



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

**Identificación de los factores desencadenantes y complicaciones asociadas
al embarazo ectópico en adolescentes**

Trabajo de Titulación para optar al título de Médico

Autor:

Calderón Huilca, Kléver Augusto
Calderón Huilca, Karen Janeth

Tutor:

Dr. Pablo Guillermo Alarcón Andrade

Riobamba, Ecuador. 2025

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Yo, **Calderón Huilca Kléver Augusto**, con cédula de ciudadanía **0605654839**, autor del trabajo de investigación titulado: **“Identificación de los factores desencadenantes y complicaciones asociadas al embarazo ectópico en adolescentes”**, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mi exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de nuestra entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, a los 11 días del mes de julio de 2025.

A handwritten signature in purple ink, enclosed within a circular scribble. The signature appears to read 'Kléver Calderón H.'.

Calderon Huilca Kléver Augusto

C.I: 0605654839

DECLARATORÍA DE AUTORÍA

Yo, **Calderón Huilca Karen Janeth**, con cédula de ciudadanía **0604871525**, autora del trabajo de investigación titulado: **“Identificación de los factores desencadenantes y complicaciones asociadas al embarazo ectópico en adolescentes”**, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mi exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de nuestra entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, a los 11 días del mes de julio de 2025.



Calderon Huilca Karen Janeth

C.I: 0604871525

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Quien suscribe, Dr. Pablo Guillermo Alarcón Andrade catedrático adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: **“Identificación de los factores desencadenantes y complicaciones asociadas al embarazo ectópico en adolescentes”**, bajo la autoría de Kléver Augusto Calderón Huilca y Karen Janeth Calderón Huilca; por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los 11 días del mes de Julio de 2025.



Dr. Pablo Guillermo Alarcón Andrade

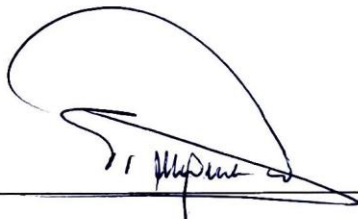
C.I: 1709250730

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación **Identificación de los factores desencadenantes y complicaciones asociadas al embarazo ectópico en adolescentes**, presentado por Calderón Huilca Kléver Augusto, con cédula de identidad número 0605654839 y Calderón Huilca Karen Janeth, con cédula de identidad número 0604871525, bajo la tutoría del Dr. Pablo Guillermo Alarcón Andrade; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba a los 15 días del mes de julio de 2025

Dr. Victor Enrique Ortega Salvador
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dra. Cecilia Margarita Casco Manzano
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dr. Danilo Javier Orozco Gaguancela
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO





CERTIFICACIÓN

Que, **CALDERÓN HUILCA KLÉVER AUGUSTO** con CC: **0605654839**, estudiante de la Carrera **MEDICINA**, Facultad de **Ciencias de la Salud**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado **"Identificación de los factores desencadenantes y complicaciones asociadas al embarazo ectópico en adolescentes"**, cumple con el **4 %**, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **COMPILATIO**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 11 de julio de 2025

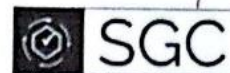


Dr. Pablo Guillermo Alarcón Andrade
TUTOR



Dirección
Académica
VICERRECTORADO ACADÉMICO

en movimiento



UNACH-RGF-01-04-08.17
VERSIÓN 01: 06-09-2021

CERTIFICACIÓN

Que, **CALDERÓN HUILCA KAREN JANETH** con CC: **0604871525**, estudiante de la Carrera **MEDICINA**, Facultad de **Ciencias de la Salud**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado **"Identificación de los factores desencadenantes y complicaciones asociadas al embarazo ectópico en adolescentes"**, cumple con el **4 %**, de acuerdo al reporte del sistema Anti plagio **COMPILATIO**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 11 de julio de 2025

Dr. Pablo Guillermo Alarcón Andrade
TUTOR

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a Dios, por darnos la fortaleza, la salud y las oportunidades para alcanzar esta meta.

A nuestros padres, Kléver y Janet, con todo nuestro amor y gratitud. Gracias por ser el ejemplo más grande de entrega, responsabilidad y amor incondicional. Su apoyo constante, sus palabras de aliento y su fe en nosotros han sido la base sobre la cual hemos construido cada logro. Gracias por los sacrificios silenciosos, por los días de preocupación y por las noches sin descanso que enfrentaron para brindarnos lo mejor. Esta tesis no es solo el resultado de nuestro esfuerzo, sino también del de ustedes, porque sin su guía y respaldo, este sueño no habría sido posible.

A nuestra hermana Erika, por su cariño incondicional y su compañía en los momentos más difíciles. Gracias por tu paciencia, tu alegría, y por estar presente con una palabra de aliento cuando más lo necesitábamos. Tu apoyo ha sido fundamental para mantenernos firmes en este camino.

Y a nuestra mascota Peluche, que con su ternura, compañía y lealtad inquebrantable alegraste nuestros días. Fuiste más que un animal de compañía: fuiste familia, consuelo y motivo de sonrisas en los momentos de mayor estrés. Gracias por estar ahí, sin pedir nada a cambio, simplemente con tu presencia amorosa.

Esta tesis es un homenaje a ustedes, nuestra familia. Con amor, dedicación y profundo agradecimiento, les entregamos este logro como un símbolo del esfuerzo compartido, de los valores que nos inculcaron y del amor que nos rodea.

Con amor, Kléver y Karen.

AGRADECIMIENTO

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que, de una u otra forma, formaron parte de este proceso y contribuyeron a la culminación de esta etapa tan significativa en nuestra vida y en nuestra formación como futuros médicos.

A nuestros padres, Kléver y Janet, por ser nuestra base, refugio y nuestra mayor inspiración. Gracias por su amor incondicional, por enseñarnos con su ejemplo el valor del esfuerzo, la honestidad y la constancia. Sin su apoyo emocional, sus consejos y su confianza en nosotros, este logro no habría sido posible.

A nuestra hermana Erika, por su cercanía, comprensión y palabras de aliento. Gracias por estar presente en cada paso, en los días buenos y en los difíciles, con una sonrisa, o simplemente tu compañía, que tantas veces hizo la diferencia.

A nuestros amigos, quienes nos acompañaron durante las largas horas de estudio y trabajo, brindándonos palabras de aliento y compañía en los momentos más difíciles.

Finalmente, a cada uno de nuestros docentes de la Facultad quienes a través de sus enseñanzas contribuyeron en nuestra formación académica, y en especial al Dr. Pablo Alarcón Andrade, por su guía académica, su paciencia y su compromiso durante todo este proceso. Agradezco profundamente su disponibilidad, sus observaciones precisas y su constante estímulo a seguir mejorando.

Con gratitud, Kléver y Karen.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA

DECLARATORIA DE AUTORÍA

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE FIGURAS

RESUMEN

ABSTRACT

1.	CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	16
1.1	Planteamiento del problema	17
1.2	Objetivos.....	18
1.2.1	Objetivo general	18
1.2.2	Objetivos específicos.....	18
2.	CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1	Definición	19
2.2	Adolescencia.....	19
2.3	Embarazo	19
2.3.1	Embarazo adolescente	19
2.3.2	Embarazo no planeado.....	20
2.4	Etiología.....	21
2.5	Epidemiología.....	21
2.6	Implicaciones sociales	22
2.7	Acceso a métodos anticonceptivos	22
2.8	Tipos de embarazo ectópico	23
2.8.1	Embarazo ectópico tubárico	23
2.8.2	Embarazo ectópico intersticial/cornual	23
2.8.3	Embarazo ectópico ovárico	23
2.8.4	Embarazo ectópico cervical.....	24
2.8.5	Embarazo ectópico abdominal.....	24
2.8.6	Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea	24

2.9	Factores Desencadenantes	24
2.9.1	Factores de alto riesgo	24
2.9.2	Factores de riesgo moderado	25
2.9.3	Factores de bajo riesgo	25
2.10	Manifestaciones clínicas.....	26
2.11	Diagnóstico diferencial.....	27
2.11.1	Aborto incompleto.....	27
2.11.2	Quiste de ovario accidentado y cuerpo lúteo hemorrágico.....	27
2.11.3	Enfermedad inflamatoria pélvica (EPI).....	27
2.11.4	Otros procesos pélvicos	27
2.12	Métodos diagnósticos	27
2.12.1	Examen físico	28
2.12.2	Beta-hCG y Progesterona	28
2.12.3	Ecografía Transvaginal.....	28
2.13	Complicaciones	29
2.13.1	Hemorragias.....	29
2.13.2	Sepsis	29
2.13.3	Shock hipovolémico	30
2.13.4	Abdomen agudo.....	30
2.14	Tratamiento.....	30
2.14.1	Manejo expectante.....	30
2.14.2	Tratamiento médico/farmacológico.....	30
2.14.3	Tratamiento quirúrgico	31
2.15	Prevención	32
2.16	Impacto emocional	32
3.	CAPÍTULO III. METODOLOGIA	33
3.1	Tipo de Investigación	33
3.2	Diseño de Investigación.....	33
3.3	Técnicas de recolección de Datos.....	33
3.4	Población de estudio y tamaño de muestra.....	34
3.5	Hipótesis	34
3.6	Métodos de análisis y procesamiento de datos	34
4.	CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
4.1	Introducción.....	36

4.2	Resultados.....	36
4.2.1	Prevalencia del Embarazo Ectópico en Adolescentes	36
4.2.2	Factores de Riesgo Relacionados con el Embarazo Ectópico en Adolescentes	40
4.2.3	Complicaciones Asociadas al Embarazo Ectópico en Adolescentes.....	46
4.3	Discusión	51
4.3.1	Comparación de Resultados con la Literatura Científica	51
4.3.2	Interpretación de los Resultados.....	55
4.3.3	Implicaciones Clínicas y Recomendaciones.....	58
5.	CAPÍTULO V. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES	62
5.1	Conclusiones.....	62
5.2	Recomendaciones	63
6.	CAPÍTULO VI. PROPUESTA	64
7.	BIBLIOGRAFÍA	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Número de bebés nacidos vivos por año y provincia según el INEC (10 a 19 años)	20
Figura 2. Ecografía de la paciente realizada en el Hospital Materno Infantil “Germán Urquidi”, se observa presencia de líquido libre en el abdomen.	26

RESUMEN

El embarazo ectópico en adolescentes es una de las principales emergencias ginecológicas y representa un problema de salud pública debido a sus altos índices de morbilidad y mortalidad. Esta condición se origina cuando el blastocisto se implanta fuera de la cavidad uterina, principalmente en las trompas de Falopio, comprometiendo la salud materna y reproductiva. Su detección tardía puede llevar a complicaciones graves, como hemorragia interna, shock hipovolémico e incluso la muerte. A nivel mundial, su prevalencia varía según factores socioeconómicos, nivel de educación y acceso a servicios de salud. El objetivo de esta investigación fue identificar los factores desencadenantes y las complicaciones asociadas al embarazo ectópico en adolescentes. Se empleó una metodología de enfoque descriptivo y retrospectivo, utilizando fuentes secundarias de bases de datos científicas como PubMed, SciELO y Google Académico. Se seleccionaron estudios relevantes bajo criterios de inclusión y exclusión rigurosos para la organización y síntesis de la información. Los resultados evidencian que las infecciones de transmisión sexual, antecedentes quirúrgicos tubáricos, el uso inadecuado de anticonceptivos y la falta de acceso a educación sexual integral son factores clave en la aparición del embarazo ectópico en adolescentes. Además, se confirma que sus complicaciones pueden comprometer la fertilidad futura y generar un impacto psicológico significativo. En conclusión, el embarazo ectópico en adolescentes es un problema prevenible mediante estrategias de educación sexual, acceso oportuno a anticonceptivos y fortalecimiento de los sistemas de salud. La implementación de programas de detección temprana y atención integral es fundamental para reducir su incidencia y mejorar el pronóstico en la población afectada.

Palabras claves: embarazo ectópico, adolescentes, factores de riesgo, complicaciones, salud pública, educación sexual, diagnóstico temprano, planificación familiar.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy in adolescents is one of the main gynecological emergencies and represents a public health problem due to its high morbidity and mortality rates. This condition originates when the blastocyst implants outside the uterine cavity, mainly in the fallopian tubes, compromising maternal and reproductive health. Its late detection can lead to serious complications, such as internal bleeding, hypovolemic shock and even death. Worldwide, its prevalence varies according to socioeconomic factors, level of education and access to health services. The objective of this research was to identify the triggering factors and complications associated with ectopic pregnancy in adolescents. A descriptive and retrospective methodology was used, using secondary sources from scientific databases such as PubMed, SciELO and Google Scholar. Relevant studies were selected under rigorous inclusion and exclusion criteria for the organization and synthesis of information. The results show that sexually transmitted infections, tubal surgery history, inadequate use of contraceptives and lack of access to comprehensive sexual education are key factors in the occurrence of ectopic pregnancy in adolescents. In addition, it is confirmed that its complications can compromise future fertility and generate a significant psychological impact. In conclusion, ectopic pregnancy in adolescents is a preventable problem through sexual education strategies, timely access to contraceptives and strengthening of health systems. The implementation of early detection and comprehensive care programs is essential to reduce its incidence and improve prognoses in the affected population.

Keywords: ectopic pregnancy, adolescents, risk factors, complications, public health, sexual education, early diagnosis, family planning.



Reviewed by:
Mgs. Maria Fernanda Ponce Marcillo
ENGLISH PROFESSOR
C.C. 0603818188

1. CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) es una afección potencialmente mortal que ocurre cuando el blastocito se implanta fuera de la cavidad endometrial, siendo una de las emergencias más comunes en el primer trimestre. Ante una paciente en edad fértil con amenorrea, sangrado anormal o dolor abdominal, se debe descartar un embarazo mediante la medición de $\beta - hCG$ en sangre. La "zona de discriminación" corresponde al nivel mínimo de $\beta - hCG$ (1500 – 2000 *mUI/ml*) en el que un saco gestacional intrauterino debería ser visible en una ecografía transvaginal (Rivera et al., 2020).

