligamento ancho y previo cruce del uréter, llega al borde lateral del útero a la altura del istmo. Allí, en el espesor del ligamento ancho se divide en dos ramas: la ascendente (uterina), que se dirige hacia arriba, y la descendente (cervicovaginal), que va hacia abajo. De la rama uterina nace la arteria tubarica, que irriga la trompa y que se anastomosa con ramas provenientes de la arteria ovárica. (Schwarcz, 2005)

La arteria ovárica derecha nace directamente de la aorta abdominal mientras que la izquierda se origina en la arteria renal de ese mismo lado. Pasan por el ligamento infundibulopelviano, para llegar a los ovarios. Los genitales externos y la porción inferior de la vagina son irrigados principalmente por ramas de las arterias pudenda interna y hemorroidal media. (Schwarcz, 2005)

Inervación:

Las funciones involuntarias del organismo están dirigidas por el sistema nervioso vegetativo o autónomo. Los órganos sobre todo los que tienen influencia son capaces de funcionar independientemente del sistema nervioso central (cerebroespinal) de ahí su nombre de autónomo. El sistema nervioso vegetativo consta de dos grupos nerviosos: el simpático y el parasimpático

antagónicos entre sí, de cuyo equilibrio dependen las funciones armónicas del organismo. Casi todos los órganos tienen esta doble inervación autónoma. (Schwarcz, 2005)

Las fibras del simpático que inervan a los genitales proceden del ganglio celiaco de la cadena simpática, y las parasimpáticas, del nervio pélvico, que deriva del sistema sacro autónomo. Ambas se unen para formar el plexo nervioso de frankenhauser, situado a la altura del orificio interno del cuello uterino. El útero recibe su inervación del plexo de frankenhauser. Las fibras simpáticas llegan por intermedio del plexo hipogástrico y las parasimpáticas por el nervio pélvico. Intervienen además en la compleja inervación uterina nervios del sistema central cerebroespinal provenientes del 2º 3º y 4º nervio sacro. Los genitales externos y el primero tercio de la vagina están inervados por el abdominogenital mayor. Los vasos linfáticos de los órganos genitales drenan su contenido en los ganglios linfáticos inguinales. (Schwarcz, 2005)

7.3.2 Embriogénesis

La reproducción humana constituye una gran paradoja. Aunque es crítica para la sobrevivencia de la especie, el proceso es relativamente ineficiente. Se estima que más de la mitad de todas las concepciones se perderán durante la primera mitad del embarazo. Lo llamativo es que el 75% de las pérdidas de los embarazos son por fallas en la embriogénesis y/o implantación y, por lo tanto, son embarazos clínicamente no reconocidos (Wilcox, 1988).

Se denomina embriogénesis a los primeros estadios del proceso reproductivo por el cual dos gametos, una femenina-el ovulo- y otra masculina-el espermatozoide-, se unen para formar un huevo o cigoto y su posterior desarrollo que abarca el transporte y la implantación en el útero materno y se extiende hasta el comienzo de la etapa fetal (8 semanas de gestación después de la fertilización o 10 semanas después del primer día de la menstruación). Para una mayor comprensión de este fenómeno, se describirán previamente los mecanismos de formación de dichos gametos ya que se trata de células altamente especializadas y únicas capaces de la reproducción:

- Gametogénesis: ovogénesis, espermatogénesis.
- Transporte de gametos.
- Fecundación.
- Implantación del huevo.

Gametogénesis:

Se desarrolla durante el transcurso de varias décadas en la vida del individuo. Comienza en las primeras etapas embrionarias con la aparición de las células germinales primordiales y culmina con la adultez en la formación de gametos capaces de llevar a cabo la reproducción. La gametogénesis femenina se denomina ovogénesis, y la masculina espermatogénesis. Si bien tiene un origen y un objetivo en común, se trata de dos procesos bien diferentes. No obstante, se los pueden dividir en 3 etapas principales:

- **Multiplicación:** reproducción celular por mitosis de células germinales. Comienza en las primeras semanas de vida embrionaria. Los gametos derivan de una población de células germinales primordiales. Se originan fuera de las gónadas y pueden ser identificadas en el saco vitelino alrededor de la cuarta semana pos concepción. Estas células migran hacia las crestas gonadales.
- **Meiosis:** consiste en una división celular especializada exclusiva de células germinales, en la cual se produce la reducción del número diploide de cromosomas. Durante la meiosis se producen dos vueltas sucesivas de segregación de cromosomas seguidas de una única replicación del ADN.
- **Maduración o diferenciación:** son las modificaciones necesarias que sufren los gametos haploides para poder llevar a cabo la fecundación. (Schwarcz, 2005)

Ovogénesis

Culmina con la producción de un ovulo comienza en la vida embrionaria y finaliza con el climaterio.

- **Multiplicación:** está limitada a la vida embrionaria y fetal. Comienza en el embrión y alrededor del 5to mes de la gestación alcanza el número máximo de células germinales, aproximadamente 20 millones. A partir de entonces las células inician la meiosis y se forman los folículos primordiales.
- **Meiosis:** comienza en la vida fetal y se completa con la fertilización del ovulo. Puede durar entre 12 y 50 años. La meiosis femenina es bloqueada en dos etapas precisas. El primer bloqueo se remueve a través del estímulo hormonal sobre el folículo antes de ser ovulado y el segundo con la fertilización. La distribución desigual del citoplasma en cada división meiótica resulta en la producción de dos

células pequeñas, los corpúsculos polares. El primer corpúsculo polar se produce al completar la primera división meiótica en el folículo preovulatorio. En tanto, el segundo corpúsculo polar y en consecuencia la finalización de la meiosis se produce solo si el ovocito secundario es fertilizado.

- **Maduración:** en la mujer el proceso de maduración esta superpuesto con la meiosis. Alrededor del quinto mes del embarazo, las ovogonias comienzan en la primera división meiótica para convertirse en ovocitos primarios y se forman los folículos primordiales. La progresión del primer al segundo bloqueo meiótico se conoce como maduración del ovocito que lo prepara para ser ovulado. (Schwarcz, 2005)

Espermatogénesis:

- **Multiplicación:** es mucho más limitada que en el sexo femenino. En el testículo la multiplicación por mitosis de las espermatogonias se inicia activamente recién en la pubertad, extendiéndose hasta edades avanzadas. La espermatogonia es la célula madre a partir de la cual dará origen al espermatocito.
- **Meiosis:** cada espermatocito primario (diploide) produce al final de la meiosis cuatro espermátides cada una de las cuales está destinada a convertirse en un espermatozoide, proceso que se repite y continúa durante la adultez.
- **Maduración o diferenciación:** las células madre o espermatogonias están localizadas en el compartimiento intratubular en la base del epitelio seminífero. En intervalos las espermatogonias emergen y sufren un número fijo de divisiones mitóticas para formar un clon de células hijas. Luego al final el espermatocito primario se va moviendo hacia la luz del túbulo y entra en meiosis. (Schwarcz, 2005)

Transporte de los gametos:

Con la ovulación el ovulo es liberado y captado por las fimbrias de la trompa. Es transportado en dirección a la cavidad uterina favorecido por los movimientos ciliares del epitelio tubario. En tanto los espermatozoides deben recorrer un camino ascendente desde el fondo de saco vaginal hasta las trompas. El paso de los espermatozoides por el tracto genital femenino tiene doble función:

- Selección cuantitativa y cualitativa de gametos masculinos.
- Eliminación de la capa proteica periférica o capacitación para lograr una mayor capacidad fecundante.
- Migración por el moco cervical: luego de la inseminación en fondo de saco vaginal el espermatozoide es licuado por acción de enzimas proteolíticas tras 10-15 minutos los espermatozoides comienzan a penetrar el moco cervical y ascienden a contracorriente el flujo del moco cervical.
- Tránsito en la cavidad uterina y las trompas: la contractilidad uterina y la mortalidad de la cola del espermatozoide son los principales factores que determinan su ascenso por la cavidad uterina hacia las trompas. al llegar al ostium tubario este actúa como un filtro similar al conducto cervical brindando un “reposo metabólico” a los espermatozoides. (Schwarcz, 2005)

Fecundación o fertilización:

Es un proceso que conduce a la fusión de dos células haploides, el espermatozoide y el ovulo con la finalidad de constituir un huevo o cigoto diploide. Este proceso ocurre en la región Ampular de la trompa entre las 24 y 48 horas luego de la ovulación. (Schwarcz, 2005)

El ovocito liberado con la ovulación está formado por:

- Cumulus ooforus o corona radiada: es la capa externa que cubre al ovocito. Está formado por células y matriz extracelular de cuya disposición dependerá la penetración de los espermatozoides.
- Zona pelucida: es la capa que se encuentra por dentro de la anterior y está constituida por glicoproteínas capaces de ser reconocidas por los espermatozoides.
- Membrana plasmática ovular.
- Citoplasma ovular. (Schwarcz, 2005)

Activación del ovocito:

Caracterizada por la liberación del calcio intracelular como respuesta a un factor espermático que reactiva la meiosis y por la reacción cortical donde se produce la liberación de gránulos corticales que cubren rápidamente toda la superficie ovular y tiene por objetivo, luego del ingreso de un espermatozoide impedir la entrada de otros. (Schwarcz, 2005)

Formación de los pronúcleos:

- Pronúcleo femenino: la fusión de ambos gametos provoca la reanudación de la segunda meiosis detenida en metafase II previo a la ovulación. De esto resulta la liberación del segundo cuerpo polar y, por otro lado, de un ovulo maduro. (Schwarcz, 2005)
- Pronúcleo masculino: se produce luego de la incorporación total del espermatozoide dentro del citoplasma del ovulo.
- Anfimixis o singamia y primera división: dentro de las 10 primeras horas luego de la fusión de los gametos los dos pronúcleos ubicados en la periferia del huevo fecundado se van aproximando progresivamente. Los cromosomas de ambos pronúcleos se condensan y concomitantemente la membrana pronuclear se rompe hasta que finalmente ocurre la unión entre los dos pronúcleos evento denominado anfimixis o singamia.
- Clivaje y activación del genoma del cigoto: comprende las primeras divisiones celulares hasta la formación del blastocito previo a la implantación, aunque el clivaje es una división mitótica similar a la que ocurre en los tejidos somáticos adultos existe una gran diferencia.
- Compactación: luego del periodo de 8 células el embrión es sometido a un proceso de compactación por el cual las blastomeras se achatan una con otra y comienzan a formar uniones entre ellas quedan estrechamente asociadas y comunicadas entre sí.
- Cavitación y formación del blastocito: comienza en el periodo embrionario de 16 a 32 células por un proceso de bombeo activo de sodio a la región central del embrión con pasaje de agua por osmosis de forma una cavidad llena de líquido denominada blastocele.
- Expansión del blastocisto: el blastocisto precoz no muestra incremento en el tamaño, pero en las siguientes 24-48 horas se va expandiendo por acumulación del líquido en el blastocele. Ya en la cavidad uterina, las células del trofoectodermo producen enzimas proteolíticas que digieren parte de la zona pelucida.
- Traslado del embrión hacia el útero: durante las primeras divisiones el cigoto avanza en dirección del ostium tubario favorecido por la perístasis de las células ciliadas que revisten las trompa y por sus contracciones musculares, aumentando

progresivamente su número celular y perdiendo la zona pelucida para que al cabo de 4 días quede conformada la mórula en ingresar finalmente a la cavidad uterina. (Schwarcz, 2005)

Implantación embrionaria:

Es el proceso en el cual el embrión en su estadio de blastocito se implanta en el endometrio materno si bien este proceso es crítico para la sobrevivencia de la especie, en la práctica es bastante ineficiente y se estima que más de la mitad de los embarazos se pierden como una falla en el proceso de implantación y por lo tanto son embarazos que no son reconocidos clínicamente. El éxito de la implantación es el resultado de complejas interacciones moleculares entre el útero preparado hormonalmente y el blastocito maduro. (Schwarcz, 2005)

La implantación ocurre aproximadamente 6 o 7 días luego de la fertilización, o sea, alrededor del día 21 del ciclo menstrual. Este periodo es conocido como ventana de implantación en el cual el endometrio se encuentra receptivo para permitir la implantación y se extiende entre el 6 a 10 día luego de la ovulación (entre el día 20 y 24 de un ciclo de 28 días) la receptividad endometrial está condicionada por una serie de factores endocrinos, paracrinos y autocrinos que modulan todos los pasos bioquímicos y moleculares necesarios para llevar a cabo el proceso. (Schwarcz, 2005)

Tabla 1. Factores asociados con la implantación y el mantenimiento del embarazo temprano

Factor	Ejemplos	Rol sugerido
Hormonas	17 beta estradiol, progesterona Gonadotropina carionica humana	Promueve la proliferación y la diferenciación del estroma endometrial y células epiteliales Mantiene La producción de progesterona del cuerpo lúteo
Cambios en el epitelio endometrial	Pinopodios, alteración en moléculas de adhesión y expresión de mucina	Facilita la captura y adhesión del blastocisto; promueve la invasión y diferenciación del trofoblasto
Citoquinas y factores de crecimiento	Factor inhibidor de leucemia, factor de crecimiento epidérmico, factor de crecimiento de hepatocito, interleuquina, factor de crecimiento endotelial vascular, factor de crecimiento simil de plaquetas	Facilita la interacción entre el blastocisto y el útero, regulan la producción endometrial de prostaglandina, promueve la invasión, proliferación y diferenciación endometrial, regula la permeabilidad y remodelación vascular endometrial
Factores inmunológicos	Interleuquina 10 , regulador del complemento, glicodelinas HLA-G Indolamina	Inmunosupresión Previene el reconocimiento y rechazo inmune "semi-injerto" fetal Degrada triptófano esencial para la acción de los macrófagos.
Proteinasatrofoblásticas, inhibidores y moléculas de adhesión	Inhibidores tisulares de metaloproteinasas, cathepsina b y l ; caderinas e integrinas	Regula la invasión trofoblástica
Otros factores	Ciclooxigenasa-2 Tensión de oxígeno	Regula la producción de prostaglandinas Regula el balance entre la proliferación y diferenciación trofoblástica

La implantación del blastocito incluye 3 etapas:

- **Aposición:** adhesión inicial inestable del blastocito a la pared uterina. Los microvellosidades de la superficie apical del sincitiotrofoblasto se ponen en contacto con micro protrusiones de la superficie apical del epitelio endometrial, conocidas como pinopodios. Generalmente el sitio de implantación es el fondo uterino con su cara posterior.
- **Adhesión:** la unión se hace estable. Está caracterizada por un incremento en la interacción física entre el blastocito y el epitelio uterino y se realiza a través de moléculas de adhesión.

- **Invasión:** el sincitiotrofoblasto penetra el epitelio uterino posiblemente por mecanismos de desplazamiento celular y por apoptosis. En este momento, el blastocito tiene una orientación específica para la implantación, con la masa celular interna en el sector del trofoectodermo que lidera la invasión. Para el 10º día luego de la fertilización el blastocito está totalmente inmerso en el estroma endometrial el epitelio endometrial crece y cubre el sitio de implantación y el citotrofoblasto genera brotes que atraviesan el sincitiotrofoblasto. Luego el trofoblasto ocupa todo el espesor del endometrio y reemplaza parcialmente el endotelio de los vasos miometriales.

Se estima que alteraciones del proceso o de los mecanismos normales involucrados en la implantación podrían ser los responsables de cuadros clínicos patológicos observados en la práctica, como esterilidad e infertilidad, pre eclampsia, restricción del crecimiento intrauterino, acretismo placentario y posiblemente otros. (Schwarcz, 2005)

Placentación

La placentación es el proceso a través del cual las células trofoblásticas darán origen a la placenta un órgano único autónomo y transitorio. Gracias a la circulación que se establece, tiene como fin generar un medio de unión e intercambio de oxígeno y nutrientes entre las estructuras fetales y maternas; y actuando como un órgano endocrino transitorio; ser fuente de numerosas hormonas y mediadores químicos indispensables para mantener el embarazo y colaborar en la adaptación materna al nuevo estado de gravidez. Entre las distintas especies se distinguen cinco tipos distintos de placentación dependiendo de la relación que exista entre los tejidos maternos y fetales. En la especie humana se establece una placentación de tipo hemocorial en donde la sangre materna (hemo) contacta directamente con el trofoblasto (corion). (Schwarcz, 2005)

El desarrollo de la placenta es un proceso que se lleva a cabo en un ambiente de hipoxia relativa. Actualmente se estima que esta pueda ser regulada por diferentes factores, como el oxígeno, la matriz extracelular y ciertas sustancias químicas tales como citoquinas, factores de crecimiento y hormonas. (Schwarcz, 2005)

Desarrollo placentario

- **Periodo prevellositario: desde el día 6 hasta el día 13) comprende dos etapas:**
- **Etapa prelacunar (día 6 al 9).** Una vez anidado el huevo el grupo de células extraembrionarias se orienta en dirección de la superficie endometrial. Estas se diferencian en dos grupos celulares: citotrofoblasto primitivo o trofoblasto vellositario: formado por una hilera doble o triple de células poliédricas de citoplasma granular, con núcleo algo más claro en donde existen numerosas mitosis, que darán origen al árbol vellositario. **Sincitiotrofoblasto primitivo o trofoblasto extravellositario;** formado por una masa citoplasmática única sin límites celulares con numerosos núcleos. (Schwarcz, 2005)
- **Etapa lacunar:** favorecido por sus particularidades invasivas, el sincitiotrofoblasto primitivo se vacuoliza para dar origen a grandes lagunas que contactaran posteriormente con los vasos sanguíneos maternos. Al mismo tiempo se forma una envoltura completa para el huevo, constituyendo la coraza trofoblástica, en donde la parte en contacto con el endometrio originará la placenta definitiva y el resto de la cubierta formará las membranas ovulares fetales. Hacia el día 12, el sincitiotrofoblasto finalmente erosiona la capa muscular de los vasos espiralados uterinos. Si estos cambios fisiológicos son incompletos o están ausentes, limitarán la génesis de complicaciones relacionadas al embarazo como restricción de crecimiento intrauterino o pre eclampsia. De esta forma, ingresa la sangre materna a las lagunas anteriormente formadas dando origen al tipo hemocorial de la placenta humana. Por lo tanto, el número de capas entre las circulaciones materno fetal queda reducida a 3:
 - Trofoblasto vellositario: capa sincicio trofoblástica; que recubre las vellosidades.
 - Capa cito trofoblástica.
 - Estroma.
 - Endotelio vascular fetoplacentario. (Schwarcz, 2005)

7.3.3 Trompas de Falopio

Las trompas de Falopio son dos tubos delgados que parten del útero hasta el ovario de cada uno de los lados de la vagina. Transportan los ovocitos que se producen durante el ciclo menstrual

hasta la cavidad uterina, y también sirven de camino para los espermatozoides que puedan fecundar al ovocito. Además, también van aportando los líquidos necesarios para la fecundación y nutrición del cigoto. Reciben su nombre de Gabriele Fallopio, un anatomista italiano que las descubrió en el siglo XVI. (Cuidateplus, 2016)

7.3.3.1 Forma.

Las trompas de Falopio miden entre 10 y 18 centímetros y tienen un grosor similar al de un lápiz. Las paredes de estos tubos están recubiertas de una mucosa que tiene células ciliares que ayudan a que el ovocito pueda desplazarse por ellos. Las trompas están revestidas por el peritoneo con excepción de los extremos de las franjas. Este peritoneo es continuación del uterino cuyas hojas anterior y posterior se adosan en los bordes de la matriz, formando ligamentos anchos que cubren, además de las trompas a los ligamentos redondos y uteroovaricos.

La capa central se forma en su mayoría de músculo, y sus contracciones también ayudan al movimiento de óvulos. La capa exterior está formada por la serosa, que sirve como membrana protectora.

Se pueden distinguir cuatro partes:

- **Porción uterina o intramural:** está incluida en el músculo uterino y es la parte más estrecha de la trompa.
- **Istmo:** es la segunda parte más estrecha y mide de dos a cuatro centímetros.
- **Ampolla:** mide de cuatro a seis centímetros y va aumentando de tamaño conforme se acerca al infundíbulo. Contiene los cilios, prolongaciones de las células que ayudan a los óvulos a desplazarse, así como células secretoras de nutrientes.
- **Infundíbulo:** presenta al final del tubo una forma similar a una mano, la fimbria, que rodea al ovario. (Cuidateplus, 2016)

7.3.3.2 Enfermedades y Problemas.

Salpingitis

Es la inflamación de las trompas de Falopio, que puede provocar la esterilidad de la mujer si no se trata a tiempo. Suele estar provocada por una infección de transmisión sexual, generalmente la clamidia, que afecta además a toda la vagina. Como síntomas suele causar dolores en la zona pélvica o durante la ovulación, así como fiebre, náuseas, sangrados irregulares o vaginitis. (Cuidateplus, 2016)

Se puede curar mediante antiinflamatorios o antibióticos si no se trata de un caso grave, en el que habría que recurrir a una intervención quirúrgica. Si no se trata puede provocar, además de esterilidad, embarazos ectópicos, enfermedad inflamatoria pélvica crónica o una septicemia (una inflamación general). (Cuidateplus, 2016)

Cáncer

Se desarrolla tras un crecimiento anormal de las células que forman las trompas. Es uno de los cánceres menos frecuentes y suele afectar a mujeres de más de 60 años. (Cuidateplus, 2016)

7.3.4 Embarazo Ectópico

Proviene del vocablo griego *éktopos*, "fuera del lugar". De acuerdo con el American College of Obstetricians and Gynecologists (2008). Es aquél que se desarrolla fuera del útero, ya sea en la Trompa de Falopio (el más frecuente), en el ovario, en el canal cervical o en la cavidad pélvica o abdominal. 32 el Embarazo Ectópico (E.E.) se define como, la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Se da exclusivamente en la especie humana y en los primates de experimentación. Representa una de las causas más importantes de abdomen agudo en ginecología y la principal causa de muerte materna, en el primer trimestre del embarazo (alrededor del 10%). (Ananya, 2017)

El embarazo ectópico es cualquier implantación del huevo fuera de las áreas normales constituirá una heterotopia gravídica, conocida más comúnmente como Embarazo Ectópico o Extrauterino. La denominación de "Embarazo Ectópico", debemos conceptualarla como la más aceptada porque permite comprender en ella todas las formas posibles. 33 debido a que la mayoría de estas gestaciones se localizan en la trompa, se ha pretendido llamarla "Embarazo Tubárico", lo cual constituye de por sí una variedad del embarazo ectópico.

El ovario libera un óvulo que es succionado por una de las trompas de Falopio, donde es impulsado por diminutos cilios similares a pelos hasta que, varios días después, llega al útero. Normalmente, la fecundación del óvulo se efectúa en la trompa de Falopio, pero la implantación tiene lugar en el útero. Sin embargo, si la trompa se obstruye (por ejemplo, debido a una infección previa), el óvulo puede desplazarse lentamente o incluso quedar atascado. El óvulo fecundado quizá nunca llegue al útero y, en consecuencia, se produce un embarazo ectópico. (Medicina, 2007)

La localización del embarazo ectópico se realiza en la mayoría de los casos en la trompa 98.3% (Ampular, ístmico, intersticial y Fímbrico), tanto en dichos ciclos naturales como en los

ciclos provocados con técnicas de reproducción asistida (1.6). Las localizaciones del embarazo ectópico en el abdomen (1.4%), en el ovario (0.15%) y en el cuello uterino (0.15) son muy raras. Los embarazos heterotopico (coincidencia de un embarazo intrauterino y uno ectópico) en ciclos de fecundación asistida aparecen en el 11.7%, mientras que en los ciclos naturales son excepcionales. (Gonzales- Merlo, 2006)

Es importante señalar que el embarazo Ectópico es responsable de alrededor del 9% de todas las muertes relacionadas con el embarazo. Su incidencia es mayor en las mujeres de raza no blanca y esta discrepancia aumenta con la edad. Los datos disponibles no incluyen los embarazos tratados en forma ambulatoria, por lo que es probable que su incidencia real se haya subestimado. (Recce, 2007)

7.3.4.1 Síntomas y signos.

- Retraso o irregularidad menstrual.
- Síntomas subjetivos de embarazo.
- Dolor.
- Tumoración anexial.
- Útero con signos de gravidez. (C, 2000)

7.3.4.2 Diagnostico.

En la actualidad los embarazos ectópicos pueden diagnosticarse antes del desarrollo de síntomas graves. Las evidencias sintomáticas más frecuentes del mismo son la tríada típica de amenorrea, sangramiento vaginal irregular y dolor bajo vientre. Los hallazgos del examen físico general pueden ser alza térmica moderada y taquicardia leve. Si bien en el momento del diagnóstico la ruptura de la trompa puede estar presente en el 10 al 90% de las pacientes, dependiendo de la población estudiada, la hipotensión severa no está presente en más del 5% del caso. Debemos recordar que el hemoperitoneo puede obedecer a un aborto tubario. (Pérez, 2005)

Al tacto vaginal dos tercios de las mujeres presentan dolor a la movilización del cuello uterino y en el 50% se puede palpar una masa en los anexos, por lo general muy dolorosa. El fondo del saco de Douglas puede estar abombado o ser muy doloroso. El signo de Cullen periumbilical, debido a infiltración hemática de la pared abdominal por el hemoperitoneo a tensión, es poco frecuente en su aparición. Este signo ensombrece el pronóstico (más de 90% de la mortalidad). (MINSAP, 2002)

Según la evolución del cuadro clínico que tiende a complicarse, antes de las doce semanas de gestación, podremos dividir un tanto esquemáticamente dentro de su proteiforme cuadro: a) un diagnóstico de embarazo ectópico en evolución tranquila o no complicada y b) un diagnóstico de embarazo ectópico en evolución accidentada o complicada. Esta diferenciación la hacemos en cuanto puede engendrarse un síndrome de abdomen agudo ginecológico y en cuanto a la posibilidad de lograr el diagnóstico de ectópico en fase precoz o tardía del mismo. (Avello-Junceda, 1980)

El diagnóstico en la fase evolutiva del proceso ofrece unas mayores dificultades que en la fase accidentada o tardía y hasta tal punto es esto válido muy escaso mérito tiene el lograr el diagnóstico del embarazo ectópico complicado y sí mucho cuando las manifestaciones sintomáticas son pobres o poco específicas. La anamnesis puede ser orientadora, corrientemente son mujeres de menarquia tardía o bien estériles o infértiles en las que no rara vez ya existe el dato anterior de una contingencia patológica similar a la que nos ocupa. Suele existir en su historia actual un retraso menstrual o una amenorrea seguida de pérdidas sanguíneas escasas y persistentes en forma de goteo o manchas. Se observan también a veces síntomas precoces del embarazo, pero son de escaso interés desde un punto de vista diagnóstico. (Avello-Junceda, 1980)

El diagnóstico biológico tiene poco valor y no siendo este absoluto se puede observar en el embarazo ectópico una reacción positiva más precoz y más débilmente positiva que el embarazo uterino. La dosificación de gonadotropina y su curva de titulación puede ser un proceder precoz y preciso para diagnosticar el embarazo ectópico de comienzo. La punción de Douglas suele ser negativa en esta fase precoz y tranquila de la presión ectópica en la que el hematocele sería excepcional. (Avello-Junceda, 1980)

La celioscopia hoy en día puede ser un proceder diagnóstico auxiliar inexcusable y de primer orden ante los casos de sospecha de embarazo ectópico cuando el cuadro clínico es confuso y la punción de Douglas es negativa es decir cuando aún no se han presentado signos patognomónicos como el aborto. (Avello-Junceda, 1980)

En evolución accidentada, el diagnóstico del embarazo ectópico es de abdomen agudo ginecológico, cabe aceptar que todo proceso abdominal agudo de localización infra umbilical, que se presente en una mujer en periodo de actividad genital debe hacernos pensar en un embarazo ectópico accidentado en tanto no se demuestre lo contrario. No siempre las manifestaciones son agudísimas. (Avello-Junceda, 1980)

La mujer si acude a consulta lo hace para que el medico confirme la sospecha de embarazo. Solo la posterior evolución definirá el diagnostico.

- Quiste del cuerpo lúteo: puede haber sospecha de la gestación ectópica tanto porque existe amenorrea y a veces perdidas irregulares con un endometrio de aspecto residual en este punto las pruebas biológicas ofrecen a veces un resultado positivo.
- Metropatia hemorrágica: al originar un periodo más o menos largo de amenorrea, seguido de metrorragias puede entrar en juicio el diagnóstico diferencial. Lo decisivo está en que no hay dolores o molestias tan típicos del embarazo ectópico. El legrado uterino y la biopsia endometrial revelan hiperplasia glandular quística.
- El aborto uterino: puede prestarse a confusión sobre todo ante ciertas formas de evolución solapada y tórpida que por asemejar un cuadro de esta naturaleza se han denominada formas pseudoabortivas del embarazo ectópico. Por ello debemos desconfiar de un cuadro de supuesto aborto y pensar en esta contingencia. (Avello-Junceda, 1980).

Tabla 2. Diagnóstico diferencial del embarazo ectópico

DX DIFERENCIAL DE EMBARAZO ECTÓPICO					
	EMBARAZO ECTÓPICO	APENDICITIS	ANEXITIS	RUPTURA DE QUISTE FOLICULAR	ABORTO
Dolor	Punzante continuo lateral o molesto antes de la rotura	Epigástrico	Bilateral con o sin disuria	Unilateral	Cólico central rítmico en hipogastrio
Náuseas y vómitos	Ocasionalmente	Frecuente	A veces	Rara vez	Rara vez
Hemorragia vaginal	Atraso y metrorragia	Sin relación con la menstruación	Hipermenorrea o metrorragia	Atraso menstrual y hemorragia	Amenorrea seguida de manchado y hemorragia
Pulso y temperatura	No hay fiebre Taquicardia después de la rotura	Febrícula Taquicardia	Fiebre Taquicardia	No fiebre Pulso normal Ruptura: taquicardia	No hay fiebre
Exploración genital	Dolor unilateral que aumenta con los movimientos del cérvix Masa dolorosa anexial o en el saco de Douglas	Masa anexial Dolor al tacto rectal	Dolor bilateral en los movimientos de cérvix Hidro -piosalpinx	Sensibilidad en el ovario afecto Útero duro no engrosado	Cérvix entreabierto
Hallazgo de laboratorio	Leucocitos < 1500 B hCG +	Leucocitosis aumentados B hCG -	Leucocitosis B hCG -	Leucocitos normales B hCG -	Leucocitos pueden estar aumentado B hCG +
Ultrasonografía	Útero vacío Líquido en saco de Douglas	Útero y anejos normales	Útero vacío Asa compleja anexial bilateral	Útero normal Endometrio engrosado Ovario engrosado	Útero ocupado por saco ovular o restos Quiste luteo Anejos normales

Fuente: Gómez, 2019

7.3.4.3 Cuadro Clínico.

Todo embarazo que no evolucione normalmente es sospechoso de embarazo ectópico. Las principales manifestaciones son:

- 1) Dolor en la fosa iliaca o hipogástrica (generalmente de tipo pungitivo).
- 2) Hemorragia uterina anormal (tipo “manchado”).
- 3) Sangrado transvaginal anormal.
- 4) Dolor vagina al tacto.
- 5) Tenesmo vaginal o rectal.

El dolor súbito intenso, la hipotensión, palidez, dolor en el hombro o estado de choque indican rotura tubaria y subsiguiente hemoperitoneo. (Pérez, 2005)

7.3.4.4 Causas.

La causa más frecuente de embarazo tubario es el daño de la mucosa en la porción fímbrica de la trompa, la cual es responsable del transporte del huevo. Esta anomalía sería responsable de más de la mitad de los embarazos tubarios. (Williams, Cunningham, Kenneth, Leveno, & Bloom, 2011)

El daño en la mayoría de los casos, está dado por inflamación secundaria a infección secundaria a infección, pudiendo también producirse por cirugía pélvica, no necesariamente ginecológica, ya sea digestiva o urológicas. (Pérez, 2005)

Los siguientes factores también pueden incrementar el riesgo de embarazo ectópico: Edad mayor a 35 años, quedar embarazada teniendo un dispositivo intrauterino (DIU), realizarse ligadura de trompas; más probable dos o más años después del procedimiento, haberse sometido a una cirugía para revertir la ligadura de trompas con el fin de quedar embarazada, haber tenido múltiples compañeros sexuales, algunos tratamientos para la esterilidad, y algunas veces, se desconoce la causa. Así mismo se pueden atribuir a las hormonas, haber padecido hinchazón (inflamación) de las trompas (salpingitis) o enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), defectos congénitos en las trompas de Falopio; complicaciones de una apendicitis; endometriosis; cicatrización causada por una cirugía pélvica previa, mujeres que se han sometido a una cirugía de recanalización tubárica con el fin de volver a quedar embarazadas, tomar hormonas, específicamente estrógenos y progesterona (como las que se encuentran en las pastillas anticonceptivas), puede hacer más lento el movimiento normal del óvulo fecundado a través de las trompas de Falopio. (Pérez, 2005)

7.3.4.5 Pruebas y Exámenes.

El proveedor de atención médica llevará a cabo un examen pélvico. El examen puede mostrar sensibilidad en el área pélvica.

- Se realiza una prueba de embarazo y un ultrasonido vaginal.
- La gonadotropina coriónica humana (GCH) es una hormona que normalmente se produce durante el embarazo. El chequeo del nivel de esta hormona en la sangre puede diagnosticar el embarazo.
- Cuando el nivel sanguíneo de GCH está por encima de cierto valor, la bolsa amniótica debe poder verse en un ultrasonido.
- Si no se ve la bolsa, esto puede ser indicio de un embarazo ectópico.

Es posible que necesite más de un examen, ultrasonido y análisis de sangre. Su proveedor le indicará qué signos debe observar hasta su próxima consulta. (John D. Jacobson, 2019)

7.3.4.6 Tratamiento.

El embarazo ectópico puede ser potencialmente mortal. El embarazo no puede continuar hasta el nacimiento (a término). El tratamiento eficaz requiere tratamiento médico para interrumpir el embarazo o extirpación quirúrgica del embarazo. (John D. Jacobson, 2019)

Si el embarazo ectópico no ha presentado ruptura, el tratamiento puede incluir:

- Cirugía.
- Un medicamento que termine el embarazo, junto con vigilancia cuidadosa por parte del médico.

La paciente necesitará ayuda médica urgente si el área del embarazo ectópico se abre (se rompe). La ruptura puede llevar a que se presente sangrado y *shock*. El tratamiento para el *shock* puede incluir:

- Transfusión sanguínea
- Líquidos por vía intravenosa
- Mantenerse caliente
- Oxígeno
- Elevar las piernas

Si hay una ruptura, se lleva a cabo una cirugía para detener la pérdida de sangre y extraer el embarazo. En algunos casos, es posible que el médico tenga que extraer la trompa de Falopio. (John D. Jacobson, 2019)

7.3.4.7 Prevención.

Es probable que la mayoría de las formas de embarazos ectópicos que ocurren por fuera de las trompas de Falopio no sean prevenibles. Usted puede reducir el riesgo evitando afecciones que podrían ocasionar cicatrización en las trompas de Falopio. Estas medidas incluyen:

- Practicar las relaciones sexuales con precaución, tomando medidas antes y durante el sexo, lo cual puede evitar que usted contraiga una infección
- Obtener diagnóstico y tratamiento oportuno de todas las ITS
- Dejar de fumar. (John D. Jacobson, 2019)

7.3.5 Factores de Riesgo para Embarazos Ectópicos

El embarazo ectópico viene dado algunas veces por ciertos factores de riesgo, aunque en otras ocasiones no se conoce la explicación. Se enumeran los factores que pueden hacer que una mujer sea más susceptible a los embarazos ectópicos:

- Embarazo ectópico anterior.
- Enfermedad inflamatoria pelviana previa (causada por chlamydia Trachomatis).
- Ligadura de trompas que no ha tenido éxito o una inversión de la ligadura de trompas. Intervención quirúrgica abdominal o tubárica con cicatrización postoperatoria.
- Complicaciones tras una operación de apendicitis.
- Fecundación in vitro.
- DIU aún colocado en el momento de la concepción.
- Endometriosis, una afección que ocasiona que el dañe el tejido reproductor circundante.
- Tomar hormonas, específicamente estrógenos y progesterona, puede hacer más lento el movimiento normal del óvulo fecundado a través de las trompas de Falopio y llevar a un embarazo ectópico.
- La "píldora del día siguiente" (píldora poscoital) ha sido relacionada con varios casos de embarazo ectópico.
- Abortos múltiples provocados favorezcan el embarazo ectópico.
- Exposición al dietilestilbestrol (DES) en el seno materno (un estrógeno sintético empleado antiguamente en embarazadas), sobre todo si ello ocasionó anomalías en el aparato reproductor.
- Antecedentes de Enfermedades Pélvicas Inflamatorias (EPI).
- Antecedentes de infertilidad y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Cirugías pélvicas previas.
- Esterilización quirúrgica o Salpingectomía parcial bilateral (SPB).
- Uso de anticonceptivos intrauterinos.
- Abortos inducidos.
- Antecedentes de embarazo ectópico.

- Tabaquismo. (Williams, Cunningham, Kenneth, Leveno, & . Bloom, 2011)

Hasta un 50% de las mujeres con embarazos ectópicos ha padecido hinchazón o inflamación de las trompas (salpingitis) o enfermedad inflamatoria pélvica. Otros factores aún son desconocidos, puesto que se dan casos de embarazos ectópicos en los que no había ninguno de los factores de riesgo anteriores.