El EE se considera un problema de salud pública y es una de las principales causas de muerte materna, es por ello que en los objetivos de desarrollo del milenio ODM 5, se habla acerca de reducir el número de muertes maternas mediante el acceso a la atención de salud reproductiva de buena calidad y a intervenciones eficaces. En Ecuador representa el 1,6% de las defunciones maternas de causa gineco obstétricas, en donde el riesgo de morir es de 10 veces más que por parto eutócico y 50 veces más que por aborto. La rotura del embarazo es el peligro más grave por el sangrado y shock que puede producir, ello ocurre en el 15-20% de los casos y es causa principal de muerte en gestantes (Espinoza et al., 2021).

En el estudio de Gómez et al. (2024) detallan que el embarazo adolescente es considerado como un problema de salud pública de gran relevancia en la sociedad. Según la OMS, existe una mayor incidencia en adolescentes con falta de educación en el ámbito sexual y reproductivo, además en personas con baja condición socioeconómica. Debido a ello, las principales complicaciones que ocurren durante el embarazo adolescente incluyen: hemorragias severas tras el parto, trastornos hipertensivos tales como preeclampsia y eclampsia, infecciones, complicaciones durante el parto e incluso abortos peligrosos. Por lo tanto, las complicaciones asociadas al embarazo en adolescentes incrementan la mortalidad materno-fetal, afectando de manera gradual la salud y que, en muchos casos, pueden prevenirse o tratarse de manera oportuna.

Por otro lado, Castañeda y Santa Cruz (2021) mencionan que el EE constituye una de las principales causas de morbilidad materna en el primer trimestre de gestación, sin embargo, estas pueden evitarse si se realiza una intervención oportuna, además de la aplicación de la evidencia científica investigada acerca de los factores de riesgo modificables. El EE representa una condición médica severa, puesto que puede progresar a una rotura tubárica, ya que, las trompas de falopio representan la ubicación más habitual, desencadenando una hemorragia interna y comprometiendo la función reproductiva de la mujer. Existe un incremento considerable del EE en los últimos 30 años, mismo que no se limita únicamente en nuestro país sino en el mundo, debido a diversos factores tales como, aumento en reproducción asistida, antecedentes de intervenciones quirúrgicas en las trompas de Falopio, consumo de tabaco y utilización de dispositivos intrauterinos, convirtiéndose en un problema de salud sexual y reproductiva.

Según Rodríguez (2023), el EE constituye el factor principal asociado a muerte materna en el primer trimestre. Existen diversos factores prevenibles que influyen para la aparición de la patología. Se pueden identificar varios de estos factores y complicaciones; entre los signos y síntomas de alarma se encuentran dolor abdominal, sangrado vaginal anormal y amenorrea, siendo de gran importancia la capacitación del personal de salud en la Atención Primaria desde las labores de prevención y promoción para disminuir su incidencia y agravantes; así como el diagnóstico certero y oportuno, ya que la mayoría de las veces no se piensa en esta entidad clínica que puede conllevar a un desenlace fatal o la pérdida de la capacidad para la procreación.

El presente estudio surge en respuesta a la necesidad imperante de comprender los factores desencadenantes y las complicaciones asociadas al EE, con el objetivo de efectuar diagnósticos de manera oportuna y proporcionar tratamientos adecuados para reducir la mortalidad materna. Por su gran relevancia dentro del ámbito hospitalario y al ser un determinante de varias complicaciones ginecológicas, el estudio tiene como finalidad identificar los factores desencadenantes y complicaciones asociadas al EE en adolescentes.

1.1 Planteamiento del problema

La investigación se enfoca en conocer sobre los factores desencadenantes del embarazo ectópico en adolescentes y cómo un diagnóstico erróneo puede ocasionar la muerte materna. Según Martínez et al. (2023) mencionan que el EE es una complicación presente en el embarazo que ocasiona una alta incidencia de morbilidad y mortalidad cuando no se detecta de manera oportuna. Debido a ello, es fundamental que el personal de salud realice una buena anamnesis y exploración física ante la sospecha de un EE. Según Espinoza et al. (2021), señalan que se ha observado un incremento en la tasa de EE como consecuencia del aumento de factores de riesgo, entre ellos: uso de tecnología de reproducción asistida, antecedentes de cirugías pélvicas previas, consumo de tabaco, utilización de DIU y la administración de la píldora anticonceptiva de emergencia ya que puede influir en la motilidad tubárica, obstaculizando el transporte del óvulo fecundado hacia la cavidad endometrial.

Alrededor del 75% de muertes en el primer trimestre y aproximadamente el 9% de todas las muertes vinculadas se encuentran asociadas al EE. Por otro lado, a nivel mundial, cerca de 10.000 EE son diagnosticados en Inglaterra durante todo el año, en donde su tasa de incidencia (11,1/1000 embarazos) es parecido a la de otros países, tales como Noruega (14,9/1000) y Australia (16,2/1000) (Hu Liang et al., 2018). Por otra parte, en Estados Unidos, la tasa de prevalencia relacionada de EE es del 1% al 2%, de las muertes relacionadas con el embarazo.

En América Latina, la incidencia del EE se ha estimado aproximadamente de 8 a 10 casos por cada 1000 embarazos, esto en países como México y Colombia. A nivel nacional, Logroño et al. (2020) en su estudio llevado a cabo en el Hospital Carlos Andrade Marín, estimaron una prevalencia de EE del 1,5% y una tasa de 15,40/1000 embarazos. Dichos datos

concuerdan con varios estudios realizados alrededor del mundo, donde la tasa de EE es de 14,7/1000 embarazos.

Estos estudios nos permiten analizar las principales complicaciones que se presentan como resultado del EE y el impacto que tienen en la calidad de vida de la paciente. Por lo tanto, se propone responder a las interrogantes a través del planteamiento de las siguientes respuestas y preguntas:

PP1. ¿Cuáles son los factores desencadenantes y las complicaciones asociadas al embarazo ectópico en adolescentes?

PS1. ¿Cuál es la prevalencia del embarazo ectópico en adolescentes?

PS2. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados con la aparición de embarazo ectópico en adolescentes?

PS3. ¿Cuáles son las complicaciones del embarazo ectópico en adolescentes?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Identificar los factores desencadenantes y complicaciones asociadas al EE en adolescentes.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Conocer la prevalencia del EE en adolescentes.
2. Establecer los factores de riesgo asociados con la aparición del EE en adolescentes.
3. Describir las complicaciones del EE en adolescentes.

2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

2.1 Definición

Según Martínez et al. (2023) mencionan que el EE, también conocido como embarazo extrauterino, es considerado un factor de alto riesgo en el cual un óvulo fertilizado se implanta fuera de la cavidad uterina, se encuentra presente aproximadamente en el 1% al 2% de todos los embarazos, además constituye una amenaza fundamental para las mujeres en etapa reproductiva.

Por otro lado, Rivera et al. (2020) definen al EE como una condición que pone en peligro la vida, este ocurre cuando el blastocito se implanta en un lugar diferente al endometrio. El 97% de los EE se produce en las tubas uterinas, sin embargo, la implantación se puede dar en otros sitios anatómicos menos frecuentes: 1,5 % cornual/intersticial; el 1,3% a nivel abdominal; el 0,15 % en los ovarios; el 0,15 % cervical y el 0,15 % en cicatriz de cesárea.

2.2 Adolescencia

La adolescencia es un período fundamental en el desarrollo humano que se extiende entre la niñez y la adultez, incluyendo edades desde los 10 a 14 años y desde los 15 a 19 años respectivamente. Es por ello que, durante este período los adolescentes experimentan cambios físicos, hormonales, cognitivos, psicológicos y sociales los cuales marcan la transición entre la infancia y la vida adulta, entre los más importantes se destacan el desarrollo de los órganos reproductores, aparición de características sexuales secundarias y crecimiento acelerado en estatura y peso (Unicef, 2020).

2.3 Embarazo

El embarazo es un proceso fisiológico el cual inicia con la fecundación y culmina con el parto. Esta etapa abarca cambios físicos y hormonales en la mujer, destinados a sustentar el crecimiento y desarrollo del feto (Martínez et al., 2023).

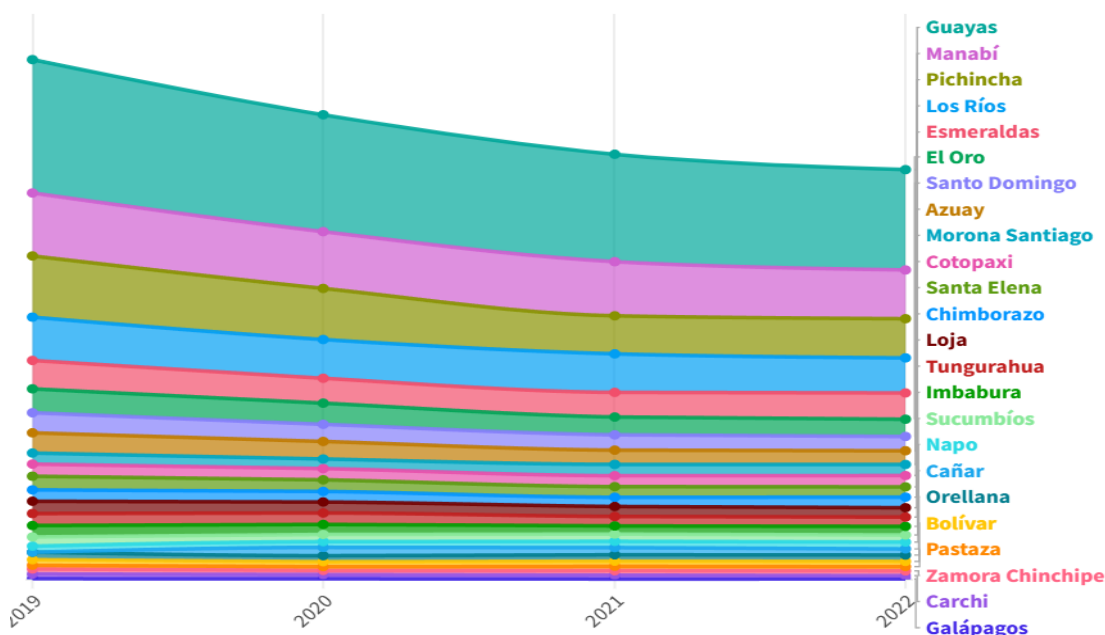
A nivel global, la atención prenatal y los servicios de salud materna han mejorado significativamente en las últimas décadas, reduciendo las tasas de mortalidad materna y neonatal. Sin embargo, persisten desafíos en regiones con acceso limitado a servicios de salud de calidad, donde las complicaciones durante el embarazo y el parto siguen siendo una causa principal de morbilidad y mortalidad. Es esencial promover políticas públicas que garanticen el acceso equitativo a la atención prenatal y educación sobre salud reproductiva para todas las mujeres (Hu Liang et al., 2018).

2.3.1 Embarazo adolescente

El embarazo adolescente ocurre en mujeres desde los 10 hasta los 19 años, este provoca un impacto considerable tanto para la madre como para su entorno, además afecta su salud física, emocional, desarrollo educativo y profesional. En Ecuador, en el transcurso del año 2022, se registraron 53.847 embarazos en niñas y adolescentes, de los cuales 3.386 correspondieron a niñas de 10 a 14 años y 50.461 a adolescentes de 15 a 19 años (Manosalvas et al., 2022).

Aunque la tasa de fecundidad en niñas y adolescentes ha mostrado una disminución en los últimos años, pasando de 2,6 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en 2018 a 2,0 en 2023 en el grupo de 10 a 14 años, Ecuador aún presenta cifras superiores al promedio mundial que es de 1,5 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en ese grupo etario. Este contexto resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de educación sexual integral y acceso a métodos anticonceptivos, en Ecuador en el año 2022 se desarrolló el proyecto “Prevención del embarazo en niñas y adolescentes en el ámbito educativo” orientada a prevenir y ofrecer acompañamiento integral durante el embarazo en el Sistema Nacional de Educación, así como el abordaje de factores socioeconómicos y culturales que contribuyen al embarazo en adolescentes (Basantes, 2024).

Figura 1. Número de bebés nacidos vivos por año y provincia según el INEC (10 a 19 años)



Fuente. (INEC, 2022)

2.3.2 Embarazo no planeado

El embarazo adolescente no planeado sucede sin una planificación previa o en momentos no deseados por la mujer, por lo que puede derivar en desafíos emocionales, económicos y sociales. Además, se considera que cada año ocurren aproximadamente 74 millones de embarazos no planificados en países con ingresos bajos y medianos, lo que conlleva a 25 millones de abortos inseguros y 47.000 muertes maternas a nivel mundial (OMS, 2019).

En Ecuador, la educación sexual deficiente, además de la falta de acceso a métodos anticonceptivos son algunos de los factores que provocan una incidencia muy alta de embarazos no planificados. Debido a ello, es fundamental aplicar políticas públicas que impulsen la educación sexual integral y a su vez, faciliten el acceso a servicios de planificación familiar, con el fin de disminuir la tasa de embarazos no deseados y a su vez las consecuencias futuras (Basantes, 2024).

2.4 Etiología

El embarazo ectópico (EE) es una condición que presenta múltiples causas, algunas de ellas incluyen: obstrucción tubárica anatómica, cambios en la motilidad tubular e incluso alteración funcional ciliar (Espinoza et al., 2021).

Estrella y Bustillos (2022) señalan que el EE es una condición de etiología compleja, entre ellos se mencionan variaciones anatómicas y funcionales que experimentan las trompas de falopio, así como, el inicio precoz de su vida sexual y el contacto con infecciones de transmisión sexual. El consumo de tabaco altera el movimiento oviductual, y de este modo, previo a la implantación, se produce un retraso en el transporte embrionario, lo cual afecta la renovación de las células epiteliales tubáricas, mientras que el consumo excesivo de alcohol disminuye la contracción espontánea de las trompas. Procesos inflamatorios como la salpingitis que deteriora la actividad ciliar y la motilidad tubárica; además de cuadros como la apendicitis que influye a la formación de adherencias a nivel de las trompas uterinas; administración de dosis bajas de gestágenos de manera continua o el empleo de contracepción postcoital con estrógenos. Por otro lado, infecciones genitales secundarias a ITS como clamidia, gonorrea y otras bacterias ocasionan enfermedad pélvica inflamatoria producen daño tubárico, lo que interfiere en la captura y posterior migración del óvulo fecundado.