Major y Corarely (2000) y Adler (1992) identificaron otros factores:

- Rasgos de personalidad
- Niveles de neuroticismo (tendencia a reaccionar emocionalmente frente a los eventos de la vida)
- Depresión previa a nivel de trastorno psiquiátrico
- Estrés es comparado con continuar el embarazo, criar o dar en adopción. (Major, 2000)

7.3.6 Incidencia de embarazos ectópicos

La incidencia del embarazo ectópico (EE) se estima en 1 a 2 % del total de los embarazos. Se observan cifras en aumento en las últimas décadas, como ha ocurrido en países de la región. En un estudio realizado en un centro hospitalario uruguayo, que se realizó de manera retrospectiva durante un período de 10 años se determinó que, del total de las laparoscopias realizadas por cuadros agudos de abdomen en las mujeres en edad reproductiva, un 43 % correspondía a sospecha de embarazo ectópico, confirmándose dicho diagnóstico en el 83 % de las laparoscopias realizadas. (Alonso, 2022)

En cuanto a la morbilidad, además de las complicaciones agudas, tiene implicancias a largo plazo en el pronóstico reproductivo de la mujer. Las guías NICE 2012 establecen que 11 de cada 1.000 gestaciones son ectópicas, siendo la localización más frecuente la tubárica hasta en el 95 % de los casos. De esto surge la necesidad de conocer las distintas localizaciones de los embarazos ectópicos: como ya se analizó, el 95 % corresponde a origen tubárico y el 5 % restante a orígenes no tubáricos. Dentro de estos últimos pueden ser: cervical, intersticial, cornual, sobre la cicatriz de cesárea, ovárica y abdominal. (Alonso, 2022)

La tasa de embarazos ectópicos es de 11 por 1000 embarazos, con una mortalidad maternal de 0.2 por 1000 embarazos ectópicos estimados. Cerca de dos tercios de estas muertes están asociadas a cuidados sub estándares.

Antes del siglo 20, la mayoría de embarazos ectópicos se rompían con bajas expectativas de sobrevivencia materna. Aunque el mayor logro en el manejo moderno es el haber disminuido la tasa de mortalidad, todavía tenemos los siguientes datos:

- Disminución del 72–90% en 1880 a 0.14% en 1990.
- Actualmente es responsable del 54% de muertes en el embarazo temprano y del 4–6% de las muertes relacionadas al embarazo.
- El 90% se da en la trompa de Falopio. (Schiavon-Ermani, 2012)

7.3.7 Conflictos Éticos Asociados al Manejo del Embarazo Ectópico

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos:

Artículo 3: Dignidad humana y derechos humanos:

1. “Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales”.
2. “Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad”. (Rodríguez-Funes, 2012)

Artículo 4: Beneficios y efectos nocivos:

“Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se deberían potenciar al máximo los beneficios directos e indirectos para los pacientes, los participantes en las actividades de investigación y otras personas concernidas, y se deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas”.

Artículo 5. Autonomía y responsabilidad individual:

“Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.” (Rodríguez-Funes, 2012)

7.3.8 Duelo por la Pérdida de un Embarazo

Toda mujer queda marcada tras pasar por un aborto, indistintamente que se trate de un aborto inducido o un aborto natural:

- Las manifestaciones psicológicas de un aborto pueden variar por el origen, la vivencia propia del aborto, que puede haber sido traumática o no; el momento del

ciclo vital en el que se encuentra, condición en la que se embaraza, ideologías y creencias al respecto, etc.

- Sin embargo, todo aborto supone una pérdida, de algo que estuvo y que ya no existe, cómo toda pérdida requiere de un proceso de duelo y en la mayoría de los casos de reparación.
- Las mujeres que han tenido que pasar por la experiencia de un aborto deben vivir un proceso que las ayude a sanar las heridas de la pérdida sufrida, poder reanudar su conexión consigo mismas, con su cuerpo y el entorno, a fin de encontrar nuevamente el equilibrio y la paz interna.
- Las mujeres que han pasado por un aborto inducido dicen que es mucho más doloroso y sufren más que si se produce un aborto natural. Esto tiene sus razones. En un aborto natural el factor sorpresa es importante vrs un aborto inducido donde se sabe lo que se está haciendo y hay que forzar como un parto, pero donde el niño que saldrá no va a llorar.

7.3.8.1 Características del duelo.

Conlleva cambios a nivel físico, cognitivo, reflexivo comportamental, perceptivo y sentimental afectivo.

7.3.8.2 Manifestaciones del duelo.

- Físicas: falta de energía o aire, trastornos del sueño.
- Cognitivas: confusión, dificultades memoria, pensamientos intrusos.
- Perceptivas: alucinaciones, ilusiones.
- Conducta: anorexia, aislamiento, hiperalerta.
- Sentimientos: tristeza, culpa, ansiedad, cansancio.

7.3.8.3 Efectos emocionales.

- Culpabilidad: A pesar de que el aborto esté totalmente justificado, incluso siendo un aborto natural, la mujer que lo sufre puede pensar que ha sido culpa suya. Los pensamientos de “quizás debería haber tenido más cuidado”, “no me he preocupado por mi bebé”, pueden rondar por su mente, aunque estos no estén justificados.

- Sensación de pérdida: La sensación de vacío puede durar tanto como la persona necesite para superar esta gran pérdida. Quizás nunca logre superarla. Quizás esa sensación de pérdida la persiga toda su vida.
- Pérdida de confianza: Cuando una mujer sufre un aborto pierde la confianza en sí misma para poder volver a tener otro hijo. Bien es cierto que necesitará un tiempo, pero pensará que no será capaz de llevarlo hasta el final. Debilita la autoestima que genera la sensación que “la mujer es una inútil”, “no sirve para nada”, “no es capaz de mantener a un hijo en el vientre”.
- Interés excesivo que puede llevar incluso a desarrollar la idea de adquirir un muñeco bebé para tratarlo como si fuese real. Los bebés se convierten en una obsesión.
- La necesidad de cuidar a alguien o sentirnos madres con algo que no es real.
- Apetito sexual disminuido, la culpabilidad y la pérdida de confianza provocan que el temor a quedarse embarazada de nuevo y que este embarazo resulte frustrado. (Orellana, 2017)

7.4 Marco Legal

Las bases legales representan el sustento legislativo y ejecutivo que regula los derechos sexuales y reproductivos de las personas, hombre y mujeres, por lo tanto, se presenta artículos y resolución emitida desde el ministerio de protección

✓ **Resolución Número 00000051 De 2023 (12 de enero 2023) Ministerio De Salud Y Protección Social**

Que de conformidad con lo expresado por la Honorable Corte Constitucional en Sentencia de Unificación 096 de 2018, los derechos sexuales y reproductivos "reconocen y protegen la facultad de las personas, hombres y mujeres, de tomar decisiones libres sobre su sexualidad y su reproducción" y señala, que en particular, y con relación a los derechos reproductivos, "la Constitución consagra el derecho a decidir de forma libre y responsable el número de hijos (Art. 42 C. Pol.) y garantiza la igualdad de derechos, proscribiendo, expresamente, la discriminación contra la mujer (Arts. 13 y 43 C. Pol.)". Igualmente ha indicado que la estructura de estas garantías [derechos sexuales y reproductivos] se edifica sobre dos dimensiones: "La primera, relacionada con la libertad, que supone la imposibilidad del Estado y la sociedad de implantar restricciones injustificadas en contra de las determinaciones adoptadas por cada persona; y la segunda,

prestacional, que implica la responsabilidad de adoptar medidas positivas para garantizar el goce efectivo de estos derechos.

- ✓ **Artículo 3. Garantía de la atención integral en salud.** La atención integral en salud para la garantía de la interrupción voluntaria del embarazo se debe brindar bajo estándares de calidad. Dichos estándares son los de oportunidad, disponibilidad, accesibilidad, seguridad, integralidad, pertinencia, aceptabilidad centrada en la persona, satisfacción, eficacia, eficiencia y continuidad, que orientan al Sistema de Salud.
- ✓ **Artículo 4. Principios orientadores de la atención integral en salud.** Además de los elementos y principios contenidos en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la atención integral para la interrupción voluntaria del embarazo se orienta por los principios de dignidad humana, autodeterminación reproductiva, igualdad, no discriminación y demás garantías aplicables que hacen parte del catálogo de derechos y libertades incorporadas en la Constitución Política y en el bloque de constitucionalidad.
- ✓ **Artículo 5. Enfoques para la atención integral en salud.** La atención integral en salud para la interrupción voluntaria del embarazo deberá adecuarse, según el caso, a la edad, nivel de educación, nivel socioeconómico, etnia, identidad de género, condición de discapacidad o si se trata de población rural o urbana.

8. Diseño Metodológico

8.1 Tipo de Estudio

La presente investigación es de tipo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal con un enfoque cuantitativo.

Según Guevara et al., “El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas” (2020, p. 171).

Para Sampieri (2003) el diseño Transversal, es aquel en el que se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y su incidencia de interrelación en un momento dado, y el diseño.

La metodología cuantitativa de acuerdo con Tamayo (2007), consiste en el contraste de teorías ya existentes a partir de una serie de hipótesis surgidas de la misma, siendo necesario obtener una muestra, ya sea en forma aleatoria o discriminada, pero representativa de una población o fenómeno objeto de estudio.

8.2 Población

La población objeto de estudio está constituida por las pacientes atendidas por embarazo ectópico en el Hospital Rosario Pumarejo de López en la ciudad de Valledupar, cesar 2022.

8.3 Muestra

La muestra está conformada por 100 pacientes atendidas por embarazo ectópico en el Hospital Rosario Pumarejo de López en la ciudad de Valledupar, cesar 2022-II.

8.4 Operacionalización de las Variables

Se hará un análisis de tipo cuantitativo con escala nominal (anexo a).

8.5 Unidad de Análisis

8.5.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes atendidas en el Hospital Rosario Pumarejo de López de la ciudad de Valledupar durante el 2022-II.
- Mujeres atendidas por embarazo ectópico en el Hospital Rosario Pumarejo de López de la ciudad de Valledupar durante el 2022-II.

8.5.2 Criterios de Exclusión

- Mujeres que no pertenecen al Hospital Rosario Pumarejo de López de la ciudad de Valledupar durante el 2022-II.
- Mujeres atendidas en el Hospital Rosario Pumarejo de López con otra afección o patología.

8.6 Técnicas de Recolección de la Información

8.6.1 Fuentes Primarias

Corresponde a todos los datos o mecanismos de información recolectados para darle respuesta a los objetivos planteados. Esto se hizo a través de una revisión exhaustiva de las historias clínicas proporcionadas por la institución la cual proporcionó datos claros y precisos con respecto a caracterización sociodemográfica, síntomas, factores de riesgo e incidencia del embarazo ectópico en pacientes mujeres atendidas en dicha institución además de un cuestionario el cual permitió obtener datos precisos.

8.6.2 Fuentes Secundarias

Corresponde a todas las bases de datos en línea, para extraer información tales como artículos, libros, informes entre otros.

8.7 Análisis y Presentación de la Información

8.7.1 Análisis de la Información

El análisis de la información se hará mediante la estadística descriptiva porcentaje y el análisis mediante cálculos.

8.7.2 Presentación de la Información

La información recogida se presentó mediante estudios estadísticos con análisis de base de datos y diagramas en Excel, con diseño de barras, tortas, cuadros etc.

8.7.3 Difusión de la Información

Los medios que se utilizaron para la difusión de los resultados del estudio es la sustentación del proyecto terminado ante un jurado, docentes, estudiantes e invitados que asistirán a la ponencia organizada en Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Popular del Cesar.

8.8 Aspectos Éticos de la Investigación

Los principios éticos de la investigación están basados según la resolución 08430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Es importante destacar que sí se utilizó el consentimiento informado para recopilar información, ya que se aplicaron encuestas. Por lo tanto, cada individuo proporcionó su consentimiento explícito para participar en el estudio y para que sus datos fueran utilizados con fines de investigación.

No se requiere asentimiento informado ya que no estudiaremos población de niños.

Es una investigación sin riesgo. Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de ninguna variable de los individuos en estudio.

Se representa el principio de la beneficencia ya que esta nos encamina a hacer y promover el bien en nuestro entorno.

9. Análisis de Resultados

A continuación, se detallan los resultados obtenidos, dándole respuesta a cada uno de los objetivos inicialmente planteados.

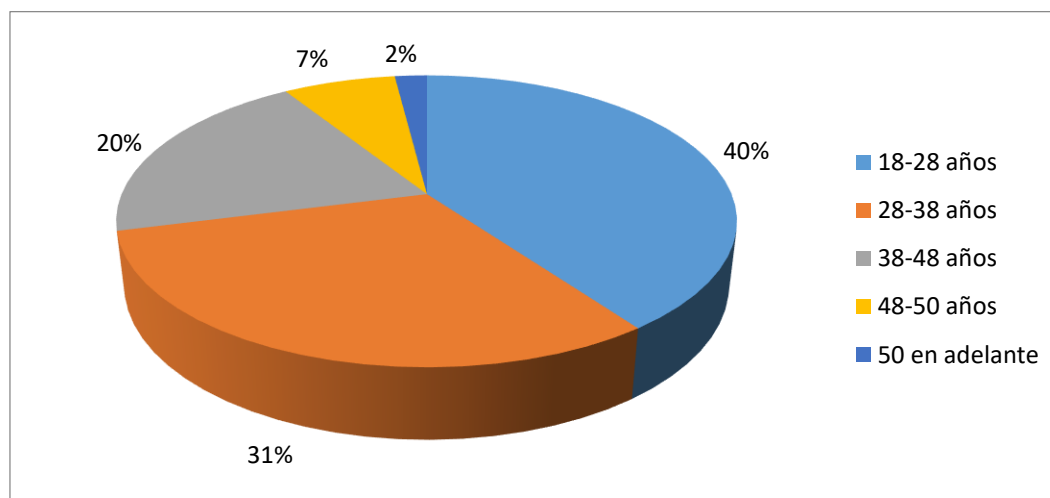
Caracterización sociodemográfica

Tabla 3. Edad

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
18-28 años	40	40%
28-38 años	31	31%
38-48 años	20	20%
48-50 años	7	7%
50 en adelante	2	2%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 1. Edad



Fuente: elaboración propia, 2024

De acuerdo a los datos arrojados en la variable edad, el mayor porcentaje (40%) evidencia que las mujeres se encuentran en un rango de edad entre 18-28 años de edad, seguido de un (31%) que se encuentran en edades entre 28-38 años, Esto refleja que ese grupo de mujeres jóvenes están el

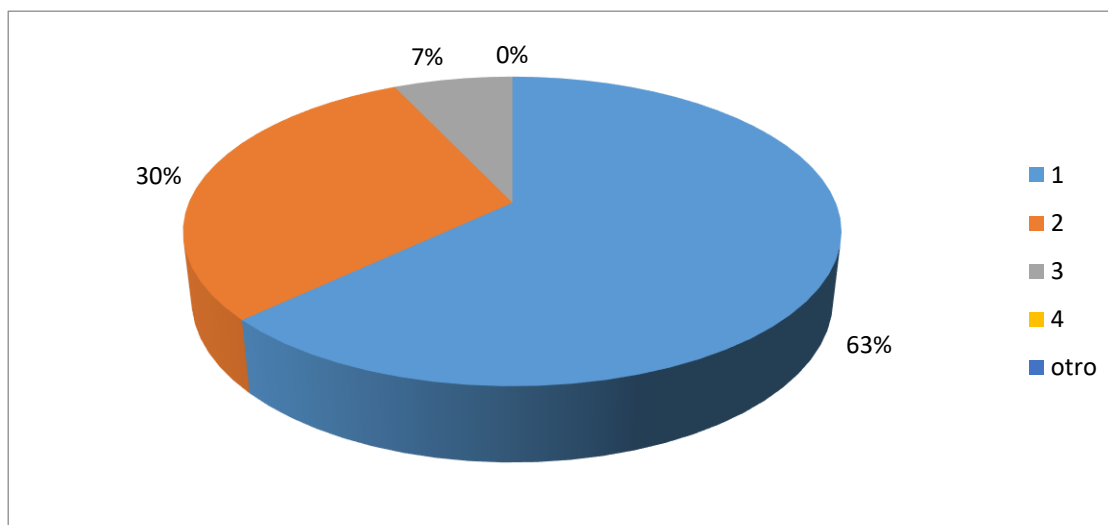
rango de mejor edad fértil y no les interesa prepararse para un embarazo. Esto al compararlo con un estudio realizado por (Duran-Acero, 2016) en Bogotá, evidenció que el 29,24% se encontraba en edades entre los 16 y 40 años de edad. Esta comparación indica que, aunque ambos estudios muestran una concentración de mujeres en edades fértiles.

Tabla 4. Estrato

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
1	63	63%
2	30	30%
3	7	7%
4	0	0%
Otro	0	0%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 2. Estrato



Fuente: elaboración propia, 2024

En relación a los resultados obtenidos en la variable "estrato", es notable que el 63% de las encuestadas pertenecen al estrato 1, seguido por un 30% que corresponde al estrato 2. Esto sugiere

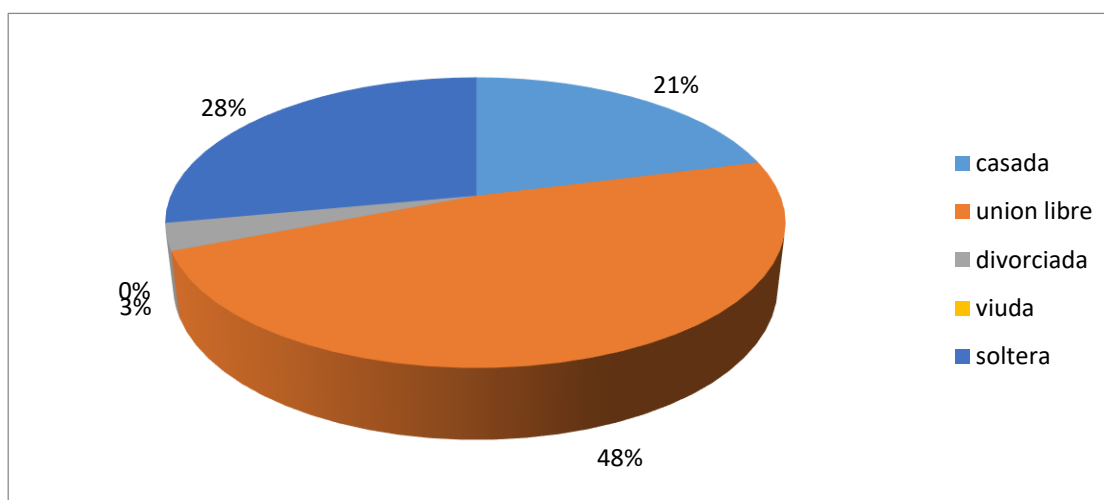
que las mujeres encuestadas viven en condiciones socioeconómicas mayormente bajas o de ingresos medios. De acuerdo al estudio realizado por (Duran-Acero, 2016) se pudo concluir que el total de la población vivía en estratos socioeconómicos comprendidos entre el 1 y 4. El 18.5% de los casos y el 15.3% de los controles pertenecían a estrato 1, el 45.7% de los casos y el 54.6% de los controles a estrato 2, el 31.4% de los casos y el 28.4% de los controles a estrato 3, y el 4.28% de los casos y el 1.4% de los controles a estrato 4. Aunque ambos estudios revelan una distribución de estratos socioeconómicos parecidos entre los participantes, nuestra investigación evidencia una mayor concentración en el estrato 1, lo que puede indicar diferencias en la población estudiada o en la ubicación geográfica de las muestras.