Se ha reportado que del 9% al 17% de embarazos en mujeres portadoras de DIU son ectópicos, esto explica porque el DIU es más efectivo frente a la gestación intrauterina que frente al tubárico, lo cual aumenta el riesgo de presentar un embarazo ectópico. Asimismo, algunos tratamientos de esterilidad en especial los quirúrgicos, como la cirugía conservadora de embarazo ectópico tubárico, ligadura de trompas e incluso técnicas de fecundación asistida. Factores que favorecen la nidación en la trompa como la endometriosis tubárica, por estenosis y adherencias que se desarrollan en órganos vecinos. Además, factores propios del huevo, que contemplan anomalías genéticas del huevo por anomalías al momento de implantación (Salazar et al., 2023).

2.5 Epidemiología

En Ecuador, el embarazo adolescente ha presentado una disminución en los últimos años. Entre 2017 y 2023, se registró un descenso del 36% de nacidos vivos en madres adolescentes. Sin embargo, en 2022, se notifican 53.847 embarazos en niñas y adolescentes, de los cuales

3.386 correspondieron a niñas de 10 a 14 años y 50.461 a adolescentes de 15 a 19 años (Machado, 2023).

El embarazo en la adolescencia está relacionado con factores socioeconómicos, desigualdad de género y oportunidades laborales limitadas, debido a ello, existe una mayor afectación a niñas y adolescentes de comunidades rurales o áreas periurbanas (Chalaco, 2022).

Según Estrella y Bustillos (2022), la prevalencia a nivel mundial del EE corresponde del 1% al 2% en países desarrollados. Su incidencia se encuentra vinculada a mujeres en etapas fértiles. Alrededor del 75% de muertes en el primer trimestre y aproximadamente el 9% de todas las muertes vinculadas se encuentran asociadas al EE, con un riesgo de recurrencia del 12%. En el Ecuador según el INEC, el EE constituye el 1,6% de muertes maternas por causas gineco-obstétricas a nivel nacional, es por ello que ocupa el noveno lugar entre las causas de morbilidad materna informadas durante el año 2020.

2.6 Implicaciones sociales

El embarazo no planificado en la adolescencia implica una barrera para el desarrollo psicosocial en adolescentes, este se relaciona con problemas de salud, además, tiene un impacto negativo en el ámbito educativo, laboral, y promueve a los ciclos de pobreza y salud inadecuada. A su vez, presenta consecuencias a nivel económico y social, lo cual afecta a las madres adolescentes, a sus familias y a las naciones (Gómez et al., 2024).

Por ejemplo, las mujeres que tienen educación secundaria presentan un ingreso económico de \$3233 dólares anuales, mientras que aquellas que completan educación técnica superior y universitaria reciben aproximadamente \$9002 dólares al año. Por otro lado, las mujeres con estudios de posgrado obtienen ingresos más altos, con un promedio de \$16 746 dólares anuales (UNICEF Ecuador, 2020, p. 18).

2.7 Acceso a métodos anticonceptivos

En Ecuador, el acceso a métodos anticonceptivos se encuentra avalado por el Acuerdo Ministerial 2490, que establece el "Reglamento para regular el acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos", el cual tiene como objetivo brindar a mujeres y hombres servicios de atención integral de salud, planificación familiar, anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual (Bermeo, 2022).

Además, el Código Orgánico de Salud en su artículo 195, titulado 'Métodos anticonceptivos', brindará normas para avalar la disponibilidad y acceso a estos métodos mediante la autoridad sanitaria, con el fin de asegurar su calidad y eficacia. No se determina una edad específica para que los usuarios soliciten estos métodos, y se enfatiza que los profesionales de la salud no pueden negarse a proporcionar información y asesoría al respecto (La Hora, 2024).

El Ministerio de Salud Pública proporciona de forma gratuita diferentes métodos anticonceptivos, entre los cuales se encuentran anticonceptivos orales, implantes subdérmicos, inyecciones, dispositivos intrauterinos (DIU), ligaduras y vasectomías (La Hora, 2024).

2.8 Tipos de embarazo ectópico

2.8.1 Embarazo ectópico tubárico

El EE tubárico surge como consecuencia de un daño a nivel de las trompas de Falopio, este puede desencadenar una disfunción tubárica que favorece la retención del ovocito. Se desarrolla por factores locales, hormonales, inmunológicos e infecciosos que promueven al desarrollo de una inflamación. Entre los factores principales se menciona enfermedad pélvica inflamatoria, apendicitis, procedimiento quirúrgico abdominal debido a adherencias pelvianas y trastornos inflamatorios. Además, se manifiesta que la disfunción tubárica puede incrementar el riesgo de provocar embarazos ectópicos tubáricos e inclusive infertilidad (Rivera et al., 2020).

2.8.2 Embarazo ectópico intersticial/cornual

Abarca entre el 2 al 3% de todos los EE, con una mortalidad mayor que otros tipos de embarazos extrauterinos. Inicialmente, la implantación se produce en la unión entre el miometrio uterino y la zona intersticial de las tubas, mientras que el término cornual se reserva cuando ocurre en los cuernos, que son las porciones latero-superiores del útero. El principal factor de riesgo es el antecedente de una extirpación de trompa de Falopio ipsilateral, ya que, el muñón residual es el lugar donde se desarrolle el EE. Esta zona presenta un miometrio grueso y una gran irrigación sanguínea que proviene de ramas de las arterias uterinas y ováricas. Dicha complicación obtiene una frecuencia de 50% en el primer trimestre y 87% posteriormente, con graves consecuencia, debido a que el hemoperitoneo puede ser letal en caso de que no se realice una diagnóstico oportuno (Rivera et al., 2020).

2.8.3 Embarazo ectópico ovárico

El EE ovárico se describe como la anidación del óvulo fertilizado en el ovario. Este se presenta en 1 de cada 2100 a 7000 embarazos. Su etiología aún no se ha sido definida. No obstante, existen algunos factores de riesgo tales como un saco gestacional no detectado en el útero o las trompas de Falopio, enfermedad inflamatoria pélvica previa, uso de DIU, aplicación de tecnologías de reproducción asistida, y endometriosis parecen tener un alto valor predictivo y contribuir a la sospecha temprana de esta condición. La endometriosis es un factor de riesgo específico de embarazo ovárico intrafolicular, mientras los embarazos ováricos que se encuentran fuera de los folículos se subclasifican en: superficial, cortical, intersticial y juxtafolicular (Rivera et al., 2020).

2.8.4 Embarazo ectópico cervical

Esta presenta en aproximadamente el 0,15 al 0,3% de todos los casos. Inicia con la implantación en la mucosa cervical, que se encuentra por debajo el orificio cervical interno. Por su localización, existe riesgo de perforación del trofoblasto a través de la pared cervical y hacia los vasos uterinos. Entre los principales factores de riesgo se presentan legrado uterino previo, síndrome de Asherman, así como el aborto inducido, la presencia de DIU, la fertilización in vitro, entre otras (Rivera et al., 2020).

2.8.5 Embarazo ectópico abdominal

Representa el 1,4%, con una incidencia de 1 por cada 10.000 partos. La implantación se desarrolla en varios puntos del abdomen, tales como el epiplón, hígado, bazo, intestino, grandes vasos, fondo de saco pélvico, ligamento ancho y paredes pélvicas laterales. Los factores de riesgo incluyen: proceso inflamatorio pélvico previo, endometriosis y fertilización asistida. Además, se clasifican en primarios, y secundarios. La viabilidad del embarazo está relacionada con el sitio de implantación, puesto que involucra vasos y órganos vitales, mismos que pueden romperse y desarrollar hemorragias. Por ende, la mortalidad materna es alta, y puede presentar complicaciones, tales como hemorragias severas, obstrucción intestinal, coagulación intravascular diseminada, y en últimos casos, fístulas (Rivera et al., 2020).

2.8.6 Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea

Se presenta en menos del 1% de todos los casos, con una incidencia de 1 por cada 1800 a 2216 embarazos. Es definido como un saco gestacional que se introduce cuando el miometrio presenta algún defecto, mismo que puede estar ubicado en el lugar donde se realizó la histerotomía por una cesárea previa. Sin embargo, también puede ocurrir por alguna lesión al miometrio. Entre los factores de riesgo se encuentran: cicatriz de cesárea previa, extracción manual de placenta, legrado uterino anterior, miomectomía, fertilización in vitro, síndrome de Asherman, infecciones de la herida postoperatoria y embarazos inmediatos (Rivera et al., 2020).

2.9 Factores Desencadenantes

2.9.1 Factores de alto riesgo

La alteración de la anatomía tubárica se asocia con EE y la infección es la causa más probable. Es por ello que, un daño a nivel de las trompas uterinas puede conllevar a una disfunción tubárica que es la obstrucción de las trompas o alteración epitelial que deteriora el movimiento del ovocito, el cigoto o el espermatozoide (Salinas et al., 2020).

Otras causas incluyen anomalías congénitas, endometriosis y cirugía, debido a la obstrucción de las trompas de Falopio y formación de adherencias en el interior de estas, en especial cuando una mujer que ha sido previamente ligada la trompas, se realiza el proceso de la recanalización de las trompas buscando un nuevo embarazo (Salinas et al., 2020).

La salpingitis ístmica nodosa es una condición en la que se produce un divertículo ciego, y en la que el cigoto puede quedar atrapado. La endometriosis tubárica y los miomas intrauterinos pueden causar una obstrucción simple. Dicho esto, un tercio de los procedimientos de fracaso en la esterilización, sin importar la técnica utilizada, resultan en EE (Hu Liang et al., 2018).

2.9.2 Factores de riesgo moderado

La presencia de *Chlamydia trachomatis* o *Neisseria gonorrhoeae* incrementa en cuatro veces el riesgo de experimentar un EE. Cada episodio subsiguiente amplifica considerablemente dicho riesgo debido al daño tubárico de la acción ciliar, la obstrucción de las trompas y la formación de adherencias pélvicas. Es relevante señalar que diversas infecciones en la región pélvica y abdominal, como la apendicitis, también pueden constituir factores de riesgo para futuros embarazos ectópicos (Salinas et al., 2020).

A lo largo de la vida, tener más de una pareja sexual se vincula con un aumento moderado en la probabilidad de experimentar un EE. El inicio de la actividad sexual antes de los 18 años incrementa la posibilidad de tener múltiples parejas. En mujeres menores de 25 años, el aumento en el número de parejas eleva el riesgo de infecciones pélvicas, especialmente por clamidia, y, por ende, el riesgo de EE. Un factor controlable es el hábito de fumar, que se relaciona con una disminución dosis dependiente de la movilidad de las trompas, así como alteraciones en la inmunidad (Hu Liang et al., 2018).

Las mujeres que utilizan dispositivo intrauterino o anticoncepción hormonal presentan un riesgo muy bajo de concepción. Sin embargo, si conciben, la probabilidad de EE es mayor que en mujeres que no usan anticonceptivos (Logroño et al., 2020).

2.9.3 Factores de bajo riesgo

Tecnologías de reproducción asistida y antecedentes de infertilidad: Entre los factores de riesgo se evidencia función tubárica anormal, complicaciones técnicas en los procedimientos de reproducción asistida y el potencial estimado de implantación de embriones. Además, en mujeres que buscan fertilización in vitro, el riesgo de desarrollar un embarazo heterotópico es aproximadamente de 1:100 (Salinas et al., 2020).

Figura 2. Ecografía de la paciente realizada en el Hospital Materno Infantil “Germán Urquidí”, se observa presencia de líquido libre en el abdomen.



Fuente. (Delgado et al. 2012)

2.10 Manifestaciones clínicas

Hu Liang et al. (2018), mencionan que la triada clásica del EE son dolor, sangrado vaginal y amenorrea, aquella triada fue históricamente utilizada como método diagnóstico. La anamnesis y la exploración física de forma independiente en pocas ocasiones conducen al diagnóstico o descarte de un EE. Los síntomas de EE usualmente son inespecíficos y difíciles de identificar de otros procesos ginecológicos, urológicos o gastrointestinales. Características menos comunes del EE comprenden náusea, vómito y diarrea. La ruptura de un EE puede ocasionar distensión abdominal, dolor, peritonitis y hemorragia severa. Debe considerarse el diagnóstico de EE en todas las mujeres que se encuentren en edad fértil que presenten dolor abdominal de inicio súbito o síntomas gastrointestinales.

Espinoza et al. (2021) señalan que es recomendable realizar una investigación por EE en cualquier mujer que presente la triada compuesta por: sangrado vaginal, dolor abdominal y amenorrea. Cabe mencionar que, el sangrado vaginal que se presenta ocurre por el desprendimiento de la decidua, la cantidad presente varía desde un manchado hasta cantidades similares a las que se presentan con la menstruación.

El dolor abdominal se caracteriza por ser de tipo cólico, ubicado principalmente en fosas ilíacas, derecha o izquierda, con predominio en el lado donde se produce la implantación. Además de acompañan de otros síntomas, tales como diarrea, dolor de hombro, mareo, diarrea, proctalgia y sensibilidad en movilización anexial o cervical. Cabe recalcar que al momento de la exploración física se puede encontrar una masa dolorosa que corresponde al embarazo ectópico. Cuando se habla de una presentación de embarazo ectópico hemodinámicamente inestable, se encuentran signos como la hipotensión, disnea y la taquicardia (Espinoza et al., 2021).

2.11 Diagnóstico diferencial

2.11.1 Aborto incompleto

A menudo se presenta un dolor abdominal, este es de tipo cólico, existe un sangrado más abundante en comparación al periodo y se encuentra precedida de ausencia de menstruación. La evaluación general no indica signos de anemia, y en caso de existir, suele relacionarse con metrorragia. No obstante, en ocasiones, se diagnostica erróneamente un embarazo ectópico como un aborto incompleto, lo que lleva a la realización de un legrado uterino. El error diagnóstico se descubre mediante el examen histopatológico (Mohammed et al., 2019).

2.11.2 Quiste de ovario accidentado y cuerpo lúteo hemorrágico

Presentan síntomas similares a los de un embarazo ectópico complicado, con la paciente hemodinámicamente inestable, lo que dificulta su distinción. La confirmación del diagnóstico suele realizarse durante el acto quirúrgico. En este contexto, el error en el diagnóstico no tiene consecuencias significativas, ya que tanto el embarazo ectópico como el quiste ovárico requieren tratamiento quirúrgico (Senarath et al., 2020).

2.11.3 Enfermedad inflamatoria pélvica (EPI)

Es un proceso frecuentemente bilateral que puede ser abordado mediante tratamiento médico. Se distingue del embarazo ectópico mediante la evaluación clínica, análisis de laboratorio y, en última instancia, mediante la laparoscopia. Los síntomas incluyen fiebre y leucorrea, mientras que los análisis de sangre revelan leucocitosis con desviación a la izquierda, y la ausencia de signos de anemia. Además, la prueba de β -HCG resulta negativa y la culdocentesis arroja un líquido purulento (Mohammed et al., 2019).

2.11.4 Otros procesos pélvicos

La apendicitis puede ser confundida con el embarazo ectópico. En esta situación, el dolor específico en la fosa ilíaca derecha con rigidez abdominal, la presencia de síntomas gastrointestinales y los signos de una infección apendicular proporcionan indicios para el diagnóstico (Senarath et al., 2020).

2.12 Métodos diagnósticos

El diagnóstico de un embarazo ectópico se puede elaborar a partir de ciertas manifestaciones clínicas, recordando que es necesario saber que, toda mujer que se encuentre en edad fértil, con su vida sexual activa, y, que a su vez, acuda al profesional de salud con signos y síntomas tales como amenorrea, dolor a nivel de hipogastrio, acompañado de sangrado, es primordial realizar prueba de embarazo, en caso de ser positiva se pedirá la seriada de

hormona gonadotropina coriónica y eco transvaginal para descartar un embarazo ectópico (Baque, 2020).

2.12.1 Examen físico

Un buen examen físico es importante al momento de diagnosticar un EE, los más comunes dolor en hipogastrio, signos de irritación peritoneal, a la especuloscopia sangrado de coloración café, dolor a la movilización uterina, en cuanto al tacto vaginal, el útero se palpa inadecuado para la supuesta gestación, fondo de saco de Douglas sensible. Para el diagnóstico del ectópico roto se presentan el cuadro clínico común de shock hipovolémico por hemoperitoneo que incluyen lipotimia, hipotensión, taquicardia, dolor en hipogastrio a la palpación, dolor tacto vaginal en algunos casos es hasta imposible realizar tacto, los cuales conciernen a signos propios de hematosalpinx (Baque, 2020).

2.12.2 Beta-hCG y Progesterona

Las mediciones secuenciales de hCG se deben emplear para diferenciar los embarazos anormales. Cuando los hallazgos suponen una gestación anormal, se debe realizar una segunda medición 2 días después de la inicial con el objetivo de evaluar el aumento o disminución de la hormona. Se debe tomar en consideración que, las evaluaciones posteriores de hCG deben obtenerse con 2 a 7 días de diferencia. En una gestación temprana, un aumento de la hormona que sea menor al mínimo del umbral en 48 horas resulta sospechoso de embarazo anormal, ya que se ha evidenciado que en el 99% de los embarazos intrauterinos normales suelen presentar un aumento considerable de la misma (Logroño et al., 2020).

Los niveles séricos de hCG ≥ 2.400 mIU/ml en el 1er trimestre de gestación, sin presencia de un saco gestacional intrauterino, es diagnóstico de embarazo anormal y muy sugestivo de EE. Las concentraciones de progesterona pueden ser útiles en la evaluación del EE. El nivel de progesterona ≥ 25 ng/ml se asocia con un embarazo intrauterino en el 97,5% de los casos. Los niveles de progesterona $\leq 5,0$ ng/ml indican embarazo no viable, independientemente de su ubicación (Logroño et al., 2020).

2.12.3 Ecografía Transvaginal

La ultrasonografía transvaginal es un instrumento muy utilizado para el diagnóstico temprano de una mujer con sospecha de EE, presenta una sensibilidad de 87 al 99%, además de una especificidad del 94 a 99%. A través del US transvaginal se observa el saco gestacional una vez alcanzado un diámetro de 2 a 5 mm, mismo que ocurre alrededor de las 5 semanas de edad gestacional.

Dada la estrecha relación entre los niveles de β -hCG en sangre y el tamaño del saco gestacional, al no visualizar un embarazo intrauterino con un nivel de β hCG > 1500-2000 mUI/ml, es considerado altamente predictivo de un EE (Rivera et al., 2020).

Este criterio permite identificar el 60% de todos los embarazos ectópicos. Así mismo, existen distintos hallazgos en la US transvaginal que permiten aumentar la sospechar de un EE. Según frecuencia podemos encontrar: tumor anexial (50-60%), saco gestacional extrauterino vacío (20-30%), saco gestacional extrauterino con ECOS embrionarios (15-20%), pseudosaco (20%) y líquido libre (28-56%). La confirmación de un EE se produce cuando se visualiza en la US transvaginal un saco extrauterino con un saco vitelino y/o el embrión en un anexo o cérvix (Rivera et al., 2020).

2.13 Complicaciones

Ocurre como resultado de un diagnóstico tardío, este se encuentra acompañado de un sangrado materno abundante, en este caso, la estabilidad hemodinámica de la madre dependerá del accionar médico oportuno al momento del procedimiento quirúrgico de extracción del feto y sus anexos, considerando el riesgo potencial de la paciente desde el momento del ingreso. El embarazo ectópico cervical es una complicación excepcional que surge cuando el trofoblasto se implanta en el canal cervical, llevando consigo riesgos significativos de morbilidad y mortalidad. En numerosos casos, la identificación de esta condición es tardía, lo que resulta en intervenciones quirúrgicas que se realizan cuando ya hay inestabilidad hemodinámica, principalmente debido a la ruptura uterina (Cuzco, 2023)

2.13.1 Hemorragias

Es la pérdida de sangre producto de la ruptura de vasos sanguíneos, se clasifica según su origen y localización. De acuerdo con el vaso afectado, se dividen en:

- **Capilar:** Compromete vasos superficiales que irrigan la piel.
- **Venosa:** Involucra venas, presentando una salida continua de sangre de color rojo oscuro.
- **Arterial:** Compromete arterias, caracterizándose por una salida abundante de sangre roja brillante.

2.13.2 Sepsis

Ocurre debido a una infección del organismo extrema y potencialmente letal, misma que puede llevar a que se produzca un daño en los tejidos, además de fallo orgánico e incluso la muerte si no se trata de manera oportuna. Dicho esto, puede originarse a partir de diversas infecciones, tales como bacterianas, virales o fúngicas. Sin embargo, las infecciones más comunes incluyen neumonía, infecciones abdominales, renales, del tracto urinario, y bacteriemia (Castañeda y Santa Cruz, 2021).

2.13.3 Shock hipovolémico

Es una condición que puede ser provocada por diversos factores, entre ellos los obstétricos. Se caracteriza por una pérdida significativa de sangre a través de la vagina, que ocasiona una insuficiencia de sangre en el aparato circulatorio y una disminución en el suministro de oxígeno a los tejidos de varios órganos del cuerpo, produciendo alteraciones irreversibles e incluso la muerte (Vintimilla et al., 2020).

2.13.4 Abdomen agudo

La razón predominante de casos de abdomen agudo en el ámbito ginecológico suele ser el embarazo ectópico, siendo la localización tubárica la más común que origina este cuadro clínico (Castañeda y Santa Cruz, 2021).

2.14 Tratamiento

Si al tratamiento nos referimos, es indispensable que estos casos sean tratados de forma individual y de acuerdo con la clínica de cada paciente, el régimen a seguir puede solo ser farmacológico si se diagnostica de forma temprana o quirúrgico según sea el caso. A continuación, se describen 3 tipos de manejo: Expectante, Médico, Quirúrgico.

2.14.1 Manejo expectante

Presenta un porcentaje de éxito del 60%. Este es recomendado en pacientes que no presentan síntomas, que tienen síntomas leves, que se encuentran estable hemodinámicamente, que presenten una edad gestacional menor a 5 semanas, y que en el US transvaginal se evidencie un EE con un tamaño menor de 35 mm de diámetro y sin latido cardíaco, y los niveles de β -hCG sean menores de 1000 a 1500 IU/L. Este presenta un menor riesgo a diferencia con el procedimiento quirúrgico y la administración de metotrexato. Además, se recomienda un control a los 2, 4 y 7 días de los niveles de β -hCG, considerando que estos valores sean menores al valor inicial hasta que sean negativos (Estrella y Bustillos, 2022).

2.14.2 Tratamiento médico/farmacológico

Cuando el embarazo es diagnosticado en una edad gestacional temprana y no se acompaña de síntomas, existe la posibilidad de abordar el cuadro con tratamiento médico. El fármaco de primera elección es el metotrexato, que es un antagonista del ácido fólico responsable de la inhibición de síntesis de purinas y pirimidinas a través de los cambios en la replicación de ADN y división celular. Se debe tomar en consideración que previo a la administración de MTX es necesario cuantificar los niveles de β -hCG. La dosificación del MTX abarca diversos esquemas que incluyen dosis única, dos dosis y dosis múltiples. El protocolo de dosis única se administra en pacientes con niveles de β hCG inferiores a 3600 mUI/L (Estrella y Bustillos, 2022).

En pacientes que presentan niveles iniciales altos de β -hCG, en especial superiores a 5.000 mUI/L, se administra el protocolo de dos dosis. Además, es necesario la hospitalización y colocación IM de 50 mg/m² de MTX en el día primer día, luego, se completa con una segunda dosis en el cuarto día, y con ello, se revisa el descenso de la β -hCG. En caso de que no exista una disminución, es necesario readministrar la misma dosis en el séptimo y onceavo día y con ello continuar con valoración de los niveles de la hormona. Dicho esto, si existe un descenso menor al 15% después de la readministración se debe contemplar el manejo quirúrgico (Estrella y Bustillos, 2022).

Por otra parte, existe el protocolo de dosis múltiple, mismo que consiste en la administración IM durante 8 días de MTX de 1 mg/kg en el primer, tercer, quinto y séptimo día del tratamiento, a su vez, se debe alternar con Leucovorina o Ácido folínico de 0,1 mg/kg en el segundo, cuarto, sexto y octavo día, esto se realiza en conjunto con los controles del nivel de β -hCG durante los días de administración de cada dosis de MTX. Además de ello, se debe solicitar exámenes complementarios que incluye hemograma, perfil hepático y función renal, por los posibles efectos adversos tales como aplasia medular y la hepatotoxicidad (Estrella y Bustillos, 2022).

2.14.3 Tratamiento quirúrgico

Al momento de evaluar la necesidad de tratamiento quirúrgico, es importante considerar el nivel de actividad del embarazo ectópico, las indicaciones y contraindicaciones de cada tratamiento, su efectividad terapéutica y la preferencia de las mismas pacientes en cuanto a el deseo de fertilidad futura versus desventajas y efectos adversos. Se debe ofrecer manejo quirúrgico como primera línea a cualquier paciente que cumpla criterios tales como abdomen agudo, alteraciones hemodinámicas, de igual manera que tenga una masa anexial >35 mm y/o LCF (+) evidenciados en US transvaginal, niveles de β -hCG >5000 UI/L, alguna contraindicación al tratamiento médico, embarazo heterotópico, imposibilidad de seguimiento adecuado, falla de tratamiento médico, o alguna patología tubaria con indicación de fertilización in vitro. Se puede realizar una Salpingectomía o Salpingostomía, ya sea con un abordaje vía laparoscópico o por laparotomía, siendo la primera opción la con mayores ventajas (Rivera et al., 2020).

Posterior al procedimiento, se ha registrado una incidencia de embarazo intrauterino de 61% con salpingostomía en comparación al 56,2% con salpingectomía y una tasa de recurrencia de EE 8% en salpingostomía a diferencia del 5% en salpingectomía, ambos similares al comparar laparotomía a diferencia de la laparoscopia. La salpingectomía conlleva la extracción de la trompa comprometida y es el procedimiento quirúrgico estándar, sobre todo en pacientes que presentan una trompa contralateral indemne o EE recurrente en la misma trompa, además de un EE de gran tamaño, ruptura de la trompa o incluso adhesiones peritubarias importantes. Por otro lado, la salpingostomía corresponde a una incisión lineal que remueve el EE, preservando la trompa (Rivera et al., 2020).

Es una intervención factible, pero con riesgo de tener un nuevo EE en la misma trompa. También se ha reportado extracción incompleta del EE, requiriendo tratamiento adicional con MTX o salpingectomía en un 20% de las pacientes. Varios estudios proponen la administración de una dosis sistémica de MTX profiláctica (1 mg/kg IM) inmediatamente post procedimiento para prevenir la persistencia de trofoblasto. Es importante mantener seguimiento semanal estricto hasta llegar a una concentración sanguínea de β -hCG <5 mUI/L (Rivera et al., 2020).

2.15 Prevención

La prevención del embarazo ectópico implica medidas para reducir los factores desencadenantes y promover la salud reproductiva. Algunas estrategias de prevención incluyen:

- El uso consistente de métodos anticonceptivos y la práctica de relaciones sexuales seguras pueden ayudar a prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS) que aumentan el riesgo de embarazo ectópico.
- La detección y tratamiento oportuno frente a infecciones de transmisión sexual, tales como *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, pueden reducir el riesgo de daño tubárico que contribuye al embarazo ectópico.
- Las mujeres embarazadas requieren de controles prenatales, para de esta manera garantizar un embarazo adecuado y a su vez, la identificación de complicaciones.
- La educación acerca de los signos y síntomas asociados al embarazo ectópico puede conllevar a una atención médica temprana en caso de sospecha.
- Las mujeres con antecedentes de embarazo ectópico requieren de atención especializada, además de un control estricto durante futuros embarazos.
- La realización de cesáreas de manera controlada y evitando múltiples cesáreas puede ayudar a reducir el riesgo de embarazo ectópico por cicatriz uterina.