Tabla 5. Estado civil

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
Casada	21	21%
Unión libre	48	48%
Divorciada	3	3%
Viuda	0	0%
Soltera	28	28%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 3. Estado civil



Fuente: elaboración propia, 2024

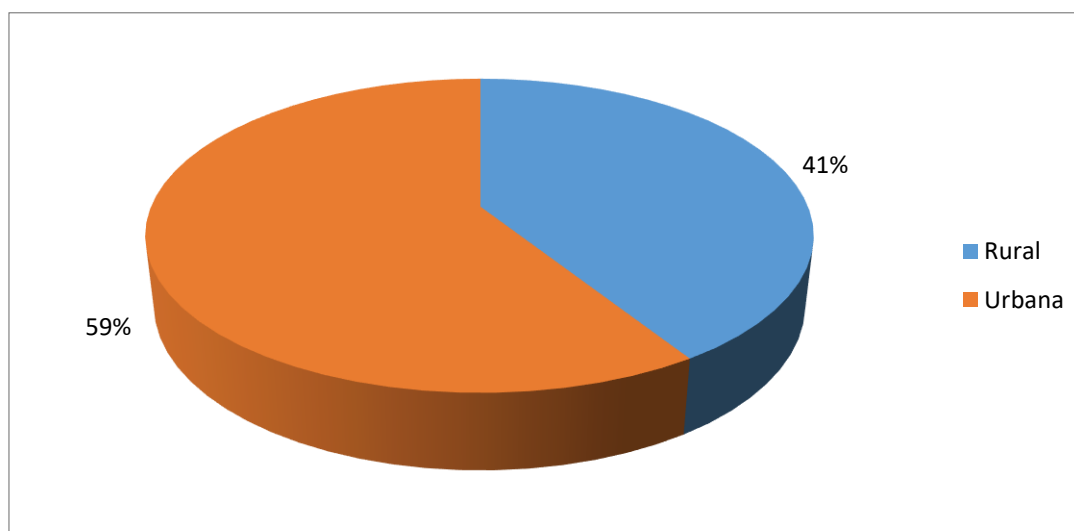
Respecto a la variable estado civil, se puede observar que el 48% de las encuestadas están en unión libre, seguido por un 28% que se encuentra soltera. Esto sugiere que la mayoría de las mujeres encuestadas están en relaciones de convivencia no formalizadas legalmente. Al contrastarlo con una investigación llevada a cabo por (Duran-Acero, 2016) en Bogotá, se constata que, del total de pacientes con embarazo ectópico, el 60.7% estaban en unión libre, seguido de un 40% que eran solteras. Esta comparación resalta una similitud en la prevalencia de mujeres en unión libre en ambas investigaciones, aunque con porcentajes ligeramente diferentes.

Tabla 6. Zona de procedencia

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
Rural	41	41%
Urbana	59	59%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 4. Zona de procedencia



Fuente: elaboración propia, 2024

En tanto a la variable zona de procedencia, se puede notar que el 59% de las mujeres pertenece a la zona urbana, esto se puede deber a una mayor densidad de población en comparación con las

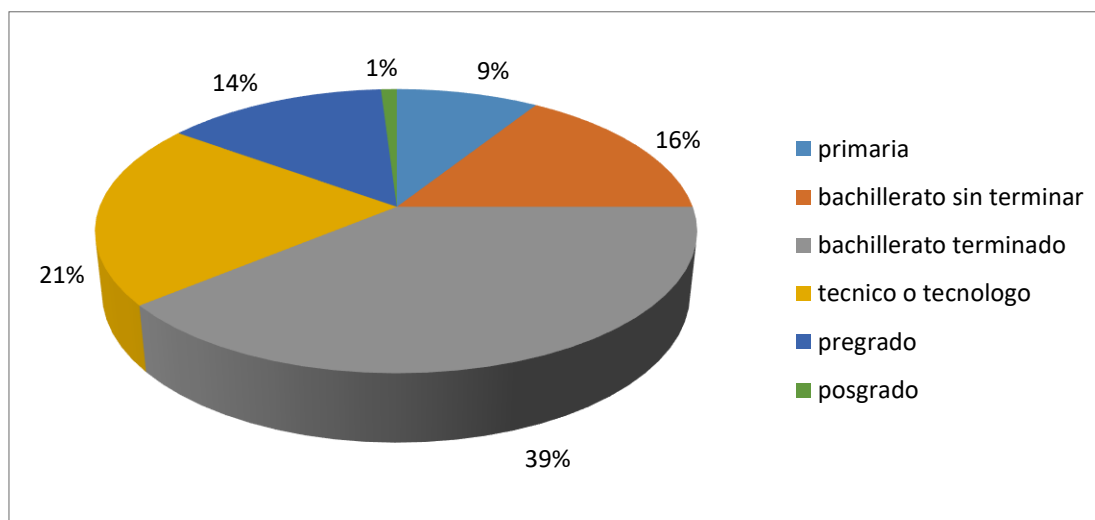
zonas rurales. En comparación con el estudio de (Duran-Acero, 2016) las 200 mujeres encuestadas pertenecen a la zona urbana (60%). Lo cual evidencia una similitud evidenciando que la mayor parte de estas mujeres viven en la ciudad. Aquí, se evidencia una similitud en la distribución, lo que sugiere que la mayoría de estas mujeres viven en entornos urbanos en ambas investigaciones.

Tabla 7. Nivel de estudio

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
Primaria	9	9%
Bachillerato sin terminar	16	16%
Bachillerato terminado	39	39%
Técnico o tecnólogo	21	21%
Pregrado	14	14%
Posgrado	1	1%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 5. Nivel de estudio



Fuente: elaboración propia, 2024

Prosiguiendo con la evaluación de los datos, en lo que respecta al nivel educativo, se observa que el 39% de las mujeres encuestadas han completado el bachillerato, seguido por un 21% que poseen formación técnica o tecnológica. En contraste con los hallazgos del estudio de (Duran-Acero, 2016) se evidenció que con respecto a la escolaridad el 35.7% tiene la secundaria completa seguido de un 30% universitario que son universitarios. Se logra visualizar, una diferencia en la distribución educativa entre las mujeres encuestadas en ambos estudios, en la nuestra, se muestra una mayor proporción de mujeres con bachillerato completo y formación técnica o tecnológica en comparación con el estudio de Duran.

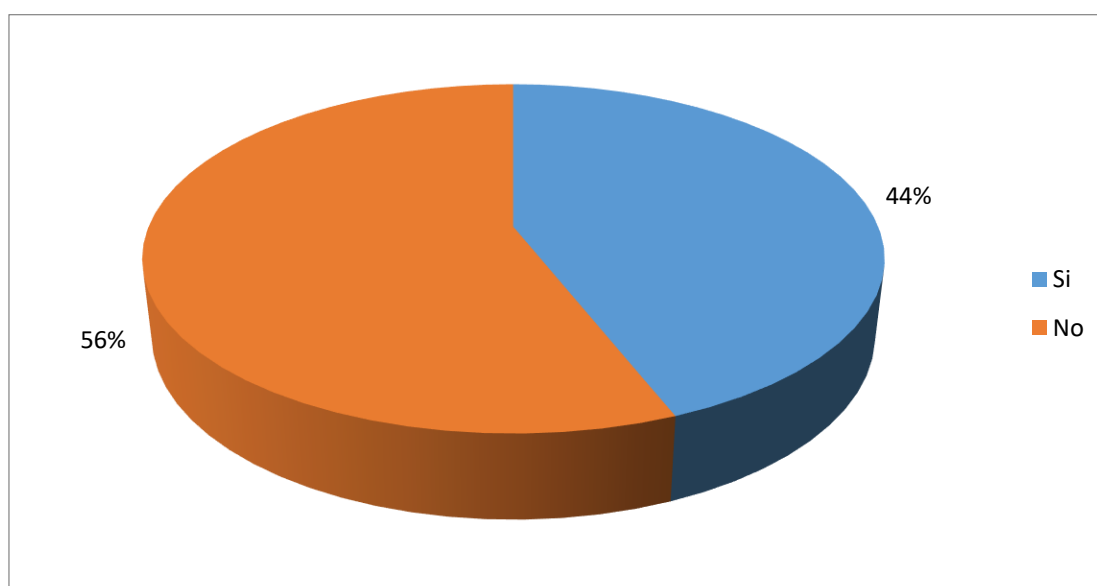
Conocimiento sobre factores modificables

Tabla 8. ¿Conoces sobre el embarazo ectópico?

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
Si	44	44%
No	56	56%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 6. ¿Conoces sobre el embarazo ectópico?



Fuente: elaboración propia, 2024

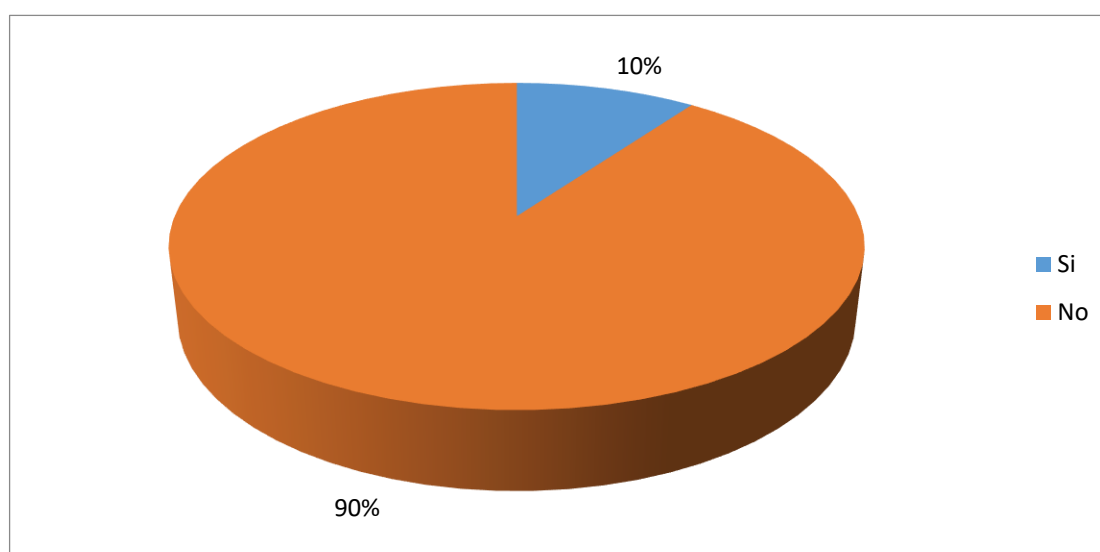
En relación al conocimiento sobre el embarazo ectópico, el 56% de las encuestadas indicaron no estar familiarizadas con esta condición. Este dato subraya la necesidad de concienciar y educar a las mujeres sobre los riesgos, síntomas y cuidados relacionados con el embarazo ectópico. Esto al compararlo con un estudio realizado por (M.E. González-López, 2022) en Madrid, evidenció que el 54,2% de las mujeres encuestadas tiene un conocimiento adecuado sobre embarazo ectópico lo cual es un buen resultado. Esta comparación sugiere que mientras en nuestra investigación existe una falta de conocimiento significativa sobre el tema, en el estudio de González-López en Madrid se observa un nivel más alto de conciencia y conocimiento entre las mujeres encuestadas. Esto subraya la importancia de implementar programas educativos y de concienciación sobre el embarazo ectópico para mejorar la salud reproductiva de las mujeres.

Tabla 9. ¿Ha consumido o consume alguna sustancia psicoactiva?

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
Si	10	10%
No	90	90%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 7. ¿Ha consumido o consume alguna sustancia psicoactiva?



Fuente: elaboración propia, 2024

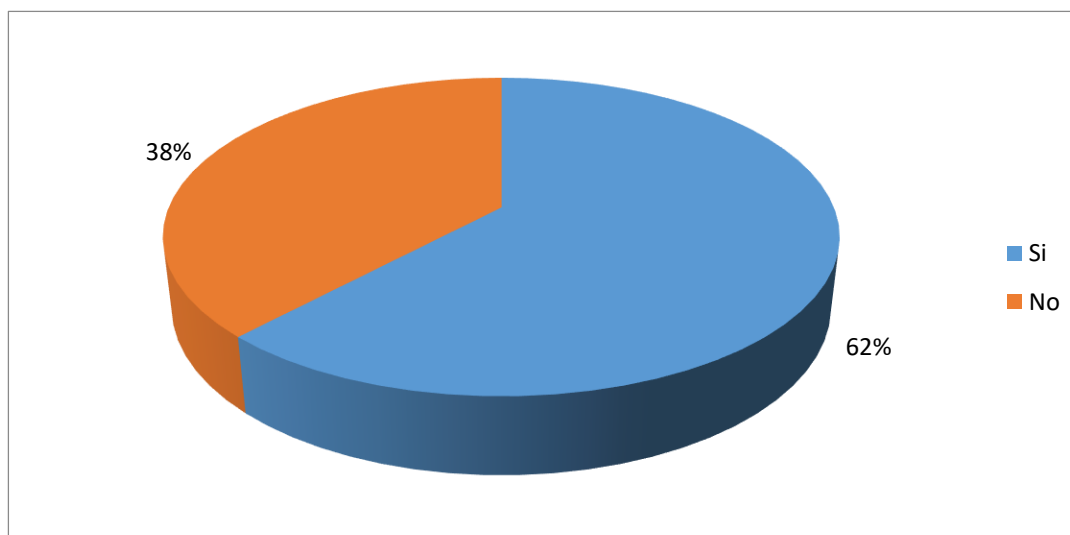
En tanto a si consumen alguna sustancia psicoactiva, el 90% no lo hace, esto indica un comportamiento saludable y una tendencia positiva hacia el cuidado de la salud y el bienestar personal. Esto al compararlo con un estudio realizado por (M.E. González-López, 2022) en Madrid, concluyó que 14.7% de las mujeres consumían tabaco, seguido de un 3.2% de las mujeres consumían alcohol de forma habitual y un 0.6% de las mujeres consumían drogas ilícitas. Al realizar una comparación significativa, se logra resaltar una diferencia significativa en los hábitos de consumo de sustancias entre las mujeres encuestadas en ambos estudios, en el nuestro se observa una mayor prevalencia de no consumo de sustancias psicoactivas en comparación con el estudio realizado en Madrid. Esto sugiere una posible variabilidad cultural o demográfica en los patrones de consumo de sustancias entre las poblaciones estudiadas.

Tabla 10. ¿Ha hecho uso de algún método de planificación?

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
Si	62	62%
No	38	38%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 8. ¿Ha hecho uso de algún método de planificación?



Fuente: elaboración propia, 2024

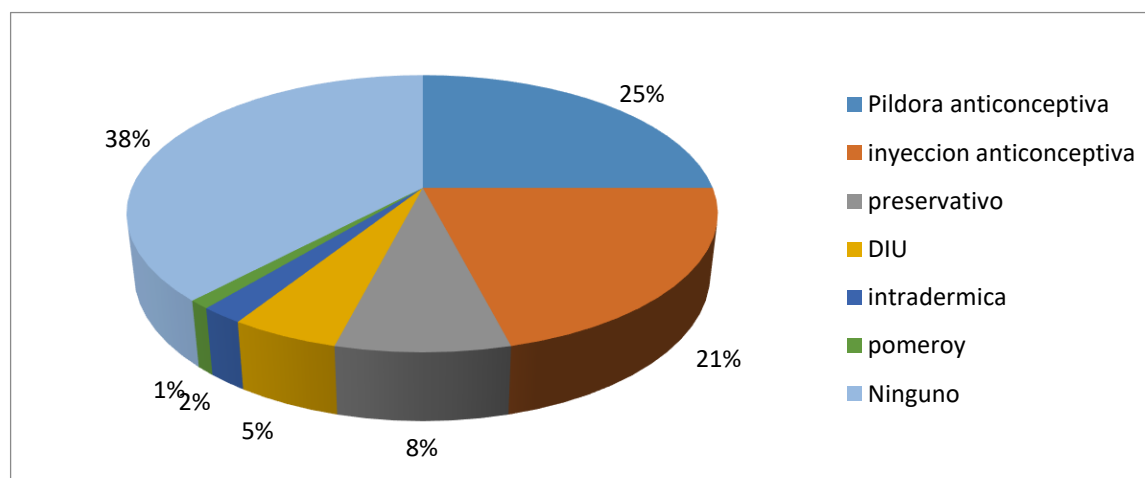
En cuanto a si ha hecho uso de algún método de planificación, el 62% de ellas si ha utilizado, este dato refleja una tendencia positiva hacia la adopción de medidas para la planificación y el control de la fertilidad. En cuanto al estudio de (M.E. González-López, 2022) el 77.8% de las mujeres utilizaban algún método de planificación, lo cual es un buen indicador. En ambas investigaciones se muestran una mayoría de mujeres que utilizan métodos de planificación. Esto podría indicar diferencias en la conciencia y acceso a los métodos anticonceptivos entre las poblaciones estudiadas.

Tabla 11. ¿Qué método de planificación usa o usaba?

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
Píldora anticonceptiva	25	25%
Inyección anticonceptiva	21	21%
Preservativo	8	8%
DIU	5	5%
Intradérmica	2	2%
Pomeroy	1	1 %
Ninguno	38	38%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 9. ¿Qué método de planificación usa o usaba?