2.16 Impacto emocional

Farren et al. (2020) en su publicación “Estrés postraumático, ansiedad y depresión tras el aborto espontáneo y embarazo ectópico” realizada a 2 grupos poblacionales, entre ellas: mujeres que habían sufrido una pérdida temprana del embarazo (737 mujeres) y mujeres del grupo control (171 mujeres) mencionan que tras la realización de la investigación obtuvieron los siguientes resultados: Durante el primer mes, el 29% de mujeres que perdieron de manera temprana el embarazo tuvieron criterios compatibles con estrés postraumático, el 24% ansiedad y 11% depresión de rango moderado a severo. A lo largo de los meses, las tres condiciones fueron disminuyendo de manera más lenta en mujeres con embarazo ectópico frente a aborto espontáneo.

3. CAPÍTULO III. METODOLOGIA

El presente capítulo describe el enfoque metodológico empleado en la investigación, proporcionando una base estructurada para la recolección, análisis e interpretación de la información relacionada con la identificación de los factores desencadenantes y complicaciones asociadas al embarazo ectópico en adolescentes. La selección del diseño de investigación, las técnicas de recolección de datos y el método de análisis han sido cuidadosamente determinados para garantizar la validez y fiabilidad de los resultados obtenidos. A través de este capítulo, se establece el marco metodológico que sustenta el desarrollo del estudio, permitiendo una exploración profunda y sistemática de la problemática abordada.

En base a los anterior, se describe el tipo de estudio realizado, el diseño de la investigación, la población de estudio y el tamaño de la muestra. De igual manera, se explican las herramientas y procedimientos empleados para la revisión de información.

3.1 Tipo de Investigación

La presente investigación corresponde a un estudio descriptivo y retrospectivo, debido a que se enfoca en el análisis de factores desencadenantes y complicaciones asociadas al embarazo ectópico en adolescentes mediante la revisión bibliográfica de la literatura. Por una parte, la metodología descriptiva se encarga de caracterizar y detallar las variables de estudio sin necesidad de alterarlas, mientras que, el enfoque retrospectivo evalúa datos que han sido documentados en investigaciones anteriores (Arias y Covinos, 2021).

3.2 Diseño de Investigación

Es de revisión bibliográfica, más específicamente, de tipo descriptiva. De acuerdo con Arias y Covinos (2021) este tipo de investigaciones permiten analizar los conceptos actuales, en el caso particular del estudio sobre los factores desencadenantes y complicaciones asociadas al embarazo ectópico en adolescentes, con la finalidad de guiar a los estudiantes en su formación académica.

El presente estudio inicia con el planteamiento de la pregunta de investigación, mediante el método PICO. Según González y Barajas (2023) dicho método orienta a la búsqueda de evidencia científica en torno a: ¿Cuáles son los factores desencadenantes y las complicaciones asociadas al embarazo ectópico en adolescentes?

3.3 Técnicas de recolección de Datos

La recolección de datos se efectuará mediante la revisión bibliográfica sistemática, misma que se basa en fuentes secundarias como artículos científicos, tesis, informes técnicos y documentos publicados en bases de datos especializadas en salud. Además, se

implementarán criterios de selección para asegurar la calidad y relevancia de la información obtenida, dando preferencia a estudios de bases de datos reconocidas como PubMed, Scielo, y Google Académico.

Dicho esto, para la selección de la literatura, se procede a establecer parámetros de inclusión y exclusión que orienten la búsqueda. Por ello, se usarán palabras clave específicas tales como "embarazo ectópico", "factores desencadenantes", "complicaciones", "medicina", "diagnóstico", "tratamiento", "prevención". Las mismas serán aplicadas para identificar estudios acerca de los factores desencadenantes y las complicaciones asociadas al embarazo ectópico en adolescentes. Por consiguiente, esta metodología tiene el objetivo de asegurar la relevancia de los resultados.

En la etapa final de la metodología, se empleará el método PRISMA, mismo que es conocido por facilitar una secuencia estructurada y sistemática en la revisión bibliográfica. Asimismo, este enfoque permitirá la selección de los artículos y tesis más importantes, los cuales serán sometidos a una inspección minuciosa, observación y extracción del contenido. Dicho esto, el objetivo es proporcionar respuestas fundamentadas a las preguntas de investigación planteadas (Rethlefsen et al., 2021).

3.4 Población de estudio y tamaño de muestra

La población de estudio está constituida por la literatura académica y científica relacionada con el embarazo ectópico en adolescentes. Por lo tanto, al tratarse de una revisión documental, no se establece un tamaño de muestra en el sentido tradicional, en cambio, se determinará en función de los criterios de inclusión y exclusión aplicados a la selección de fuentes.

3.5 Hipótesis

Hipótesis general: Existen factores desencadenantes y complicaciones asociadas al embarazo ectópico en adolescentes que pueden identificarse mediante la revisión bibliográfica.

Hipótesis específicas:

- **H1:** Las enfermedades inflamatorias pélvicas previas incrementan la probabilidad de embarazo ectópico en adolescentes.
- **H2:** El acceso limitado a servicios de salud reproductiva contribuye en la prevalencia de embarazos ectópicos en poblaciones vulnerables.
- **H3:** La detección temprana y el tratamiento oportuno reducen el riesgo de complicaciones asociadas al embarazo ectópico en adolescentes.

3.6 Métodos de análisis y procesamiento de datos

El análisis de los datos se realizará a través de una revisión crítica y comparativa de la literatura existente. Por lo tanto, se va a utilizar el análisis de contenido para identificar patrones, tendencias y relaciones asociadas a los factores desencadenantes y las complicaciones del embarazo ectópico en adolescentes. Además de ello, se implementará un enfoque cualitativo, mismo que está basado en la integración de hallazgos importantes; y finalmente, se elaborarán conclusiones basadas en la evidencia científica.

4. CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Introducción

Este capítulo presenta los hallazgos obtenidos a través del análisis de la literatura sobre los factores desencadenantes y complicaciones del embarazo ectópico en adolescentes. La discusión de los resultados se estructura en función de los objetivos específicos planteados, permitiendo una interpretación fundamentada en estudios previos y evidencia científica actual.

4.2 Resultados

4.2.1 Prevalencia del Embarazo Ectópico en Adolescentes

4.2.1.1 Presentar datos epidemiológicos globales, regionales y locales sobre la incidencia del embarazo ectópico en adolescentes.

El EE es un problema de salud pública que tiene gran relevancia a nivel mundial, en especial en adolescentes, por ende, su atención es prioritaria. A nivel global, su incidencia oscila entre un 1% y 2% de todos los embarazos, sin embargo, esta cifra varía dependiendo de la región, de las condiciones socioeconómicas y del nivel de acceso a servicios de salud. Por su parte, en países desarrollados, la incidencia suele ser menor, debido a la disponibilidad de servicios de salud reproductiva y programas de educación sexual integral. Por el contrario, en países que se encuentran en desarrollo, como son en las zonas rurales, su prevalencia es alta, debido al limitado acceso a métodos anticonceptivos, además de una atención médica adecuada (Vichnin, 2008).

Un estudio realizado en el Reino Unido estima una incidencia del EE de aproximadamente 11,1/1000 embarazos; no obstante, dicha cifra es relativamente baja comparado con países que tienen menor acceso a salud reproductiva (Knight, 2017).

A nivel regional, América Latina presenta tasas preocupantes de embarazo ectópico en adolescentes. En países como México y Colombia, la incidencia de embarazo ectópico varía entre 8 y 10 por cada 1,000 embarazos, lo que indica una prevalencia más alta en comparación con países desarrollados. Esta cifra refleja la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, el uso inadecuado de anticonceptivos y la escasa educación sobre salud sexual en muchas áreas de la región (Yasin et al., 2022). En Ecuador, un estudio realizado en el Hospital Carlos Andrade Marín reportó una prevalencia de embarazo ectópico del 1,5%, lo que coloca al país en un rango intermedio con respecto a la prevalencia de este problema en América Latina (Logroño et al., 2020).

La prevalencia del EE en adolescentes varía en cada región, esto se debe a factores tales como el acceso a la atención médica, limitada educación reproductiva y falta de métodos

anticonceptivos. De acuerdo con el informe de la OMS (2019), aquellas adolescentes que residen en áreas rurales presentan una incidencia mayor de EE en comparación con aquellas que viven en áreas urbanas.

En otras regiones, como Sudáfrica y Nigeria, la incidencia de esta condición supera los 10 casos por cada 1,000 embarazos, por lo que, África es uno de los países con mayor prevalencia de EE adolescente (Yasin et al., 2022).

En países como India, la tasa del EE es muy alta debido al limitado acceso a servicios de salud reproductiva. Por otra parte, en países de Europa del Norte como Suecia, donde la educación sexual es integral y los anticonceptivos son fácilmente accesibles, la prevalencia de embarazo ectópico en adolescentes es considerablemente más baja (Hong, 2009).

4.2.1.2 Comparación de estadísticas de prevalencia en distintos contextos socioeconómicos.

La prevalencia del embarazo ectópico en adolescentes varía en función de las condiciones socioeconómicas, esto se debe a que existe una marcada desigualdad en el acceso a servicios de salud, educación sexual y recursos económicos. No obstante, en países desarrollados, donde el acceso a anticonceptivos modernos es amplio y las políticas de salud pública promueven una educación sexual integral, la tasa de embarazo ectópico en adolescentes suele ser menor. Según un estudio realizado en el Reino Unido, se reportó una incidencia de embarazo ectópico de 11,1/1000 embarazos en adolescentes, por lo cual se evidencia un sistema de salud que permite una adecuada prevención y la detección temprana de complicaciones (Knight, 2017).

En América Latina, la tasa estimada de EE en adolescentes varía entre 8 y 10 casos por cada 1,000 embarazos, lo que indica una falta de acceso a anticonceptivos efectivos, educación sexual insuficiente y servicios de salud reproductiva limitados (Yasin et al., 2022). Por su parte, en Ecuador, la tasa es del 1.5%, lo cual indica una prevalencia moderada comparado con otros países de la región (Logroño et al., 2020).

La prevalencia del EE en adolescentes en países como Nigeria, Sudáfrica y Kenia supera los 10 casos por cada 1,000 embarazos, debido a las dificultades sociales y económicas que enfrentan las adolescentes. Además, África tiene menor acceso a servicios de salud y métodos anticonceptivos, así como una educación sexual más limitada (Santpur y Santpur, 2017).

En países del sudeste asiático, como India y Bangladesh, se reporta una tasa de EE de 12 a 15 por cada 1,000 embarazos debido a factores socioeconómicos tales como la pobreza y la falta de educación sexual adecuada (Yadav et al., 2016).

El nivel educativo también tiene un impacto directo en la prevalencia del embarazo ectópico. En países donde las adolescentes tienen acceso a educación sexual integral, la prevalencia de embarazos no deseados y complicaciones como el embarazo ectópico es más baja. En

cambio, en países donde la educación sexual es limitada o está ausente, las adolescentes tienen menos conocimiento sobre métodos anticonceptivos y sus riesgos reproductivos, lo que contribuye al aumento de la tasa de embarazo ectópico (Baque, 2020).

El acceso a servicios de salud reproductiva constituye un factor fundamental en la incidencia del embarazo ectópico en adolescentes. En aquellos países donde existen políticas de salud pública enfocadas en facilitar el acceso a servicios de salud reproductiva, anticonceptivos y atención prenatal, las tasas de embarazo ectópico tienden a ser más bajas, por ejemplo, en países de Europa del Norte (Suecia), en donde la tasa de embarazo ectópico en adolescentes es de 5-6 por cada 1,000 embarazos (Hong, 2009).

4.2.1.3 Identificación de tendencias en la incidencia del embarazo ectópico en adolescentes en los últimos años.

En los últimos años, la incidencia de EE en adolescentes ha aumentado, sobre todo en países en desarrollo, esto se debe a factores tales como un diagnóstico tardío, un aumento en las infecciones de transmisión sexual, y el uso inadecuado de métodos anticonceptivos. Asimismo, las adolescentes enfrentan dificultades para acceder a servicios médicos de calidad. De acuerdo con diversos estudios, como el de Yasin et al. (2022), el aumento del EE en adolescentes se encuentra relacionado con la falta de control prenatal oportuna, por consiguiente, existen retrasos en el diagnóstico lo cual aumentan las probabilidades de presentar complicaciones.

De igual manera, las adolescentes que viven en situaciones de vulnerabilidad o en comunidades marginadas suelen tener un acceso muy limitado a información sobre salud sexual y reproductiva, al igual que métodos anticonceptivos, por ende, existe mayor riesgo de embarazos no deseados y, en consecuencia, de embarazo ectópico (Chalaco, 2022).

Asimismo, en los últimos años se ha observado un aumento en las infecciones de transmisión sexual, en especial la clamidia y la gonorrea, esto ha contribuido al aumento de la incidencia de embarazo ectópico en adolescentes. De acuerdo con el informe de la OMS (2019), la prevalencia de ITS en adolescentes ha ido en aumento, por ende, existe una relación directa con el incremento de los embarazos ectópicos en este grupo.

Además, existe un aumento en el uso de técnicas de reproducción asistida, aunque son poco frecuentes, dicho incremento ha generado preocupación, debido a las complicaciones que puede conllevar.

De acuerdo con un estudio realizado por Menon et al. (2007), el EE es una de las principales causas de muerte materna durante el primer trimestre. A medida que la incidencia aumenta, la tasa de mortalidad también incrementada, por lo que es necesario intervenir en la prevención, el diagnóstico y una atención médica de calidad.

Debido al incremento en la incidencia del EE en adolescentes, las autoridades sanitarias han implementado estrategias enfocadas en prevención y educación. Sin embargo, en varias regiones existe falta de recursos y políticas seguras que permitan enfrentar esta problemática. Este es el caso de África y Asia, en donde la limitada disponibilidad de métodos anticonceptivos y la baja prevalencia de educación sexual han contribuido a una mayor tasa en la incidencia de embarazo ectópico en adolescentes.