Fuente: elaboración propia, 2024

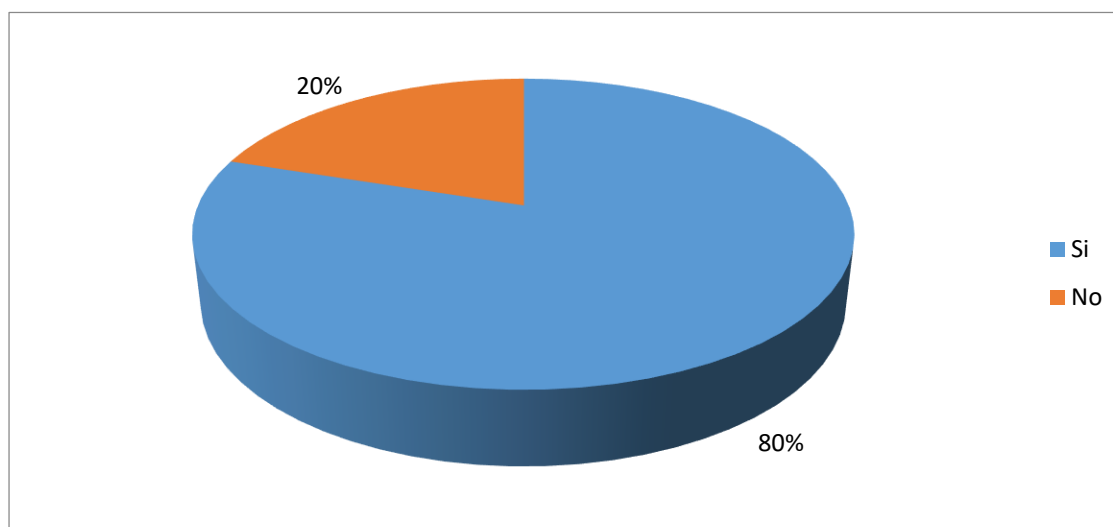
Con relación a que método de planificación utilizaban, el 38% no utilizaron ningún método seguido de un 25% que utilizaron la píldora anticonceptiva, esto demuestra que una gran parte de la muestra estudiada no está utilizando métodos anticonceptivos. Esto al compararlo con un estudio realizado por (M.E. González-López, 2022) concluyó que el método más utilizado era el preservativo (34.5%). Esta comparación revela diferencias significativas en la elección de métodos anticonceptivos entre las poblaciones estudiadas, sugiriendo posibles variaciones en la disponibilidad, accesibilidad o preferencias culturales en relación con los métodos anticonceptivos.

Tabla 12. ¿Tiene alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS)?

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
Si	80	80%
No	20	20%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 10. ¿Tiene alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS)?



Fuente: elaboración propia, 2024

En cuanto a la presencia de enfermedades de transmisión sexual, el 80% de las mujeres encuestadas declararon si padecer. Este dato sugiere una incidencia alta de enfermedades de transmisión sexual en la población estudiada. Al compararlo con un estudio realizado por (A.S. Teal, 2021) en Estados

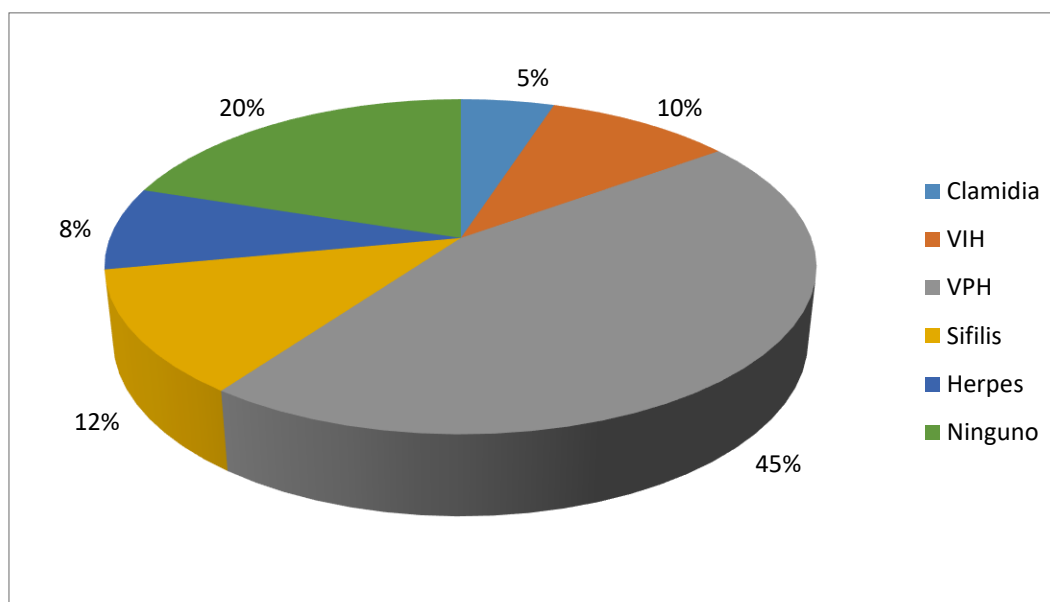
Unidos, concluyó que el 50% sí presentó alguna enfermedad de transmisión sexual. Ambos estudios indican una diferencia significativa en la prevalencia de ETS entre las poblaciones estudiadas, sugiriendo posibles variaciones en la educación sexual, acceso a la atención médica y prácticas de prevención de enfermedades entre los contextos de estudio.

Tabla 13. Si su respuesta anterior fue si ¿Cuál de las siguientes ETS presenta?

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
Clamidia	5	5%
VIH	10	10%
VPH	45	45%
Sífilis	12	12%
Herpes	8	8%
Ninguna	20	20%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 11. Si su respuesta anterior fue si ¿Cuál de las siguientes ETS presenta?



Fuente: elaboración propia, 2024

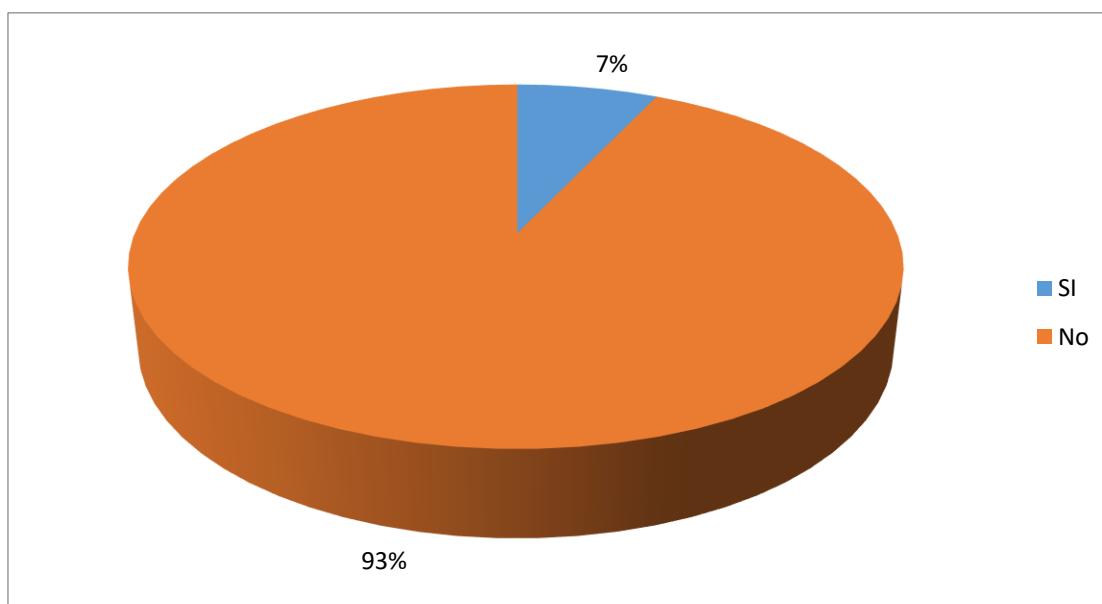
En relación a la variable de enfermedades, el 45% de las mujeres padeció de VPH, seguido por un 20% que no presentó ninguna. Estos datos subrayan la importancia de la detección temprana y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual como el VPH. Esto al compararlo con un estudio realizado por (A.S. Teal, 2021) evidenció que una de las enfermedades que mayormente padecieron las mujeres fue la infección por clamidia. Esta comparación revela diferencias en las enfermedades predominantes entre las poblaciones estudiadas, lo que sugiere variaciones en los patrones de salud sexual y acceso a la atención médica entre los contextos de estudio.

Tabla 14. ¿Ha tenido ligadura de trompas sin éxito?

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
Si	7	7%
No	93	93%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 12. ¿Ha tenido ligadura de trompas sin éxito?



Fuente: elaboración propia, 2024

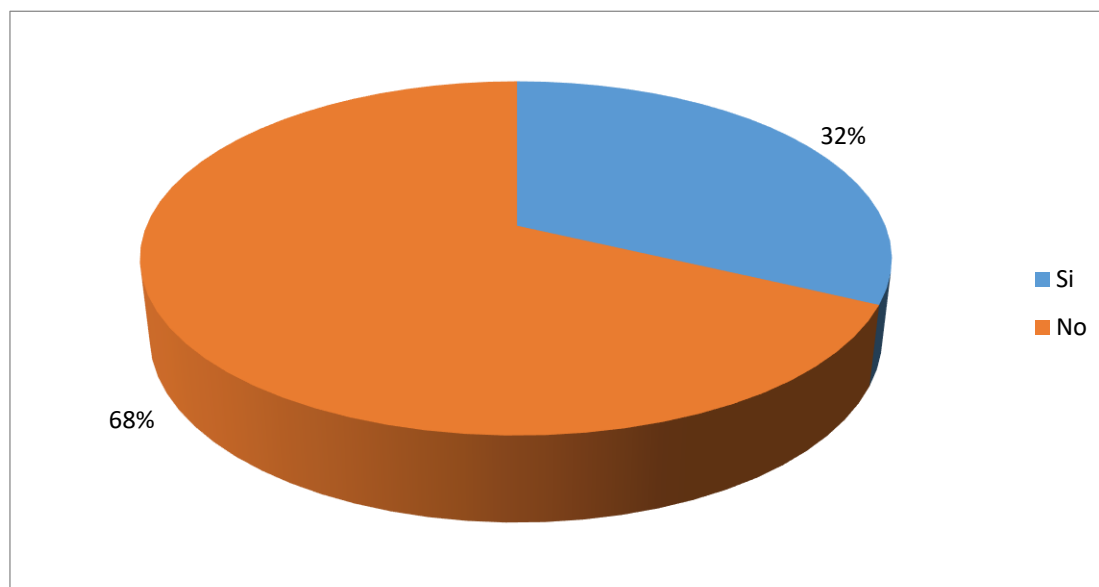
Continuando con los resultados, en relación a la variable de ligadura de trompas sin éxito, se reveló que el 93% de las mujeres encuestadas no experimentaron una ligadura de trompas fallida. Este hallazgo sugiere que la mayoría de las mujeres que se sometieron a este procedimiento no experimentaron complicaciones o fallos en la ligadura. Esto al compararlo con un estudio realizado por (M.E. González-López, 2022) evidenció que el 0.4% de las mujeres se habían realizado una ligadura de trompas sin éxito. Se logra evidenciar una diferencia significativa en la incidencia de ligaduras de trompas sin éxito entre las poblaciones estudiadas, lo que puede reflejar variaciones en los procedimientos quirúrgicos, la calidad de la atención médica o las tasas de complicaciones postoperatorias entre los contextos de estudio.

Tabla 15. ¿Toma pastillas del día siguiente después de tener relaciones sexuales?

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
Si	32	32%
No	68	68%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 13. ¿Toma pastillas del día siguiente después de tener relaciones sexuales?



Fuente: elaboración propia, 2024

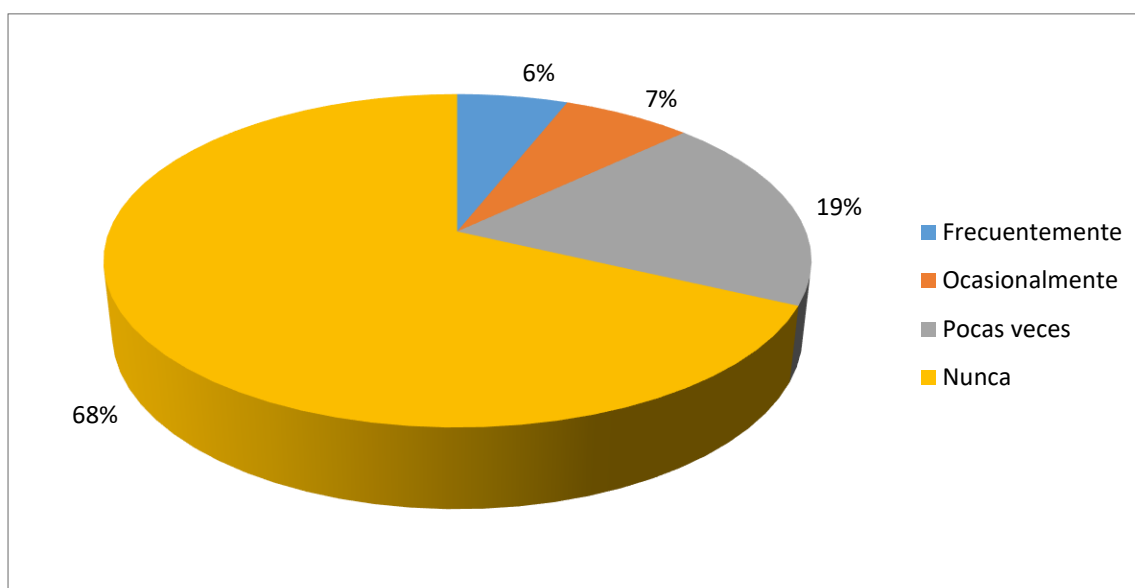
En relación a los resultados de esta variable, se destaca que el 68% de las mujeres no recurren a las pastillas del día siguiente después de mantener relaciones sexuales, lo cual sugiere una elección responsable por parte de las madres respecto a este método anticonceptivo de emergencia. Esto al compararlo con el estudio de (M.E. González-López, 2022) evidencio que el 12.3% de las mujeres habían utilizado las pastillas del día siguiente. En ambos estudios se vislumbra una diferencia significativa en tanto al uso de la pastilla del día siguiente pues, en nuestro estudio más de la mitad usa dicho método de emergencia mientras que en el anterior solo un 12%.

Tabla 16. Si su respuesta anterior fue si ¿Con que frecuencia toma las pastillas?

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
Frecuentemente	6	6%
Ocasionalmente	7	7%
Pocas veces	19	19%
Nunca	68	68%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 14. Si su respuesta anterior fue si ¿Con que frecuencia toma las pastillas?



Fuente: elaboración propia, 2024

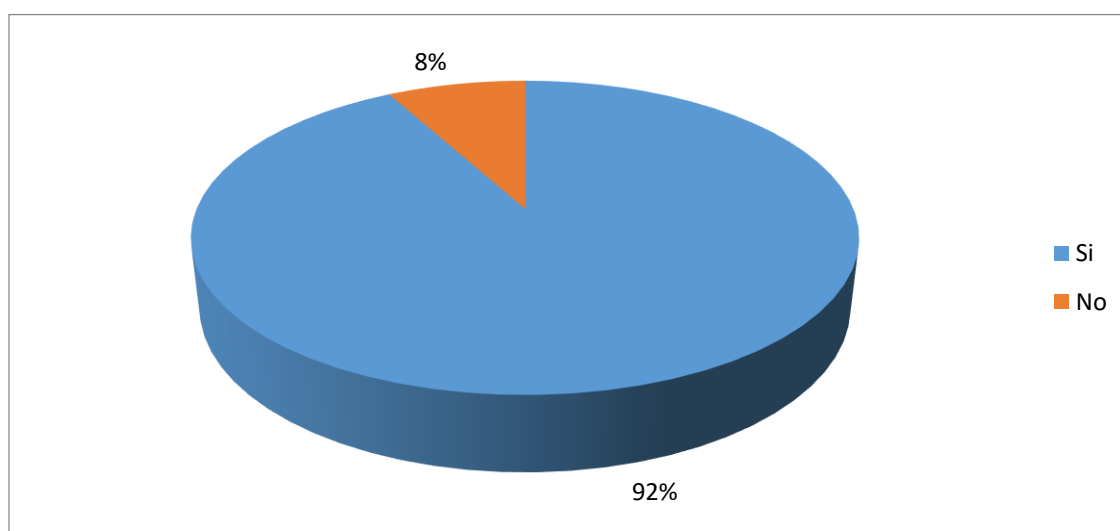
En cuanto a la frecuencia con la que recurren a este método, el 68% indicó no hacerlo nunca, seguido por un 19% que lo hace pocas veces. En este caso, el hecho de que el 68% indique que nunca recurre a este método y el 19% lo haga pocas veces puede reflejar una combinación de factores como la disponibilidad de alternativas, las creencias individuales sobre la efectividad del método, y las circunstancias personales que puedan influir en la toma de decisiones. Esto al compararlo con el estudio realizado por (M.E. González-López, 2022) concluyó que la frecuencia de uso era variable, con un 3.1% de las mujeres que las utilizaban más de una vez al año. Esta comparación resalta diferencias en los patrones de uso del método anticonceptivo entre las dos poblaciones, lo que puede estar influenciado por factores socioculturales, económicos y de acceso a la atención médica.

Tabla 17. ¿Ha estado embarazada?

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
Si	92	92%
No	8	8%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 15. ¿Ha estado embarazada?



Fuente: elaboración propia, 2024

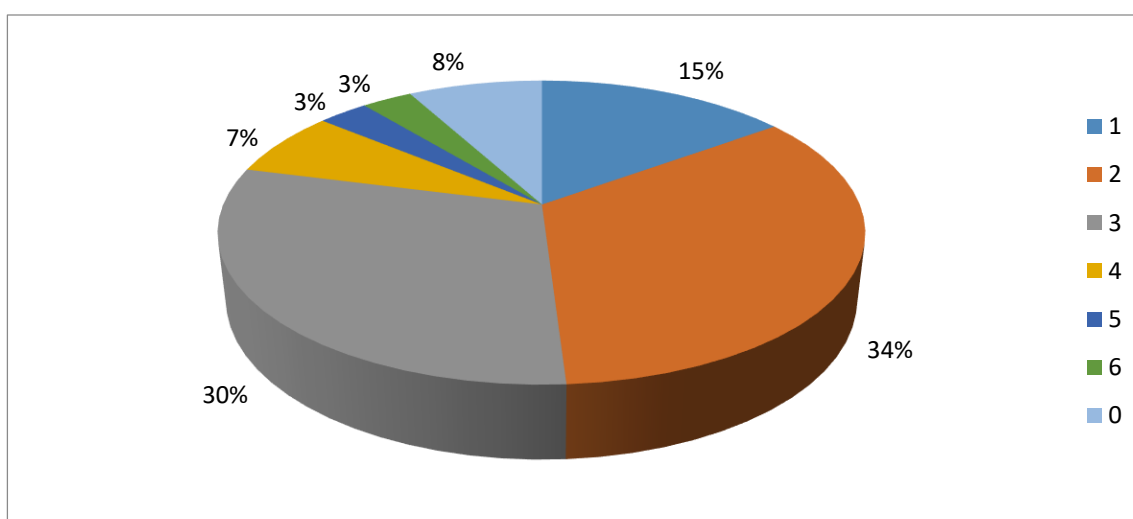
Continuando con el análisis, en tanto a si ha estado embarazada, el 92% manifestó estarlo en algún momento, esto se puede a que es común que las mujeres en edad fértil experimenten al menos un embarazo durante su vida reproductiva. Esto al compararlo con la investigación realizada por (M.E. González-López, 2022) evidenció que el 62.5% de las mujeres había estado embarazada alguna vez.

Tabla 18. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
1	15	15%
2	34	34%
3	30	30%
4	7	7%
5	3	3%
6	3	3%
0	8	8%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 16. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?



Fuente: elaboración propia, 2024

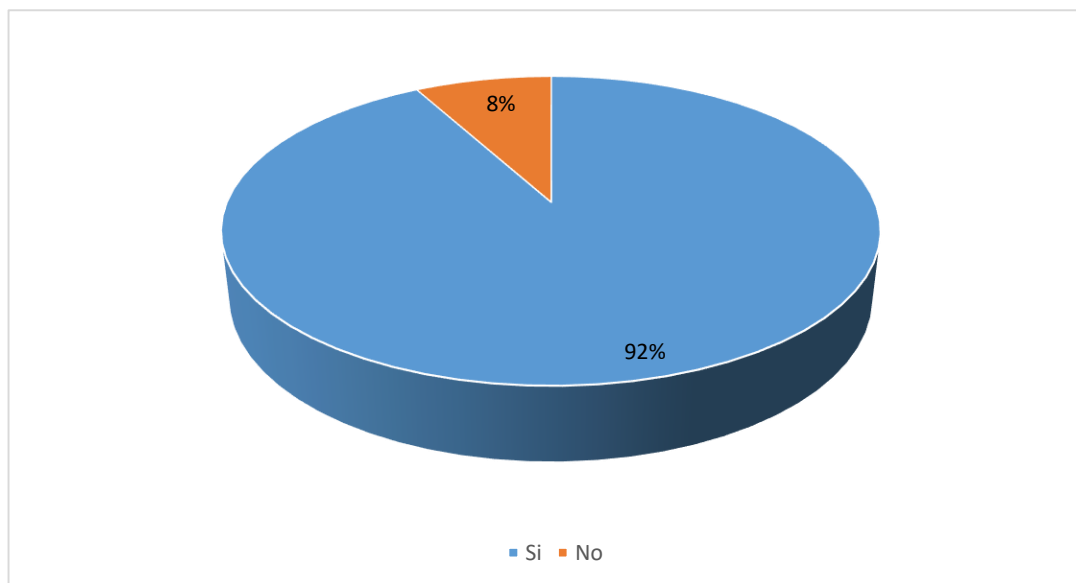
Con respecto a la variable cuantas veces ha estado embarazada, se observa que el 34% de las mujeres encuestadas reportaron haber estado embarazadas dos veces, seguido de un 30% que indicó haber estado embarazadas en tres ocasiones, algunas mujeres pueden optar por tener múltiples embarazos debido a su deseo de ampliar su familia o por motivos culturales y personales. Esto al compararlo con un estudio realizado por (M.E. González-López, 2022) concluyó que el número medio de embarazos era de entre 1 y 2. Esta comparación indica una diferencia en los patrones de fertilidad entre ambos estudios, lo que puede estar influenciado por factores como la edad, el acceso a la atención médica y las preferencias individuales de planificación familiar.

Tabla 19. ¿Tiene hijos?

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
Si	92	92%
No	8	8%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 17. ¿Tiene hijos?



Fuente: elaboración propia, 2024

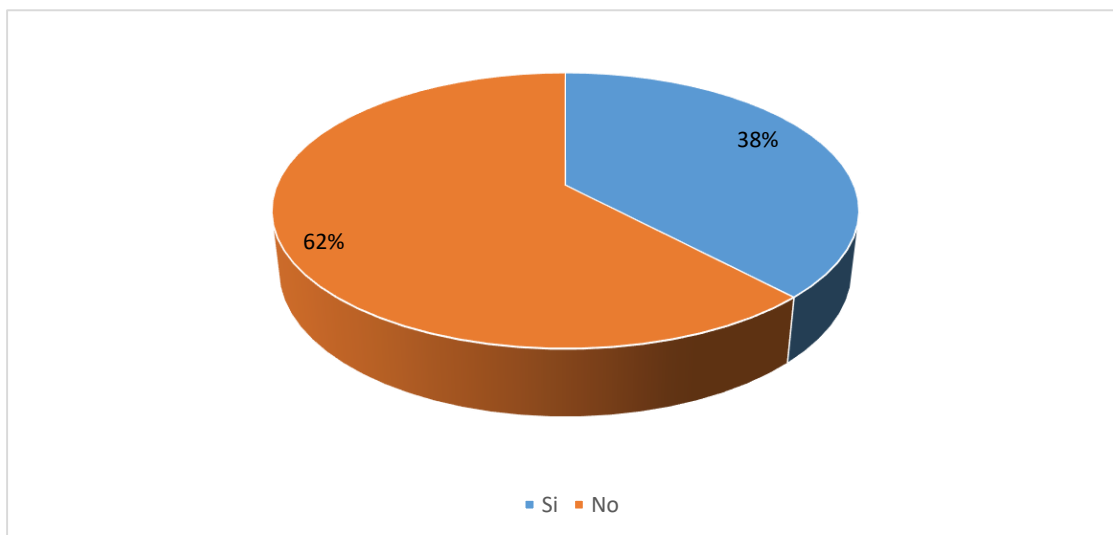
Continuando con los resultados, el 92% de las mujeres manifiesta tener hijos, lo cual refleja la experiencia de maternidad activa dentro de la muestra estudiada. Este dato subraya la importancia de la maternidad en la vida de las mujeres y la conexión fundamental entre la sexualidad y la reproducción. Un estudio realizado por (L.F. Vanegas-Ríos, 2022) concluyó que el 47.9% de las mujeres tenían hijos. Esta comparación revela diferencias significativas en la proporción de mujeres con hijos entre las poblaciones, lo que puede estar influenciado por factores como la edad, el contexto cultural y socioeconómico, así como las decisiones individuales de planificación familiar.

Tabla 20. ¿Ha sufrido un aborto?

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
Si	38	38%
No	62	62%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 18. ¿Ha sufrido un aborto?



Fuente: elaboración propia, 2024

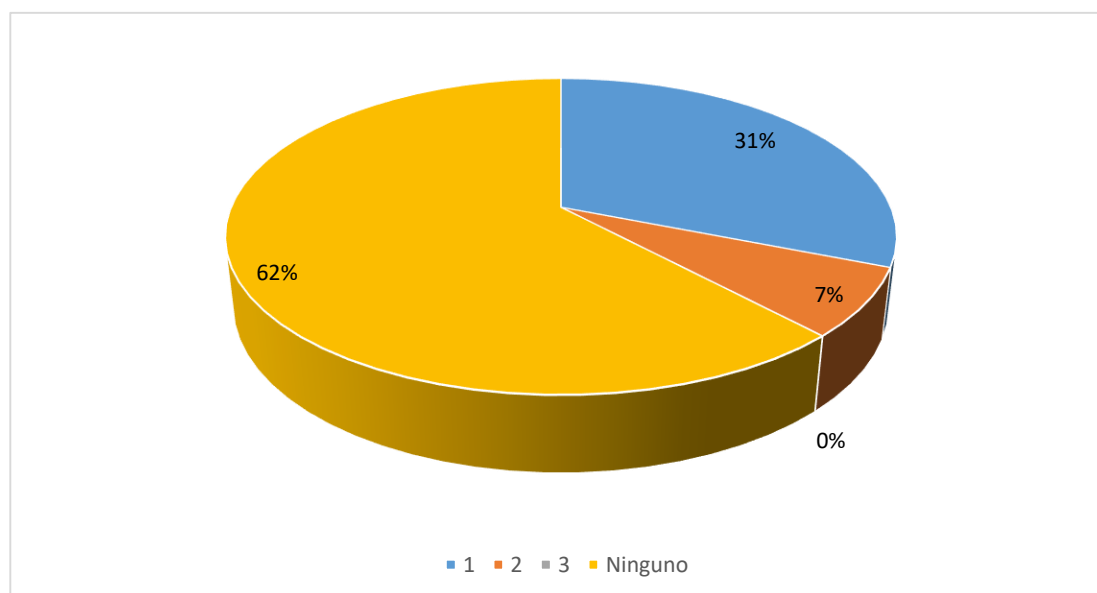
En cuanto a la experiencia de aborto, el 62% de las encuestadas manifestó no haberlo sufrido esto se pudo deber a un acceso a anticonceptivos efectivos, educación sexual adecuada y decisiones reproductivas conscientes. Esto al compararlo con un estudio realizado por (L.F. Vanegas-Ríos, 2022) concluyó que el 22.9% de las mujeres había sufrido un aborto. Las diferencias entre ambas investigaciones pueden estar relacionadas con variaciones en el acceso a la atención médica, la disponibilidad de métodos anticonceptivos y las normas culturales y legales en torno al aborto en cada contexto.

Tabla 21. Si su respuesta anterior fue si ¿Cuántas veces lo ha padecido?

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
1	31	31%
2	7	7%
3	0	0%
Ninguno	62	62%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 19. Si su respuesta anterior fue si ¿Cuántas veces lo ha padecido?



Fuente: elaboración propia, 2024

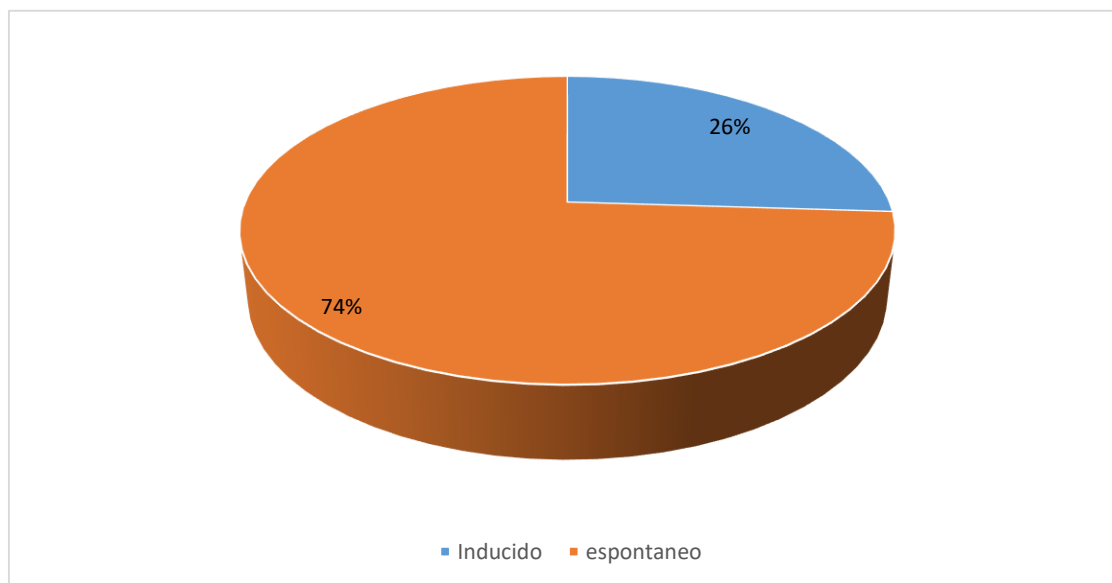
Con respecto a cuantas veces lo han padecido, el 62% de las encuestadas manifestaron no haber sufrido un aborto, seguido de un 7% que lo padeció 2 veces. Es posible, que algunas mujeres que han experimentado más de un aborto espontáneo pueden encontrarse en situaciones en las que tienen un desafío mayor para evitar un embarazo no deseado. En tanto al estudio de (L.F. Vanegas-Ríos, 2022) los resultados demostraron que el número de abortos a los que se sometieron las mujeres era entre 1-3.

Tabla 22. ¿Ha tenido aborto inducido o espontaneo?

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
Inducido	10	26%
Espontaneo	28	74%
Total	38	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 20. ¿Ha tenido aborto inducido o espontaneo?



Fuente: elaboración propia, 2024

Continuando con el análisis, el 74% de las encuestadas manifestó que el aborto practicado fue espontaneo, esto puede deberse a que estos, son relativamente comunes durante el embarazo

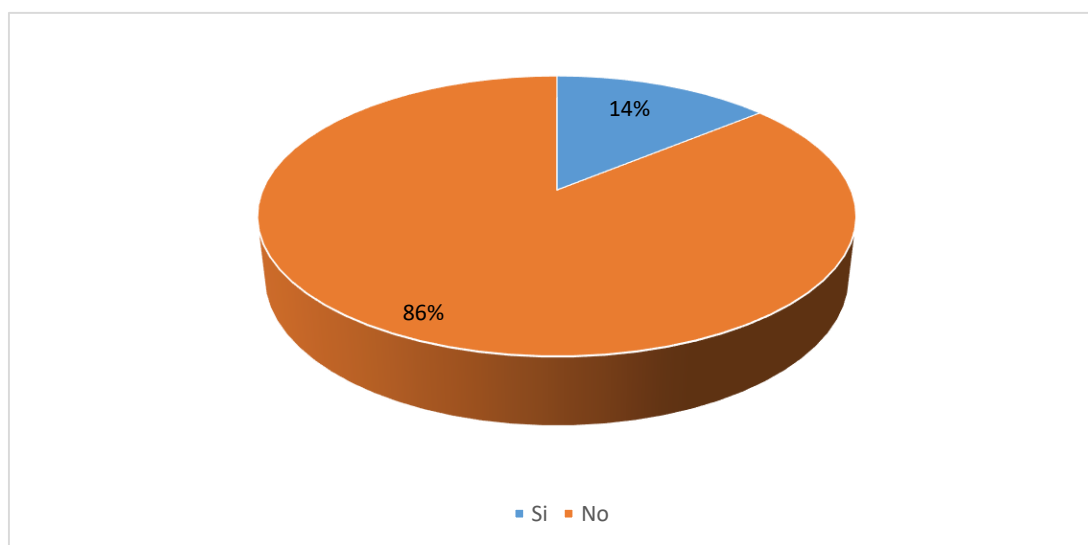
temprano y pueden ocurrir debido a una variedad de razones, como anomalías genéticas, problemas hormonales etc. Con respecto al estudio realizado por (L.F. Vanegas-Ríos, 2022) aquí los resultados concluyeron que el 14.3% de las mujeres había tenido un aborto inducido. Ambos estudios reflejan una diferencia significativa pues en nuestro estudio el 74% tuvieron un aborto espontaneo y en el otro estudio el 14.3% lo tuvo inducido, lo cual refleja que son contextos diferentes.

Tabla 23. ¿Ha presentado Embarazo Ectópico?

Opción	Numero de respuestas	Porcentaje de respuestas
Si	14	14%
No	86	86%
Total	100	100%

Fuente: elaboración propia, 2024

Grafica 21. ¿Ha presentado Embarazo Ectópico?



Fuente: elaboración propia, 2024

En relación con la variable del embarazo ectópico, el 86% de las mujeres encuestadas no lo ha experimentado, esto puede ser alentador en términos de salud reproductiva. Esto al compararlo con un estudio realizado por (L.F. Vanegas-Ríos, 2022) evidenció que el 11.5% de las mujeres había

presentado un embarazo ectópico, esto puede deberse a distintos factores que van desde el acceso a atención en salud hasta la calidad. Estos hallazgos destacan la importancia de la prevención, el diagnóstico temprano y el manejo adecuado de los embarazos ectópicos para garantizar la salud reproductiva de las mujeres.

Incidencia de embarazos ectópicos

38 casos de embarazo ectópico

Incidencia = -----

581 mujeres con complicaciones ginecológicas

$$\text{Incidencia} = \frac{38}{581} \times 100$$

$$\text{Incidencia} = 6.54$$

El análisis indica que, de cada 100 pacientes, alrededor de 6.54 experimentaron un embarazo ectópico. Si bien esta tasa puede parecer baja en comparación con otras enfermedades, es crucial reconocer que el embarazo ectópico continúa siendo una preocupación importante en materia de salud reproductiva. Es necesario seguir trabajando para mejorar esta tasa y promover la educación reproductiva para prevenir y detectar esta condición de manera temprana, lo que podría reducir su incidencia y minimizar sus efectos negativos.

Conclusiones

Los resultados del estudio revelan varios hallazgos importantes sobre la salud reproductiva y el comportamiento de planificación familiar entre las mujeres encuestadas. En primer lugar, según las características demográficas, se observa que la mayoría de las mujeres tienen entre 18 y 38 años, pertenecen al estrato socioeconómico de clase baja o media y viven principalmente en zonas urbanas. Esto indica la necesidad de políticas y programas de salud que aborden las necesidades especiales de las mujeres jóvenes y pobres que viven en entornos urbanos.

En relación al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, es preocupante observar que la mayoría de las mujeres no utilizan ningún método anticonceptivo. Además, también es alarmante que un número significativo de mujeres desconozcan el embarazo ectópico, pero, es posible destacar que un gran número de ellas nunca toman pastillas de emergencia. Esta última observación puede ser vista como positiva desde una perspectiva de salud sexual y reproductiva. Mientras que las pastillas de emergencia pueden ser efectivas en la prevención del embarazo después de relaciones sexuales sin protección, su uso frecuente puede reflejar una falta de planificación en la anticoncepción y puede tener efectos secundarios significativos.

En cuanto a la experiencia de embarazo y aborto, la mayoría de las mujeres encuestadas había experimentado al menos dos embarazos en su vida, y una proporción importante había tenido un aborto espontáneo o inducido. Estos hallazgos subrayan la importancia de brindar servicios equitativos de salud reproductiva, apoyo emocional y educación sobre salud materno-infantil.

Para finalizar, la baja incidencia de embarazo ectópico entre las mujeres del estudio es alentadora para la salud reproductiva, pero también enfatiza la necesidad continua de promover la conciencia y la detección temprana de esta afección potencialmente grave.

En conclusión, los resultados de la encuesta aplicada, brindan una imagen integral de los comportamientos de salud reproductiva y planificación familiar entre las mujeres encuestadas. Estos hallazgos resaltan la importancia de una consideración integral e individualizada de las necesidades de salud reproductiva, así como de la educación y el acceso equitativo a los servicios de salud sexual y reproductiva en la comunidad. Además, enfatizan la importancia de la investigación continua y la colaboración interdisciplinaria para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres en todas las etapas de su vida reproductiva.

Recomendaciones

Una vez obtenidos los resultados del estudio aplicado, se formulan las siguientes recomendaciones:

- A los profesionales de la salud realizar capacitación continua sobre la identificación y manejo del embarazo ectópico, incluyendo la detección temprana de sus signos y síntomas y Promover la educación sobre salud reproductiva, incluyendo información detallada sobre el embarazo ectópico, entre las pacientes en edad fértil durante las consultas médicas regulares.
- Al hospital, implementar periódicamente programas educativos que concienticen a la comunidad y al personal médico sobre el embarazo ectópico, sus factores de riesgo y las medidas preventivas, también facilitar la comunicación entre el equipo y los departamentos de la institución pues esto permitirá mejorar la calidad en atención.
- Por último, se recomienda a las mujeres buscar atención medica de manera regular y prenatal en caso de sospechas de embarazo o síntomas relacionados con el embarazo ectópico y también, participar de forma más activa en programas educativos sobre planificación y todo lo relacionado con educación sexual reproductiva.