A pesar de los esfuerzos realizados en países de Europa y América del Norte para reducir la incidencia del embarazo ectópico mediante políticas de salud pública más inclusivas y accesibles, la tasa sigue siendo significativa en grupos adolescentes que tienen vulnerabilidad, tales como las adolescentes de bajo nivel educativo o las que viven en áreas rurales.

4.2.1.4 Evaluación del acceso a servicios de salud reproductiva y su impacto en la prevalencia del embarazo ectópico.

El acceso a servicios de salud reproductiva representa un factor crucial en la prevalencia del embarazo ectópico en adolescentes, esto se debe a que, la falta de atención médica oportuna, junto con una educación limitada en salud sexual, influye de manera directa en la aparición de esta complicación. En este sentido, en varios países en desarrollo, el acceso a dichos servicios es limitado, por lo tanto, contribuye a una mayor prevalencia de embarazo ectópico. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2019), las adolescentes que residen en zonas rurales o marginadas tienen menos posibilidades para acceder a dichos servicios, como consecuencia, tienen mayor probabilidad de recibir diagnósticos tardíos y falta de atención prenatal adecuada.

En Ecuador, las adolescentes que viven en áreas rurales presentan una mayor incidencia de EE, debido al acceso limitado de anticonceptivos modernos y educación sobre salud sexual y reproductiva. Asimismo, la escasa presencia de servicios médicos dificulta la detección temprana y, por ende, existe mayor riesgo de complicaciones graves (Espinoza et al., 2021).

En los países desarrollados, el acceso a servicios de salud reproductiva es generalmente más amplio, lo que ha llevado a una disminución en la prevalencia del embarazo ectópico en adolescentes. Los programas de educación sexual integral y la distribución gratuita de anticonceptivos han sido factores clave para la reducción de embarazos no deseados y embarazos ectópicos. Sin embargo, incluso en estos países, las adolescentes más vulnerables, como aquellas de bajos recursos o que viven en áreas rurales, todavía enfrentan desafíos para acceder a servicios médicos de calidad, lo que las coloca en un riesgo más alto de sufrir complicaciones (Knight, 2017).

El acceso a la atención prenatal constituye otro elemento fundamental en la prevención del embarazo ectópico, esto se debe a que permite identificar de manera temprana complicaciones durante el embarazo y aplicar medidas preventivas. Dicho esto, en países con sistemas de salud más sólidos, como los de Europa del Norte, las adolescentes cuentan con atención prenatal gratuita o a bajo costo; por lo tanto, esto facilita el diagnóstico precoz

de embarazos ectópicos y facilita una rápida intervención. Como resultado, la tasa de mortalidad materna vinculada a esta condición ha disminuido significativamente (Hong, 2009).

En varios países de África y Asia, existe falta de infraestructura médica y escasez de profesionales capacitados en salud, por ello, las adolescentes no tienen acceso a atención prenatal adecuada. Dicho esto, para reducir la incidencia del embarazo ectópico, es necesario la implementación de políticas que impulsen la educación sexual, faciliten el acceso a anticonceptivos y aseguren una atención prenatal adecuada. Sin embargo, las desigualdades en el acceso a estos servicios siguen es una barrera para las adolescentes, lo que resalta la necesidad urgente de políticas de salud pública que aborden estas diferencias.

4.2.2 Factores de Riesgo Relacionados con el Embarazo Ectópico en Adolescentes

4.2.2.1 Clasificación de los factores de riesgo en alto, moderado y bajo, según la literatura revisada.

Los factores de riesgo pueden clasificarse en alto, moderado y bajo, dependiendo de su impacto y frecuencia en la aparición de embarazos ectópicos. Los factores de riesgo clasificados como de alto nivel son aquellos que aumentan la probabilidad de presentar un embarazo ectópico; por lo general se encuentran vinculados a condiciones médicas preexistentes o a conductas de riesgo graves. De acuerdo con Menon et al. (2007), uno de los principales factores de riesgo son los antecedentes de enfermedades inflamatorias pélvicas.

El uso de tecnologías de reproducción asistida, como la fertilización in vitro, también se considera un factor de alto riesgo. Además, según Vichnin (2008), las mujeres que recurren a estos tratamientos tienen un riesgo considerablemente mayor de presentar un embarazo ectópico, en comparación con aquellas que no se someten a estos procedimientos.

El tabaquismo es otro factor de alto riesgo, ya que varios estudios han demostrado que las adolescentes fumadoras tienen más probabilidades de desarrollar un embarazo ectópico. Este factor está relacionado con el efecto negativo del tabaco sobre la función de las trompas de Falopio, así como con la alteración de la motilidad del sistema reproductivo, lo que incrementa el riesgo de que el embrión se implante fuera del útero. De acuerdo con Yasin et al. (2022), el tabaco disminuye la eficacia de los métodos anticonceptivos, lo que también aumenta el riesgo de embarazo ectópico.

El uso de dispositivos intrauterinos (DIU) también se relaciona con un alto riesgo de embarazo ectópico, debido a que, en casos poco frecuentes, puede fallar y desencadenar un embarazo ectópico (Hong, 2009).

En el nivel moderado, se encuentra aquellos factores que incrementan el riesgo de embarazo ectópico, sin embargo, su impacto es más limitado en comparación con los factores de alto riesgo. Entre estos, se destaca historia de embarazo ectópico previo (Stănică et al., 2021).

Otro factor de riesgo moderado es el antecedente de abortos espontáneos o inducidos. Dicho esto, las adolescentes que han experimentado abortos previos tienen mayor riesgo de presentar embarazo ectópico. Asimismo, si los abortos estuvieron relacionados con infecciones o si se realizaron bajo condiciones inadecuadas. Según Rodríguez (2023), dichos abortos dañan las trompas de Falopio, lo cual incrementa la probabilidad de embarazo ectópico.

Por otra parte, la edad adolescente representa también un factor de riesgo moderado. Debido a que pueden experimentar embarazos no deseados, lo que conlleva a un embarazo ectópico. De acuerdo con un estudio de Yadav et al. (2016), el inicio precoz de la vida sexual se relaciona con una mayor probabilidad de ITS, por consiguiente, pueden afectar las trompas de Falopio, aumentando así, el riesgo de embarazo ectópico.

Un bajo nivel educativo y la falta de acceso a la educación sexual son factores de riesgo moderado para la aparición del EE, ya que puede llevar a que las adolescentes experimenten embarazos no deseados. Esto se debe sobre todo, al desconocimiento sobre el uso de los métodos anticonceptivos y riesgos asociados con el embarazo ectópico, lo cual aumenta su prevalencia (Baque, 2020).

Los factores de bajo riesgo son aquellas condiciones que no influyen directamente en la aparición de esta patología, sin embargo, pueden contribuir en circunstancias determinadas. Entre ellas, se menciona la obesidad, ya que puede interferir con la función reproductiva y de este modo aumentar el riesgo de presentar complicaciones durante el embarazo (Yasin et al., 2022).

Otro factor de bajo riesgo es el consumo moderado de alcohol ya que puede afectar la salud reproductiva en general. No obstante, el consumo excesivo de alcohol puede incrementar el riesgo de embarazos no deseados y, con ello, las probabilidades de embarazo ectópico (Vichnin, 2008).

Finalmente, el hecho de tener antecedentes familiares de embarazo ectópico se clasifica como un factor de bajo riesgo. Aunque tener un familiar cercano con un historial de embarazo ectópico puede aumentar ligeramente las probabilidades de que una adolescente sufra la misma condición, el riesgo sigue siendo bajo en comparación con otros factores más determinantes como las infecciones de transmisión sexual o el tabaquismo. Según la investigación realizada por Vichnin (2008), este factor no tiene una relación causal directa y es más bien un indicio de predisposición genética, que debe ser evaluado junto con otros factores.

4.2.2.2 Análisis de la influencia de factores biológicos, como enfermedades inflamatorias pélvicas, cirugías previas, endometriosis, entre otros.

Los factores biológicos juegan un papel fundamental en el EE en adolescentes ya que afectan las trompas de Falopio, el útero y otros órganos reproductivos, por lo que, el riesgo de presentar embarazo ectópico es mayor.

Las enfermedades inflamatorias pélvicas son una de las principales causas biológicas que aumentan el riesgo de presentar EE. Éstas suelen ser provocadas por infecciones de transmisión sexual, tales como la clamidia o la gonorrea, afectando así a las trompas de Falopio, ovarios y útero. Según Yasin et al. (2022), la presencia de EIP en adolescentes altera la función normal de las trompas de Falopio, lo cual duplica el riesgo presentar EE.

Asimismo, según Stănică et al. (2021), las EIP no tratadas pueden ocasionar daño irreversible en las trompas de Falopio, lo cual incrementa el riesgo de complicaciones reproductivas a futuro.

Las cirugías previas representan un factor importante, ya que las adolescentes que han tenido cirugías reproductivas, tales como una salpingectomía o procedimientos de reparación en las trompas debido a infecciones, tienen un mayor riesgo de presentar EE. Esto se debe a que las cicatrices o adherencias resultantes de la cirugía pueden alterar la anatomía de las trompas de Falopio, dificultando el paso del óvulo fertilizado hacia el útero. Según Rodríguez (2023), la incidencia de EE es mayor en mujeres que han sido sometidas a cirugía en el aparato reproductivo en especial en las trompas de Falopio.

La endometriosis produce inflamación, cicatrización y adherencias en el tracto reproductivo, como consecuencia, puede alterar el entorno en el que ocurre la fecundación y el transporte del óvulo, incrementando así el riesgo de embarazo ectópico, Según un estudio de Vichnin (2008), las mujeres con endometriosis presentan un riesgo mayor de embarazo ectópico, en especial cuando se afecta las trompas de Falopio.

Asimismo, las adolescentes con síndrome de ovario poliquístico (SOP), presentan mayor riesgo de padecer embarazos ectópicos debido a la disfunción ovárica y la presencia de adherencias o cicatrices que se encuentran en las trompas de Falopio tal como lo menciona Yadav et al. (2016).

La obesidad también representa un factor biológico para el desarrollo del EE, debido a que afecta la función hormonal, lo que puede alterar la ovulación y la salud reproductiva en general. Las adolescentes que tienen esta condición presentan mayor riesgo de desarrollar trastornos reproductivos, como el SOP, además, la obesidad puede dificultar el diagnóstico temprano de complicaciones reproductivas debido a la dificultad para realizar un adecuado examen físico y ecografías (Yasin et al., 2022).

En relación con los factores genéticos, algunos estudios mencionan que las adolescentes que presentan antecedentes familiares de embarazo ectópico son más propensas a desarrollar esta complicación debido a factores genéticos que afectan la función de las trompas de Falopio. No obstante, dicha relación no está completamente establecida.

En definitiva, los factores biológicos como las enfermedades inflamatorias pélvicas, las cirugías previas, la endometriosis, los trastornos hormonales y la obesidad juegan un papel fundamental en el riesgo de embarazo ectópico en adolescentes debido a que pueden alterar la función reproductiva e incrementar la posibilidad de dicha patología.

4.2.2.3 Evaluación del impacto de factores socioeconómicos y conductuales, como acceso limitado a métodos anticonceptivos, educación sexual deficiente, tabaquismo y múltiples parejas sexuales.

Uno de los factores socioeconómicos que contribuyen en el aumento del EE, es el acceso limitado a métodos anticonceptivos, en especial, en zonas rurales y de bajos recursos. De acuerdo con el informe de Basantes (2024), la falta de acceso a anticonceptivos efectivos es una de las principales barreras para prevenir embarazos en adolescentes.

Por otro lado, la educación sexual deficiente representa un factor en el desarrollo de la patología. Debido a que las adolescentes no tienen información necesaria sobre métodos anticonceptivos, como consecuencia, existe un incremento en el riesgo de embarazos no planificados y complicaciones asociadas. Por su parte, Castañeda y Santa Cruz (2021) señalan que una educación sexual integral y accesible puede disminuir de manera significativa los embarazos no deseados y las complicaciones como el embarazo ectópico en adolescentes.

Asimismo, el tabaquismo es un comportamiento conductual que aumenta el riesgo de embarazo ectópico, ya que afecta la salud reproductiva de las adolescentes, alterando la función de las trompas de Falopio y reduciendo la capacidad del sistema reproductivo para funcionar de manera óptima. Según el estudio de Bermeo (2022), las adolescentes que son fumadoras activas tienen un riesgo mayor de presentar complicaciones como el embarazo ectópico.

El tener múltiples parejas sexuales también es considerado un factor de riesgo para presentar EE, debido a que se puede contraer infecciones de transmisión sexual, tales como la clamidia, que, a su vez, puede causar enfermedades inflamatorias pélvicas. Además, la falta de uso de métodos anticonceptivos de barrera, como los preservativos aumenta considerablemente el riesgo de ITS y, por ende, de embarazo ectópico. De acuerdo con Salazar et al. (2023), la prevalencia de embarazo ectópico es mayor en adolescentes con múltiples parejas sexuales, debido a la mayor exposición a infecciones de transmisión sexual.

Los factores socioeconómicos como la pobreza, la falta de educación y la falta de acceso a servicios de salud reproductiva aumentan las posibilidades de que las adolescentes no utilicen anticonceptivos de manera adecuada, por lo tanto, incrementa la incidencia de embarazos ectópicos. De acuerdo con Gómez et al. (2024) estos factores son fundamentales ya que aumentan el riesgo de embarazo ectópico en adolescentes, impidiendo un diagnóstico precoz y por ende un tratamiento oportuno.

A su vez, las jóvenes que presentan altos niveles de estrés debido a diversos factores pueden tomar decisiones sexuales impulsivas y no utilizar anticonceptivos de manera adecuada. Según la investigación de Chalaco (2022), el estrés social y económico en adolescentes impulsa el riesgo de embarazos no deseados y, en consecuencia, a un aumento de los embarazos ectópicos.