Referencias

- A.S. Teal, J. T. (2021). Tendencias en la incidencia y los resultados del embarazo ectópico en los Estados Unidos. *Obstetrics & Gynecology*.
- Almaguer-Bebert, Y. M.-G. (2020). Incidencia de embarazo ectópico. hospital general de huambo.angola. período enero 2018 a enero 2019 . *Morfovirtual*, 415-500.
- Alonso, V. y. (2022). Embarazo ectópico. *Salud en la mujer* .
- Ananya, M. (2017). Tipos de embarazo ectópico. *News Medical Life Sciences* , [http://www.news-medical.net/health/Types-of-Ectopic-Pregnancy-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Types-of-Ectopic-Pregnancy-(Spanish).aspx).
- Arias. (2006). Metodología de la investigación. 81.
- Avello-Junceda. (1980). *Diagnostico en obstetricia y ginecologia* . Barcelona: JIMS.
- Bolaños-Bravo HH, R.-F. A.-M.-S.-R.-M. (2023). Manejo conservador en una paciente con embarazo ectópico cervical en Nariño, Colombia: reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev. colomb. obstet. ginecol*, <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3357>.
- C, B. O. (2000). The frequency of salpingitis and ectopic pregnancy as epidemiologic markers of Chlamydia trachomatis. *Acta Obstet ginecol scand*, 55-200.
- Cuidateplus. (2016). *Trompas de falopio*. Obtenido de <https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/diccionario/trompas-falopio.html>
- Cun.es. (2019). *Maceración*. Obtenido de <https://cun.es/diccionario-medico/terminos/maceracion#:~:text=f.,ej.%2C%20el%20sudor>).
- Durán-Acero, D. y.-M. (2015). Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en el Hospital Universitario Mayor Mederi. *Tesis para optar el título de especialista en Gineco obstetricia*, 144-155.
- Duran-Acero, D. y.-M. (2016). FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO. *Hospital universitario mayor meredit* .
- Escobar-Padilla, B. P.-L.-P. (2017). Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 55, núm. 3, 278-285.
- Escobar-Padilla, B. P.-L.-P. (2020). Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. *IMSS*, <https://www.redalyc.org/journal/4577/457750970002/html/>.
- Escobar-Vidarte, M. C.-H.-E.-P.-P.-T.-G.-L. (2017). Embarazo ectópico abdominal avanzado: Incidencia, reporte de casos y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol vol.68 no.1*, 71-82.
- Essan. (2022). *Diferencias entre peligro, riesgo, acto, condición, incidente y accidente en salud ocupacional*. Obtenido de <https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/diferencias-entre->

peligro-riesgo-acto-condicion-incidente-y-accidente-en-salud-ocupacional#:~:text=Es%20la%20probabilidad%20de%20que,una%20fractura%20ser%C3%A1%20el%20riesgo.

Gonzales- Merlo, J. L. (2006). *Obstetricia*. 5 edición, <https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/2418/SALCEDO%20ESCOBAR%20VICTOR%20HUGO%20-MAESTRÍA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

INE. (2022). *Mortalidad*. Obtenido de INE: <https://www.ine.gob.cl/ine-ciudadano/definiciones-estadisticas/poblacion/mortalidad>

John D. Jacobson, M. (2019). *Medlineplus*. Obtenido de Embarazo Ectopico : <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000895.htm>

L.F. Vanegas-Ríos, M. F.-O.-G. (2022). Caracterización clínica y epidemiológica del embarazo ectópico en una institución de salud de alta complejidad en Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 445-453.

M.E. González-López, A. G.-S.-V. (2022). "Factores de riesgo de embarazo ectópico en una cohorte de mujeres de atención primaria: estudio transversal en España". *Revista clinica española*.

Major, B. C. (2000). "Psychological responses of women after first-trimester abortion". *Archives of General Psychiatry*, 777-784.

Mayoclinic. (2023). *Kidney Stones*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/kidney-stones/multimedia/kidney-stones/img-20005738>

Medicina, B. N. (2007). Embarazo ectópico. *Medlineplus*, <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000895.htm>.

Medlineplus. (2021). *Incidencia*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002387.htm>

MINSAP. (2002). Orientaciones metodológicas para el manejo y control de todo el sistema de salud de las mujeres con Embarazo Ectópico y sus complicaciones Ciudad de la Habana . *MINSAP*, 1-100.

NIH. (2022). *Complicación*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/complicacion>

NIH. (2022). *Hemorragia*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/hemorragia>

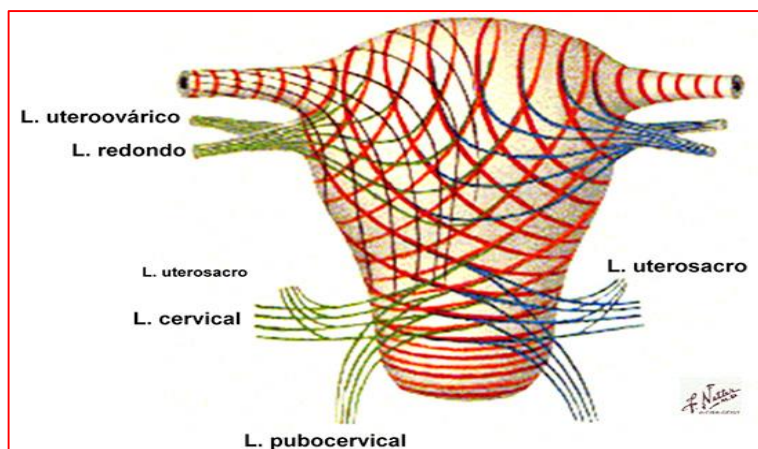
NIH. (2022). *Trofoblasto*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/trofoblasto>

- NIH. (s.f.). *morbilidad*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/morbilidad>
- OMS. (2023). Enfermedades no transmisibles.
- Orellana, A. L. (2017). Embarazo ectopico . *Psicolegas* , 1-25.
- Pérez, S. (2005). Obstetricia. 3^o edición, 8-100.
- Planned. (2023). *Embarazo Ectopico* . Obtenido de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/embarazo/embarazo-ectopico>
- Ponti, J. C. (2021). Ectopic pregnancy . *American Family Physician*, 104(1), 42-50.
- RAE. (2021). *Tubarico*. Obtenido de <https://dle.rae.es/tub%C3%A1rico>
- Raquel Navas-Campo, L. M. (2022). Embarazo ectópico sobre cicatriz uterina por cesárea. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba.*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8765383/>.
- Recce, A. H. (2007). Obstetricia clínica. 3 Edición, 55-120.
- Rodriguez-Funes, V. (2012). Aspectos bioéticos del manejo del embarazo ectópico. *CNBES*, <http://cssp.gob.sv/wp-content/uploads/2017/03/Aspectos-bioéticos-del-manejo-del-embarazo-ectópico-Dra.-Rodríguez.pdf>.
- Ruiz, a. (2004). Embarazo ectópico. En: Grupo de Atención de Emergencias y Desastres. *Guías para manejo de urgencias, t. II, 2^a ed.* , 206-215.
- Sanitas. (2022). *Qué es un embarazo ectópico*. Obtenido de Sanitas : [https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/mi-embarazo/sin012219wr.html#:~:text=La%20incidencia%20de%20embarazo%20ect%C3%B3pico,%25\)%20o%20un%20aborto%20inducido.](https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/mi-embarazo/sin012219wr.html#:~:text=La%20incidencia%20de%20embarazo%20ect%C3%B3pico,%25)%20o%20un%20aborto%20inducido.)
- Schiavon-Ermani, R. (2012). La evidencia científica sobre embarazo ectópico. *IPAS*, 7-20.
- Schwarcz, L. F. (2005). *Obstetricia* . Buenos aires-Argentina: El ateneo.
- Tulandi, T. (2012). Incidence, risk factors, and pathology of ectopic pregnancy. *UpToDate.19.3*, <http://cursoenarm.net/UPTODATE/contents/mobipreview.htm?10/26/10656>.
- Who. (2022). *What is Health*. Obtenido de <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>
- Wiki. (2023). *Litopedion: A Rare and Fascinating Medical Phenomenon*. Obtenido de Wiki: <https://en.wikipedia.org/wiki/Lithopedion>
- Williams, F., Cunningham, G., Kenneth, J., Leveno, L., & . Bloom, J. C. (2011). Obstetricia. 23^o edición, 25-100.

Anexos

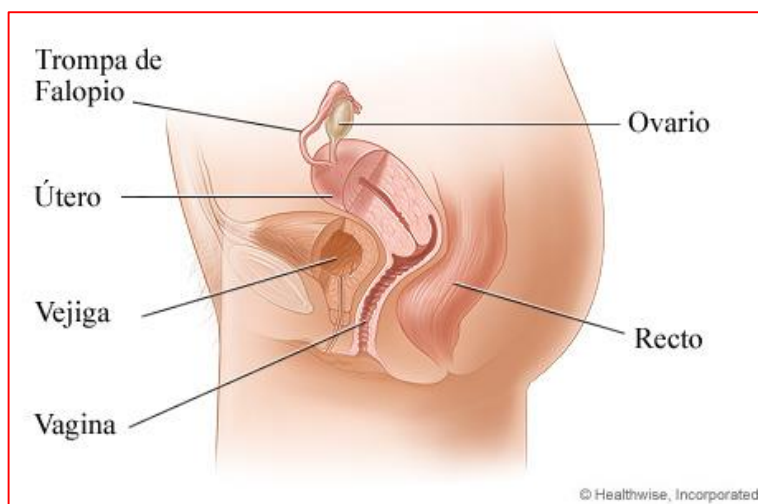
Lista de imágenes

Figura 1.. Estructura muscular del útero



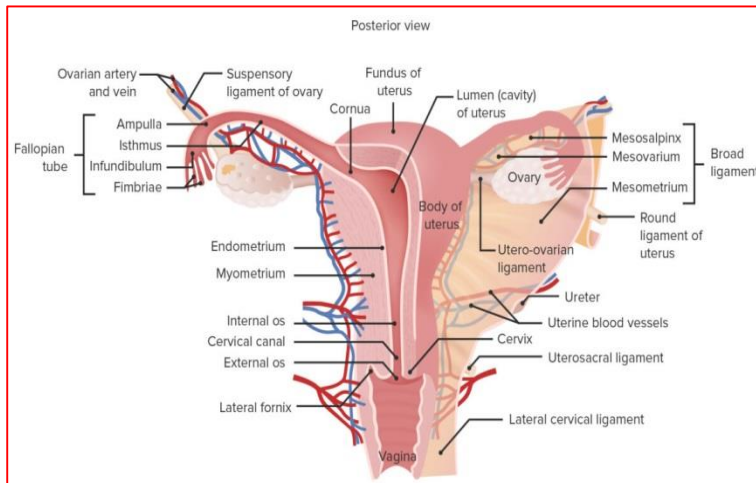
Fuente: Rodríguez, 2021

Figura 2. Pelvis femenina



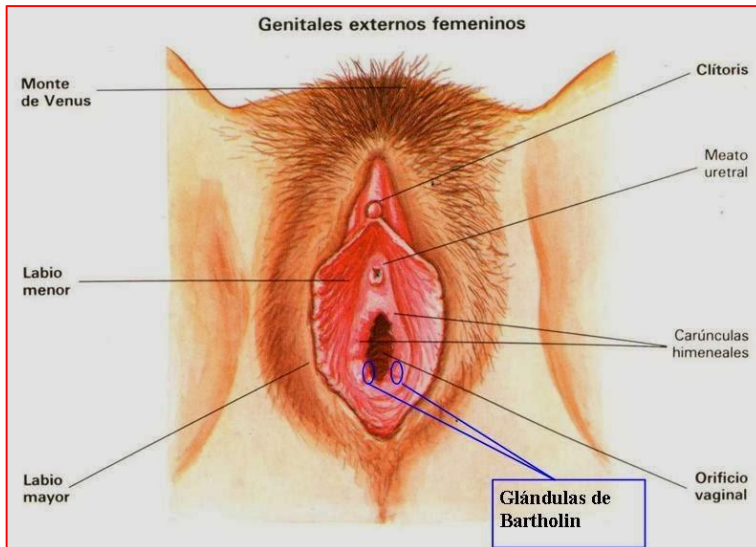
Fuente: Healthwise, 2023

Figura 3. Útero, trompas y ovarios



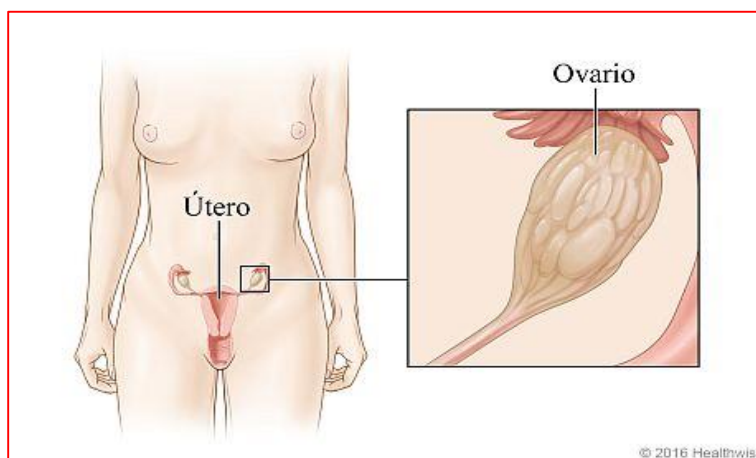
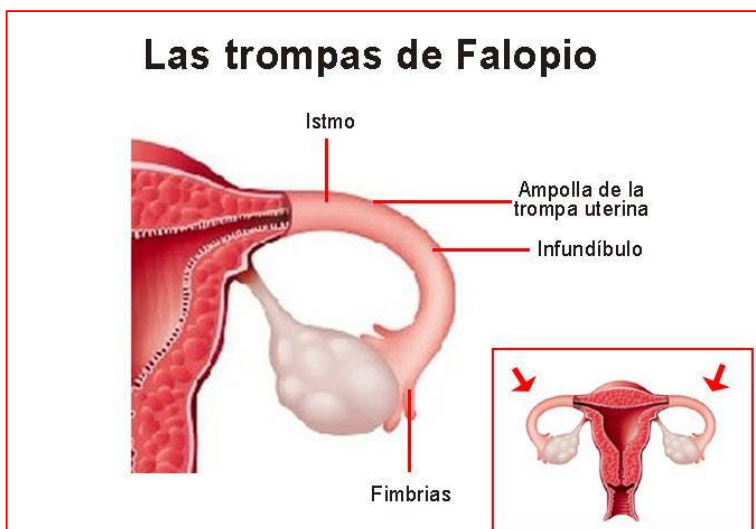
Fuente: Lectury, 2021