El miedo al estigma social relacionado con la sexualidad adolescente y el uso de anticonceptivos puede influir negativamente en las decisiones sobre salud reproductiva. En muchas culturas, la sexualidad adolescente es estigmatizada, lo que lleva a las jóvenes a evitar el uso de anticonceptivos y a no buscar atención médica cuando experimentan síntomas de embarazo ectópico. Este temor al juicio social puede llevar a las adolescentes a no utilizar anticonceptivos, lo que aumenta el riesgo de embarazo no deseado y, por ende, de complicaciones como el embarazo ectópico. La falta de apoyo social y familiar, junto con el miedo al estigma, pone a las adolescentes en una situación de vulnerabilidad reproductiva, según el informe de UNICEF Ecuador (2020).

El nivel educativo también está relacionado con el riesgo de embarazo ectópico en adolescentes, debido a que tienen menos conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, lo que conlleva al uso de anticonceptivos de manera inadecuada. De acuerdo con el informe de Basantes (2024), la educación sexual debe ser prioridad en escuelas y comunidades para disminuir el riesgo de embarazo ectópico, en especial en adolescentes de áreas rurales o marginadas.

Según Farren et al. (2020), el acceso oportuno a servicios médicos y anticonceptivos es fundamental para disminuir los riesgos de complicaciones en adolescentes y para fortalecer la salud reproductiva.

Los factores culturales también contribuyen en la prevención del embarazo ectópico en adolescentes, ya que, en algunas culturas, existen normas sociales y religiosas que restringen el acceso de las adolescentes a información sobre salud sexual y reproductiva. Esto conlleva a que los jóvenes no busquen atención médica ni utilicen anticonceptivos, lo que aumenta el riesgo de embarazos no deseados. Por tal motivo, es fundamental la implementación de programas de salud sexual y reproductiva que se adapten a las normas culturales, tal como lo sugiere la investigación de Estrella y Bustillos (2022).

El análisis realizado por Bermeo (2022), propone que los principales factores psicoemocionales que se presentan en embarazos no deseados en adolescentes corresponden al rechazo social y ausencia de apoyo tanto de la familia como de amigos cercanos

Para concluir, de acuerdo con la investigación de Chalaco (2022), resalta que el acceso a fuentes de información concretas y claras, educación sexual de calidad en escuelas especialmente en áreas rurales y el abastecimiento en unidades de atención de métodos anticonceptivos son consideradas como determinantes directos al momento de reducir la incidencia de EE en adolescentes. Por ello, resulta fundamental la implementación de leyes públicas acertadas que tengan como objetivo, este grupo poblacional.

4.2.2.4 Relación entre las técnicas de reproducción medicamente asistida y el incremento de la incidencia de embarazo ectópico en adolescentes.

Según la investigación de Menon et al. (2007), existen procedimientos que ocasionan una mayor predisposición al desarrollo de EE. La utilización de técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro han aumentado durante la última década y con ello, el riesgo de desarrollar esta patología junto con sus complicaciones.

Según Vichnin (2008), no existe una relación directa entre fecundación in vitro y el EE en adolescentes. Sin embargo, resalta que en una situación hipotética en el que una adolescente quiera acceder a métodos de reproducción asistida, el riesgo de implantación del embrión fuera de la cavidad uterina es considerablemente alta, principalmente porque aún no se han desarrollado sus órganos reproductivos, o a su vez, por la presencia de infecciones adherencias previas.

Además, los procedimientos de inseminación artificial y la fertilización in vitro pueden incrementar el riesgo de que se presente un embarazo ectópico en adolescentes, debido a que, estas técnicas comprometen la transferencia de múltiples embriones al útero, lo que aumenta las probabilidades de que alguno se implante en las trompas de Falopio. De acuerdo con Hong (2009) el aumento del número de embriones transferidos puede provocar embarazos múltiples, lo que, a su vez, incrementa el riesgo de que algunos de estos se implanten fuera del útero.

La estimulación ovárica también aumenta el riesgo de embarazo ectópico en adolescentes, lo que conlleva a que un óvulo fertilizado se implante en las trompas de Falopio. A su vez, produce graves complicaciones que pone en riesgo la vida de la madre. Según Yasin et al. (2022), la estimulación ovárica puede ocasionar embarazos ectópicos, en especial cuando se realizan transferencias múltiples.

Otro factor que agrava la relación entre las tecnologías de reproducción asistida y el embarazo ectópico en adolescentes es el incremento de la tasa de embarazos múltiples. Las adolescentes que se someten a tratamientos de fertilización, a menudo con el fin de aumentar las probabilidades de éxito, pueden quedar embarazadas de múltiples fetos. Esta situación aumenta las probabilidades de que alguno de los embriones se implante fuera del útero. Santpur y Santpur (2017) afirman que la incidencia de embarazo ectópico es particularmente alta en embarazos múltiples originados por tratamientos de fertilización in vitro debido a que

existe una mayor cantidad de embriones que se transportan y la probabilidad de implantación fuera de la cavidad endometrial.

Cabe mencionar que, las adolescentes que se someten a la fecundación in vitro o a técnicas de inseminación artificial pueden estar más expuestas a un mayor número de riesgos durante el embarazo, incluido el embarazo ectópico. Estas técnicas pueden producir cambios en la dinámica del tracto reproductivo que faciliten la implantación de un embrión fuera del útero. La falta de madurez de las trompas de Falopio en adolescentes puede contribuir a que estos tratamientos aumenten el riesgo de embarazo ectópico en comparación con mujeres adultas, como lo indican los estudios de Atta et al. (Atta et al., 2021).

4.2.3 Complicaciones Asociadas al Embarazo Ectópico en Adolescentes

4.2.3.1 Identificación de las principales complicaciones derivadas del embarazo ectópico: hemorragias, shock hipovolémico, sepsis, abdomen agudo, entre otros.

El embarazo ectópico produce complicaciones graves que ponen en riesgo la salud y la vida de la mujer, particularmente si no se diagnostican y tratan a tiempo. Dicho esto, una de las complicaciones más comunes y peligrosas que puede presentarse es la hemorragia interna, misma que ocurre cuando la trompa de Falopio se rompe. Esta ruptura provoca una pérdida masiva de sangre, lo que puede desencadenarse en shock hipovolémico. Según Menon et al. (2007) la hemorragia interna es la principal causa de muerte en casos de embarazo ectópico que no han sido tratados, y por ende, es la razón por la cual se requiere intervención quirúrgica inmediata para salvar la vida de la paciente.

El shock hipovolémico representa una complicación severa, esta ocurre por la pérdida considerable de sangre debido a la ruptura de las trompas uterinas o de otros órganos donde puede producirse el EE. Por lo tanto, esta es considerada una emergencia médica que requiere tratamiento inmediato, como medidas se mencionan la reposición con líquidos intravenosos y, en ocasiones, cirugía para frenar el sangrado. Un tratamiento inadecuado puede conducir a falla multiorgánica e incluso la muerte, por ello, su manejo es crucial para reducir la mortalidad de las pacientes Vichnin (2008).

La sepsis es considerada otra complicación de relevancia. Esta puede ocurrir si el EE ocasiona una ruptura en las trompas uterinas o de otros órganos del aparato reproductivo. Según Knight (2017), la sepsis se presenta por el diagnóstico tardío de EE, o por la implementación de tratamientos inadecuados que conlleven a una mayor probabilidad de muerte materna, por ello su prevención resulta fundamental.

El abdomen agudo es considerado otro síntoma relacionado con el EE, este ocurre cuando la trompa uterina se distiende o se rompe. Esta complicación requiere atención médica de manera urgente, ya que puede evidenciar la que se produjo la ruptura de la trompa y de este modo poner en riesgo la vida de la paciente Hong (2009).

La necrosis del tejido ovárico o tubárico es otra complicación que puede surgir como resultado de un embarazo ectópico no tratado. La interrupción del suministro sanguíneo a las trompas de Falopio o los ovarios puede provocar la muerte de las células en esos tejidos, lo que a su vez puede conducir a la pérdida de la capacidad reproductiva. Según Bouzari et al. (2019), la necrosis es una complicación grave que requiere tratamiento quirúrgico para remover el tejido muerto y evitar infecciones adicionales.

El daño psicológico también se considera una complicación después de un EE. Farren et al. (2020), mencionan que las mujeres pueden presentar sensaciones de ansiedad, depresión, estrés, dolor y miedo a la muerte. Por ello, se resalta la necesidad de apoyo psicológico después de padecer esta patología y, más aún, si la misma fue severa o causo infertilidad.

4.2.3.2 Evaluación de la tasa de mortalidad y morbilidad asociada a cada tipo de complicación.

Las complicaciones relacionadas con en EE ponen en peligro la vida de las mujeres si no se diagnostican y tratan de manera oportuna. Dentro de las más comunes se encuentran las hemorragias, choque hipovolémico, sepsis y abdomen agudo. Cabe mencionar que cada una representa una alta probabilidad de morbimortalidad que varía dependiendo de la severidad del caso y, el tratamiento emergente por parte del personal de salud. Según Di Gennaro (2022), la hemorragia es consideradas la responsable de más del 50% de las muertes maternas.

Por otra parte, el shock hipovolémico es una complicación derivada de la hemorragia interna, y su tasa de mortalidad se relaciona con la rapidez en que se detiene el sangrado. Es por ello que, en situaciones graves, el shock hipovolémico puede llevar a una insuficiencia orgánica múltiple si no se trata oportunamente. De acuerdo con Farren et al. (2020) la mortalidad asociada al shock hipovolémico es alta si no se recibe atención médica de emergencia, a su vez, la intervención oportuna puede reducir la tasa de mortalidad considerablemente. Por otra parte, la morbilidad también es significativa, ya que las mujeres que sobreviven al shock hipovolémico pueden presentar secuelas tales como insuficiencia renal y daño cardiovascular.

La sepsis es otra complicación importante en especial cuando la ruptura del embarazo provoca contaminación del abdomen con fluidos infecciosos. La tasa de mortalidad asociada a la sepsis es considerable, en especial en regiones donde los servicios de salud son limitados. Según Estrella y Bustillos (2022), la sepsis aumenta la morbilidad a largo plazo, ya que las mujeres que sobreviven experimentan secuelas tales como daño hepático, renal y del sistema nervioso central.

De acuerdo con Gómez et al. (2024), el dolor abdominal es otro síntoma que necesita detección y manejo inmediato. Se produce en primera instancia por la ruptura de la trompa

uterina y en segunda instancia por sangrado en la cavidad peritoneal. La probabilidad de mortalidad varía según el manejo quirúrgico que se realice por parte del personal de salud.

El daño psicológico es una complicación primordial que afecta a mujeres que atraviesan por un embarazo ectópico. La pérdida de un embarazo, en especial cuando pasa por complicaciones graves tales como la hemorragia o el shock, produce una alteración misma que desencadena estrés postraumático, ansiedad y depresión. De acuerdo con Farren et al. (2020) el impacto psicológico del embarazo ectópico interfiere con sus relaciones personales y su capacidad para tomar decisiones sobre la salud reproductiva en el futuro.

De acuerdo con el informe de Hu Liang et al. (2018), la probabilidad de mortalidad relacionada al EE es considerablemente alta en mujeres que no reciben atención médica oportuna. No obstante, se ha demostrado que, si se realiza el manejo quirúrgico de forma temprana y con todas las medidas de seguridad, el riesgo de muerte disminuye significativamente.

Es decir, las complicaciones asociadas al embarazo ectópico son diversas y graves, y las tasas de mortalidad y morbilidad se relacionan con la rapidez y la eficacia del tratamiento. Además, la intervención médica temprana es primordial para disminuir los riesgos de complicaciones graves y a su vez, mejorar el pronóstico a largo plazo para las mujeres.

4.2.3.3 Análisis de la influencia del diagnóstico tardío en la severidad de las complicaciones.

El diagnóstico tardío de un embarazo ectópico incrementa de manera significativa la gravedad de las complicaciones asociadas, por lo que las consecuencias pueden ser fatales, a su vez, puede llevar a complicaciones a largo plazo para la salud reproductiva y general de la mujer. Es por ello que, el diagnóstico oportuno permite una intervención más rápida y menos invasiva, por ende, reduce las posibilidades de presentar hemorragias graves, shock hipovolémico y otros efectos adversos. Según Menon et al. (2007), el retraso en el diagnóstico incrementa las probabilidades de que las complicaciones sean más severas, ya que, si no se diagnostica el embarazo ectópico, el mismo puede continuar su desarrollo y ocasionar rupturas graves de las trompas de Falopio.

La hemorragia interna es una de las principales complicaciones que puede ser potencialmente letal si no se diagnostica a tiempo ya que pueden sufrir una ruptura en las trompas de Falopio, lo que ocasiona un sangrado masivo. A su vez, puede desencadenar shock hipovolémico. Según Vichnin (2008), la posibilidad de que la hemorragia sea controlada de manera efectiva aumenta cuando se detecta un embarazo ectópico en etapas tempranas y por ende, disminuye el riesgo de complicaciones.

El shock hipovolémico asociado con un diagnóstico tardío puede ser mortal si no se trata oportunamente. El sangrado que ocurre debido a la ruptura de las trompas de Falopio puede desencadenar una caída en la presión arterial, que, si no se trata a tiempo, compromete la perfusión de órganos vitales y, por ende, causar daño irreversible. Según Yadav et al. (2016),

la mortalidad asociada a esta complicación es más significativa en mujeres cuyo embarazo ectópico no fue detectado a tiempo.

Otro factor que se ve afectado por un diagnóstico tardío es la sepsis, la cual puede diseminarse al torrente sanguíneo y a otros órganos, y poner en peligro la vida de la mujer. Debido a ello, el diagnóstico y tratamiento tempranos permiten controlar la infección antes de que se disemine, disminuyendo la mortalidad y la morbilidad asociada. De acuerdo a Farren et al. (2020) las mujeres con diagnóstico tardío de embarazo ectópico son más propensas a desarrollar sepsis, ya que el retraso en el tratamiento permite el progreso de la infección.