Figura 4. Genitales externos femeninos



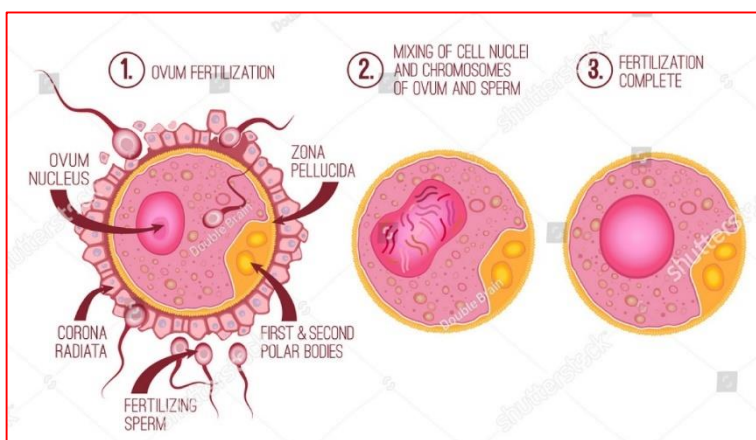
Fuente: JaFi3, 2019

Figura 5. Trompas de Falopio



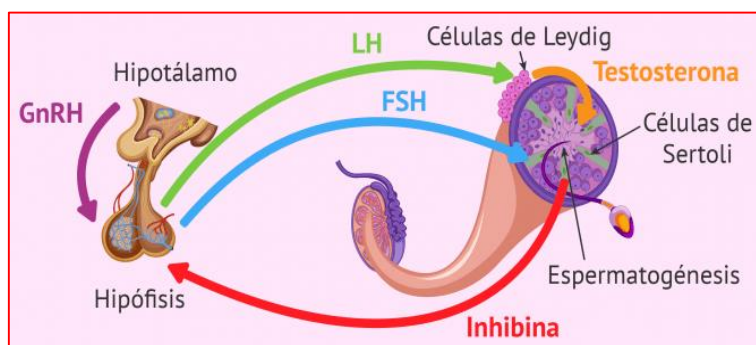
Fuente: Belmonte, 2019

Figura 6. Fecundación formación del pronúcleo



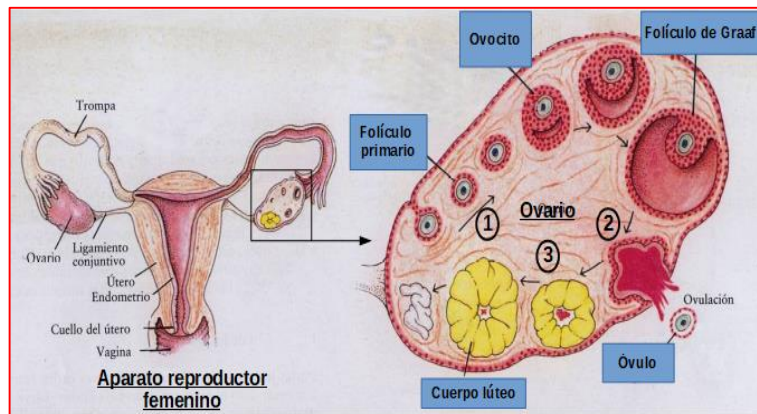
Fuente: Bergbauer, 2017

Figura 7. Gametogénesis en el testículo



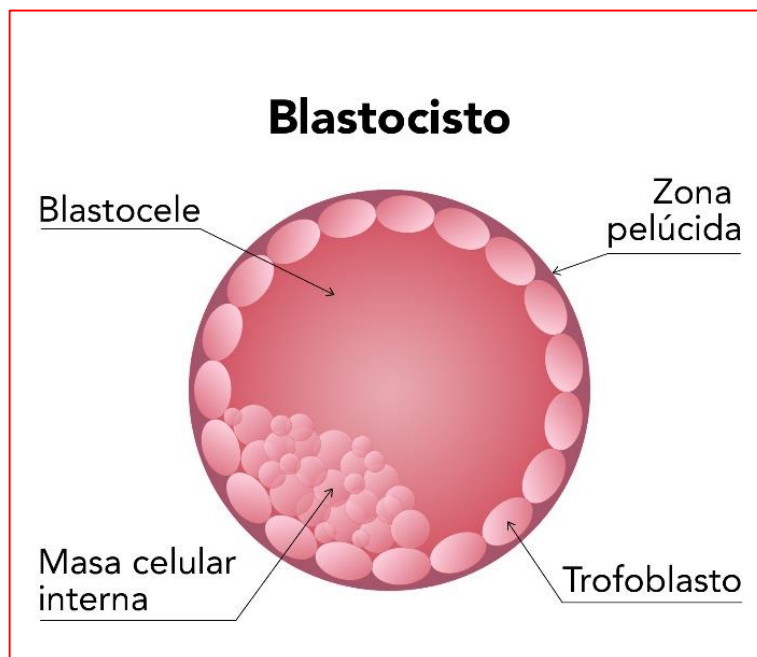
Fuente: Aparicio-Caballero, 2017

Figura 8. Gametogénesis en el ovario



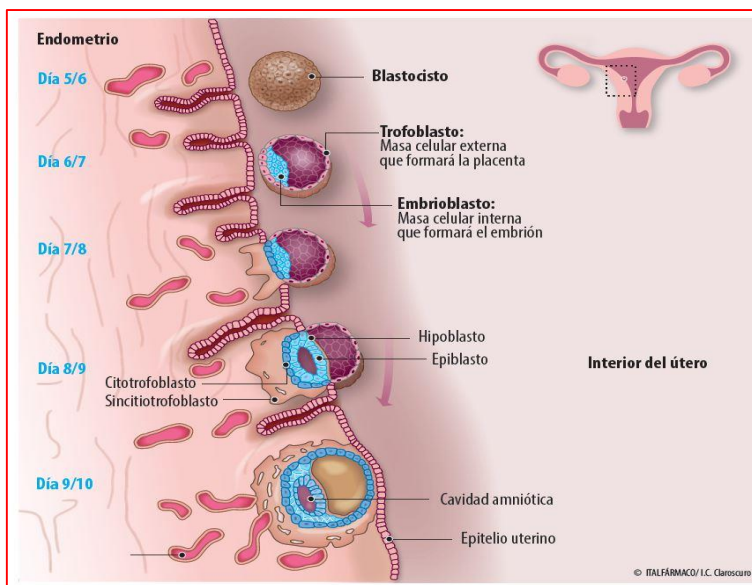
Fuente: Galindo, 2021

Figura 9. Blastocito en la pre implantación



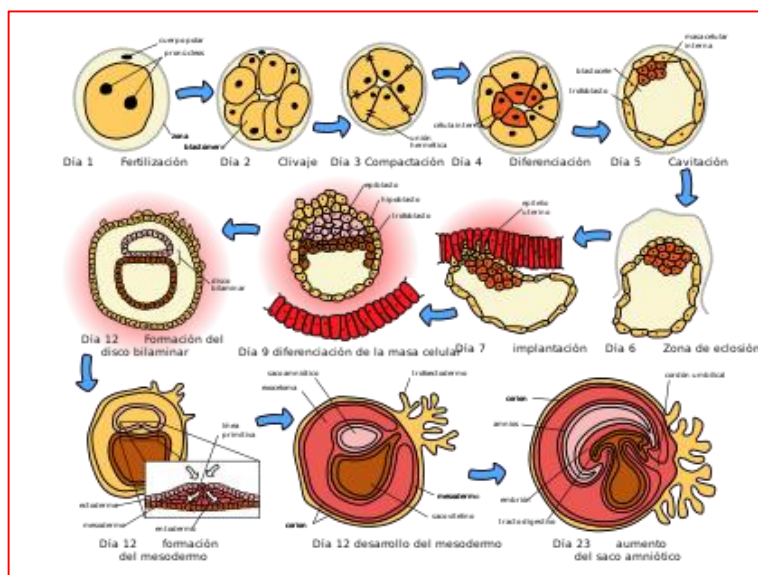
Fuente: Ten, 2021

Figura 10. Embrión implantado



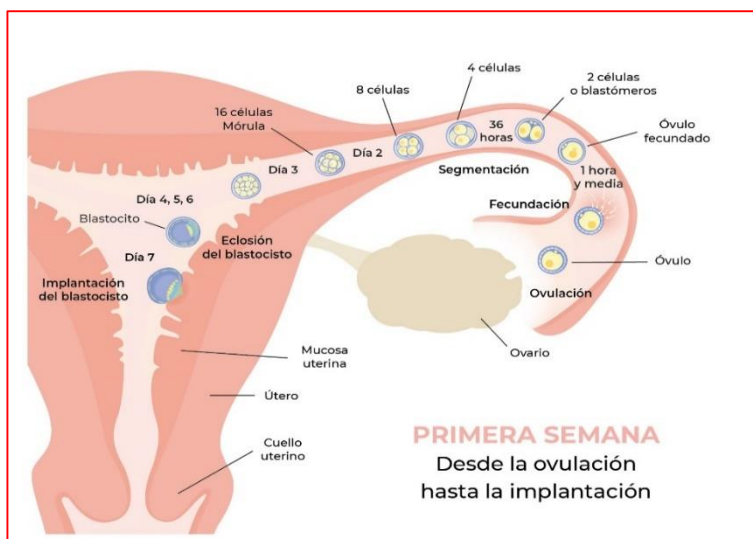
Fuente: Gonzales, 2020

Figura 11. Fases embrión



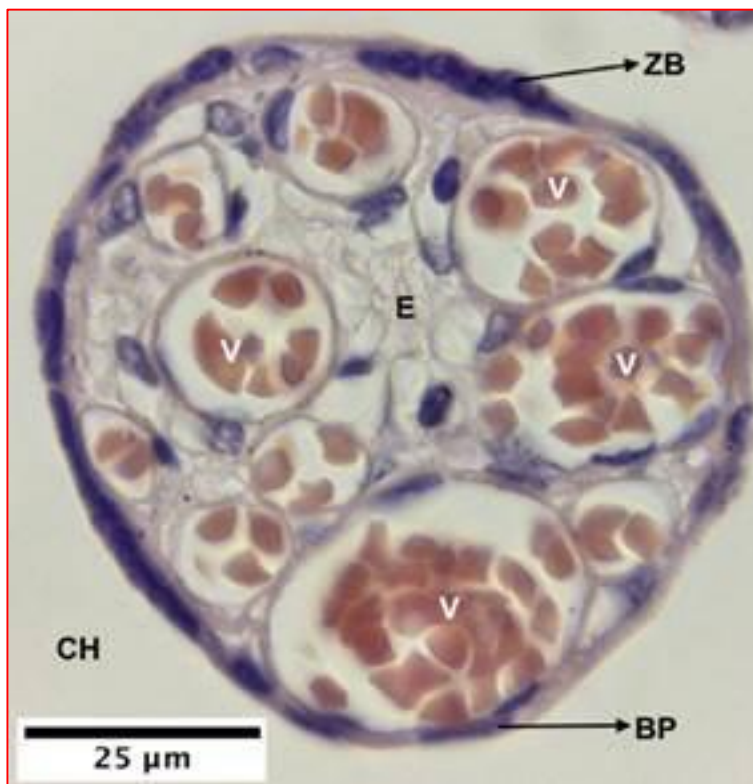
Fuente: AEI OU, 2023

Figura 12. Ovulación fecundación migración e implantación del huevo



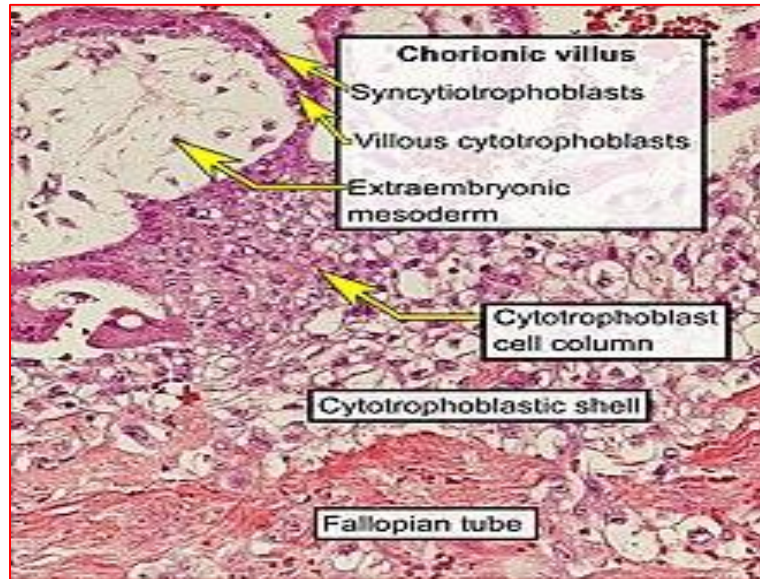
Fuente: Seiru, 2012

Figura 13. Cortes transversales de vellosidades coriónicas



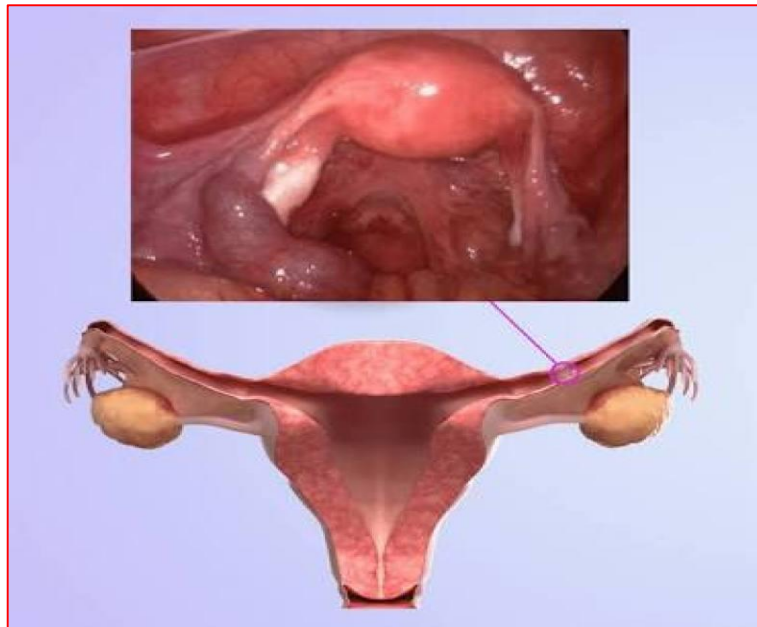
Fuente: Prieto-Gómez et al. 2018

Figura 14. Vellosidades coránicas 15 y 17 días pos concepción



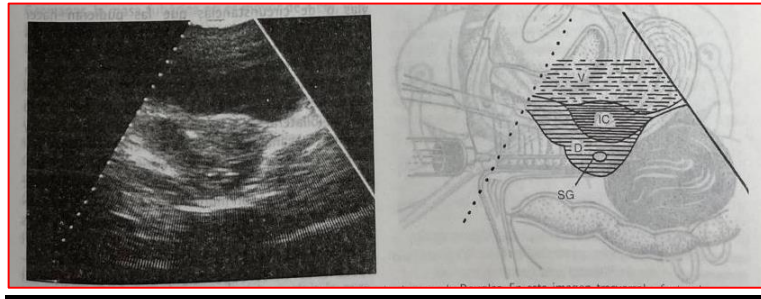
Fuente: Häggström, 2020

Figura 15. Embarazo ectópico



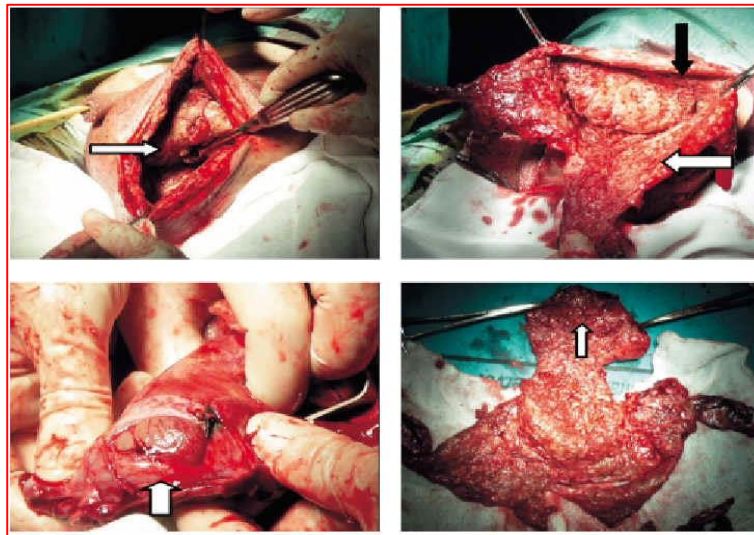
Fuente: YAE, 2020

Figura 16. Ecografía de un embarazo ectópico



Fuente: Schwartz, 2005

Figura 17. Hematocele pelviano



Fuente: Schwartz, 2005

Figura 18.. Salpingectomía como tratamiento para el embarazo ectópico



Fuente: Azaña-Gutiérrez, 2022

Figura 19. Feto ectópico tubárico extraído de un saco ovular tras la exeresis quirúrgica



Fuente: Junceda, 1980

Figura 20. Productos fetales con sus anexos



Fuente: Junceda, 1980

Anexo 1. Cuadro de operacionalización de variables

OBJETIVO GENERAL: Identificar la incidencia de embarazos ectópicos en pacientes atendidas en el hospital rosario Pumarejo de López de la ciudad de Valledupar 2022.					
<i>objetivos específicos</i>	Variable	Naturaleza	Nivel de medición	Indicador	Fuente
Caracterizar socio demográficamente la población objeto de estudio según edad, estrato, estado civil, zona de procedencia (rural – urbano) y nivel estudio.	Edad	Cuantitativo	Ordinal	Números	Historia clínica
	Estrato	cuantitativa	Ordinal	Del 1 al 6	Historia clínica
	Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltera	Historia clínica
				Casada	
				Unión Libre	
				Divorciada	
	Zona de procedencia	Cualitativa	Nominal	Urbana	Historia clínica
				Rural	
	Nivel de estudios	Cualitativa	Nominal	Primaria	Historia clínica
				Secundaria	
Técnica					
Universidad					
Establecer los factores modificables que generan los riesgos de un embarazo ectópico	Factores modificables	Cualitativa	Nominal	Embarazo ectópico anterior	Historia clínica
				Enfermedad inflamatoria pélvica	
				Ligadura de trompas sin éxito	
				DIU	
				Endometriosis	
				Tomas pastillas del día siguiente con más frecuencia	
				Abortos múltiples	
				Enfermedades pélvicas	
				Abortos inducidos	
				Tabaquismo	
Uso de anticonceptivos con frecuencia					

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos (encuesta)



Fecha:

Número de serie:

Universidad Popular Del Cesar
Facultad Ciencias De La Salud
Instrumentación Quirúrgica

INCIDENCIAS DEL EMBARAZO ECTOPICO EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD DE TERCER NIVEL, VALLEDUPAR 2022

Estimado profesional: El instrumento tiene como finalidad obtener información para el desarrollo de la investigación titulada: **Incidenicias Del Embarazo Ectópico En Una Institución Prestadora De Salud De Tercer Nivel, Valledupar 2022.**

La información suministrada será utilizada con fines educativos y estrictamente confidenciales, por consiguiente, se sugiere dar respuesta que refleje la realidad según sus observaciones y/o experiencia.

I. Características sociodemográficas

1. Edad

- 18-28 años
- 28- 38 años
- 38-48 años
- 48-50 años
- 50 años en adelante

2. Estrato social

- 1
- 2
- 3
- 4
- Otro: _____

3. Estado civil

- Casada
- Unión libre
- Divorciada
- Viuda
- Soltera

4. Zona de procedencia

- Rural
- Urbana

5. Nivel de estudio

- Primaria
- Bachillerato sin terminar
- Bachillerato terminado
- Técnico o tecnólogo
- Pregrado
- Posgrado

II. Conocimiento sobre factores modificables**6. ¿Conoce sobre el Embarazo Ectópico?**

- Si
- No

7. ¿Ha consumido o consume alguna sustancia psicoactiva?

- Si
- No
- ¿Cual?: _____

8. ¿Ha hecho uso de algún método de planificación?

- Si
- No

9. ¿Qué método de planificación usa o usaba?

- Píldora anticonceptiva
- Inyección anticonceptiva
- Preservativo
- DIU
- Ninguno

10. ¿Tiene alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS)?

- Si
- No

11. Si su respuesta anterior fue si ¿Cuál de las siguientes ETS presenta?

- Clamidia
- VIH
- Virus del papiloma humano (VPH)
- Sífilis
- Herpes
- Ninguno

12. ¿Ha tenido ligadura de trompas sin éxito?

- Si
- No

13. ¿Toma pastillas del día siguiente después de tener relaciones sexuales?

- Si
- No

14. Si su respuesta anterior fue si ¿Con que frecuencia toma las pastillas?

- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Pocas veces

- Nunca
- 15. ¿Ha estado embarazada?**
 - Si
 - No
- 16. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?**
 - 0
 - 1
 - 2
 - 3
 - Otro: _____
- 17. ¿Tiene hijos?**
 - Si
 - No
- 18. ¿Ha sufrido un aborto?**
 - Si
 - No
- 19. Si su respuesta anterior fue si ¿Cuántas veces lo ha padecido?**
 - 1
 - 2
 - 3
 - Ninguno
- 20. ¿Ha tenido aborto inducido o espontaneo?**
 - Inducido
 - Espontaneo
- 21. ¿Ha presentado Embarazo Ectópico?**
 - Si
 - No

Anexo 3. Consentimiento informado



Fecha:



Número de serie:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

Ha sido invitado a participar en la investigación denominada, Incidencias Del Embarazo Ectópico En Una Institución Prestadora De Salud De Tercer Nivel, Valledupar 2022; este es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo de la Universidad Popular del Cesar.

¿El presente estudio tiene como objetivo evaluar qué? _____ Entendiendo que su participación en esta investigación se llevará a cabo en la institución de salud de III nivel, del municipio de Valledupar, y consistirá en responder una encuesta que demorará 7 minutos y un formato de observación que será aplicado por el investigador. Toda la información que se recolecte será tratada con estricta confidencialidad, asignando a los participantes un número de serie en lugar de utilizar sus nombres, lo cual garantiza que las respuestas no podrán ser identificadas por terceros, ni durante la fase de publicación de resultados.

Tenga conocimiento de que los datos obtenidos no serán proporcionados a los participantes, y que no se ofrecerá ninguna compensación por su participación. Sin embargo, reconozca que su aporte indirecto puede contribuir al bienestar de la sociedad en general, dado que esta investigación está destinada a la generación de conocimiento.

Así mismo, tiene pleno derecho a negarse a participar o a retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones ni sufrir consecuencias negativas, si acepta voluntariamente participar en este estudio se le pedirá responder preguntas de una encuesta. Desde ya le agradecemos su participación.

ACEPTO

NO ACEPTO

Anexo 4. Infografía



Anexo 5. Socialización