Por otro lado, el abdomen agudo también se ve aumentado por un diagnóstico tardío. Si no se realiza una intervención temprana, este puede evolucionar hacia una condición más grave, que requiera cirugía extensa. Según Santpur y Santpur (2017), la intervención temprana reduce la severidad del abdomen agudo, debido a que, las complicaciones se pueden controlar antes de que causen un daño mayor a los demás órganos.

Otra de las complicaciones es la infertilidad en la cual, la extirpación de una trompa de Falopio dañada puede reducir las posibilidades de concebir a futuro. La morbilidad es mayor cuando el diagnóstico se realiza de manera tardía, ya que las trompas de Falopio pueden quedar permanentemente dañadas. De acuerdo con Yasin et al. (2022), las mujeres que enfrentan un EE no diagnosticado a tiempo tienen mayor riesgo de sufrir daños en sus órganos reproductivos, lo que puede desencadenar infertilidad.

Además, las mujeres que enfrentan un embarazo ectópico avanzado experimentan mayores niveles de estrés y ansiedad debido a su situación peligrosa. De acuerdo con Farren et al. (2020) el estrés postraumático y la depresión están presentes con mayor frecuencia en mujeres que no reciben un diagnóstico temprano, ya que el sufrimiento físico y emocional aumenta cuando se presentan complicaciones graves que amenazan su vida.

Cuando el diagnóstico se realiza de manera tardía, la única alternativa en la mayoría de los casos es la cirugía, misma que aumenta el riesgo de daño a los órganos reproductivos y, en algunos casos, puede llevar a la necesidad de extirpar la trompa de Falopio. Además, según Bouzari et al. (2019), el diagnóstico tardío conlleva a un incremento en la morbilidad postoperatoria, debido a las complicaciones que pueden presentarse.

El riesgo de recurrencia de embarazos ectópicos es mayor para las mujeres que han tenido un diagnóstico tardío en su primer embarazo ectópico. El daño a las trompas de Falopio puede resultar en adherencias y cicatrices, lo que aumenta la probabilidad de que un embarazo ectópico ocurra nuevamente en el futuro. Santpur y Santpur (2017) mencionan que la recurrencia de embarazos ectópicos es más común en mujeres que no recibieron tratamiento temprano, lo que subraya la importancia de detectar y tratar rápidamente el primer episodio.

Gómez et al. (2024) mencionan que las mujeres que presentaron un diagnóstico tardío de EE afrontaron una menor calidad de vida producto de repercusiones en su estado físico y emocional, lo cual interfiere en su bienestar integral, esto pone en evidencia la importancia en la detección temprana.

En conclusión, el diagnóstico tardío de un EE conlleva a complicaciones más severas, y con ello, aumenta considerablemente las tasas de morbilidad y mortalidad. Las mujeres que no reciben atención médica oportuna son más susceptibles a padecer de hemorragias considerables, choque hipovolémico, sepsis e infertilidad permanente. Por lo tanto, un diagnóstico temprano resulta fundamental para reducir estos riesgos, complicaciones y mejorar el pronóstico de las pacientes

4.2.3.4 Impacto del embarazo ectópico en la salud emocional y psicológica de las adolescentes.

El embarazo ectópico en adolescentes tiene un impacto negativo en su salud emocional y psicológica. De igual manera, existen factores que agravan este cuadro tal como la edad, la inmadurez emocional y la falta de apoyo social. Según Vichnin (2008), las adolescentes pueden experimentar ansiedad, miedo y confusión, debido a que se enfrentan a una condición grave que compromete su vida y su fertilidad en el futuro

El estrés postraumático es una de las consecuencias emocionales más comunes después de un embarazo ectópico. Las adolescentes que atraviesan esta experiencia suelen revivir el trauma a través de flashbacks, pesadillas y ansiedad generalizada. Farren et al. (2020) resaltan que el impacto psicológico de un EE puede tener un impacto igual de severo como el de una pérdida gestacional.

El temor a la muerte es otra sensación frecuente en adolescentes que padecen de un EE. El diagnóstico tardío conlleva a la probabilidad de perder la vida si no se recibe atención médica apropiada. De este modo, las adolescentes pueden mostrar preocupación por su bienestar físico y el desconcierto de su futuro reproductivo

Por otro lado, la culpabilidad es un sentimiento habitual que afecta a muchas adolescentes después de un EE. Por lo general, suele estar relacionada con la sensación de haber fallado a sus familias, amigos o incluso a sí mismas, lo que ocasiona un proceso de autocrítica continua y reduciendo su autoestima.

El aislamiento social es otro impacto emocional que enfrentan las adolescentes después de un EE. Por consiguiente, este puede reagudizar los síntomas de ansiedad y depresión presentados previamente, ya que no cuentan con el apoyo emocional de su familia y amigos. Farren et al. (2020) destacan que el apoyo social resulta fundamental al momento de afrontar las dificultades emocionales después de un EE.

El trastorno de ansiedad generalizada puede presentarse en adolescentes después de un EE, pueden sentirse ansiosas sobre su salud futura, sobre sus relaciones y su capacidad para concebir a futuro. Por ende, afecta su calidad de vida y también dificultad su desarrollo en la escuela, en su vida privada y vida social. De acuerdo con Yadav et al. (2016), las adolescentes con EE tienen mayores probabilidades de desarrollar TAG debido al estrés extremo y la incertidumbre que conlleva la situación.

La depresión es otro impacto psicológico frecuentemente percibido en adolescentes que atraviesan un EE. Además, la pérdida gestacional, la preocupación por su bienestar físico y el impacto en su salud reproductiva representan factores que pueden inducir a un estado depresivo mayor. Farren et al. (2020) afirman que el diagnóstico temprano de la depresión resulta fundamental para evitar que los síntomas se agraven y de este modo afecte emocionalmente la calidad de vida de la adolescente

El estrés crónico es considerado una secuela emocional frecuente en adolescentes que han tenido un EE, debido a la constante preocupación por su salud física, las complicaciones como la pérdida de la trompa de falopio o daños en otros órganos reproductivos y su capacidad para concebir en el futuro. Es por ello que, el estrés crónico puede contribuir a la aparición de otros trastornos, tales como de salud mental, trastornos alimentarios, trastornos del sueño y disfunciones sociales.

Finalmente, el embarazo ectópico tiene un impacto considerable en la salud mental y psicológica de las adolescentes. De este modo, los diversos factores como depresión, ansiedad, estrés crónico y la pérdida de autoestima representan las secuelas que pueden estar presentes. Farren et al. (2020) enfatizan la importancia de un apoyo emocional adecuado y de la intervención temprana de personal especializado y de este modo prevenir desenlaces letales tanto a corto como a largo plazo.

4.3 Discusión

4.3.1 Comparación de Resultados con la Literatura Científica

4.3.1.1 Relación de los hallazgos con estudios previos, identificando similitudes y diferencias.

Chávez (2018) informa los factores de riesgo de embarazos ectópicos en mujeres Según un estudio realizado por Chávez (2018), informa que los factores de riesgo de embarazos ectópicos en mujeres atendidas en un hospital de Trujillo coinciden con los hallazgos de Zambrano (2023) y Ccorisoncco (2022), en donde se identificó factores de riesgo similares en ambos estudios. Dichos factores incluyen antecedentes de embarazos ectópicos previos, infecciones pélvicas previas, métodos anticonceptivos que se relacionan con un riesgo mayor.

En el estudio de Palacios y Patricia (2013), el análisis de los factores de riesgo de un EE presenta una variación con los hallazgos propuestos por Rojas (2024), quien se centró en EE tubáricos en pacientes anémicas. Cabe recalcar que, ambos estudios destacaron la importancia del diagnóstico temprano y el impacto de la calidad de salud como la anemia, frecuentes en adolescentes y que empeoran durante el embarazo.

En la investigación de Dueñas et al. (2023) sobre los factores desencadenantes del embarazo temprano en adolescentes menciona la predisposición de este grupo a presentar un EE. Adicionalmente, los factores socioculturales que influyen en el embarazo adolescente se alinean con los encontrados por Salcedo Escobar (2018), donde el acceso inadecuado a una atención médica de calidad y la falta de conocimiento en temas de salud sexual y reproductiva fueron definidas como las principales causas en el diagnóstico tardío y complicaciones que ocasionan en las adolescentes.

Al comparar los resultados acerca de la morbilidad relacionada al diagnóstico tardío, estudios como los de Pincay González (2021) y Espinoza Garita et al. (2021) coinciden en su evaluación en donde mencionan que es primordial mejorar la atención de salud de primera línea, así como los métodos diagnósticos y tratamientos oportunos, con el fin de reducir la mortalidad debido a diagnósticos tardíos.

Cabe mencionar que, la incidencia de EE en adolescentes es mayor en áreas rurales donde el acceso a fuentes de información es deficiente, así como la utilización de métodos de protección y anticonceptivos son casi nulos. El trabajo realizado por Mahajan et al. (2021), resaltan que, en países desarrollados, la incidencia es menor, ya que cuentan con mejores programas de educación, mejores métodos de prevención, mejor calidad en la atención, a diferencia de países en vías de desarrollo, donde todo lo mencionado es limitado.

Por último, el estudio realizado por Macanchí et al. (2023), destaca las complicaciones del embarazo temprano en adolescentes y la relación particular relacionada al EE. Cabe mencionar que sus hallazgos coinciden con los reportados por González y Barajas (2023), quienes enfatizan que la hemorragia y sepsis son las complicaciones más graves ante la ausencia de un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.

En conclusión, los estudios analizados brindan información relevante sobre los factores y las complicaciones de los EE, entre los cuales se destacan hallazgos compartidos y discrepantes, en gran medida influenciados por el acceso a la atención médica integral, la ubicación geográfica de las pacientes y los métodos diagnósticos de los sistemas de atención de salud involucrados. Por ende, estas comparaciones destacan la importancia de estrategias específicas para cada región con el objetivo de mejorar la detección temprana y el tratamiento de EE, especialmente en grupos vulnerables como las adolescentes.

4.3.1.2 Evaluación de las tendencias globales en comparación con los datos locales obtenidos.

La incidencia del EE en adolescentes difiere considerablemente entre regiones, la misma que, se encuentra influenciada por factores sociales y económicos, y el acceso a atención médica. A nivel mundial, la prevalencia de EE es del 1-2% de todos los embarazos, pero la incidencia en adolescentes es notablemente más alta en países en vías de desarrollo. Según Yasin et al. (2022), menciona que este incremento es resultado de la falta de atención prenatal temprana, detección tardía y complicaciones severas.

En las regiones de América Latina, por ejemplo, en Ecuador, la incidencia de EE en adolescentes se ve influenciada por una información deficiente con respecto a salud sexual, y por el limitado acceso a métodos anticonceptivos. Esto coincide con los hallazgos de Yasin et al. (2022), quienes mencionan la relación directa entre falta de acceso a servicios de salud reproductiva, así como la alta prevalencia de EE en adolescentes. Por lo tanto, esto refleja una deficiencia total en la salud pública del país

No obstante, en países desarrollados, como en Europa y América del Norte, las tasas de EE en adolescentes tienden a ser más bajas, lo que refleja una mayor eficiencia en las políticas públicas de salud implementadas, lo que sugiere un acceso universal a anticonceptivos y educación sexual integral (Hong, 2009). Sin embargo, en países como Ecuador, aún persisten tasas intermedias de EE en adolescentes debido a la falta de políticas públicas que promuevan la educación sexual, reproductiva y el acceso a servicios de salud principalmente en áreas rurales (Logroño et al., 2020).

En el ámbito global, la falta de educación sexual y el uso inadecuado de métodos anticonceptivos continúan siendo factores predisponentes al incremento de EE en adolescentes. Por esta razón, este problema se evidencia en mayor medida en regiones como África y Asia, donde estudios han reportado tasas de hasta 12-15 por cada 1,000 embarazos en adolescentes (Yadav et al., 2016).

A nivel mundial, se ha evidenciado una mayor incidencia de EE en adolescentes debido a diversos factores, tales como las infecciones de transmisión sexual, particularmente la clamidia y la gonorrea, que afectan las trompas de Falopio y contribuyen a la mayor incidencia de EE. Por otro lado, en Ecuador, este problema también es relevante, debido a que el aumento de ITS entre las adolescentes ha generado un incremento en los casos de EE, como se evidenció en el informe de la OMS (2019).

Finalmente, el análisis del estudio realizado por Logroño et al. (2020) y Yasin et al. (2022) muestran que, en Ecuador se encuentra con una incidencia intermedia con respecto al EE. Cabe mencionar que, se menciona un factor desencadenante de este problema, esta se produce por la falta de conocimiento con respecto a servicios de salud reproductiva y educación sexual. Por ello, se necesita trabajar en mejorar la prevención primaria a las adolescentes y mujeres en edad reproductiva.

4.3.1.3 Análisis de los enfoques metodológicos de otros estudios y su relevancia para la presente investigación.

El estudio realizado por Chávez (2018), adaptó un enfoque descriptivo y retrospectivo, donde analizó los factores de riesgo predisponentes al EE en mujeres que se atendieron en el Hospital Trujillo. Cabe mencionar que, identifica patrones de riesgo, como antecedentes EE previo, que son consistentes con los resultados obtenidos por Mahajan et al. (2021), quienes también destacan la importancia de antecedentes en una mayor incidencia de EE.

El estudio de Triviño et al. (2019), utilizó un enfoque metodológico, basado en la revisión de la literatura, este analizó los factores de riesgos biológicos, psicosociales y consecuencias del embarazo precoz en adolescentes. Este considera a la falta de educación sexual y reproductiva como una pieza importante en la incidencia de EE en adolescentes.

De la misma manera, Baque (2020) utilizó un enfoque descriptivo para evaluar los casos de EE complicado con shock hipovolémico, este analizó detalladamente los factores de riesgo y la prevalencia de EE en poblaciones vulnerables como las adolescentes. El mismo considera la importancia de una atención médica integral oportuna, así como la prevención de complicaciones graves de las pacientes.

En el estudio de los factores de riesgo en adolescentes, Castañeda y Santa Cruz (2021), utilizaron un enfoque cuantitativo que permitía evaluar la incidencia de EE entre adolescentes. Cabe recalcar que dentro de los factores de riesgo destaca el uso inadecuado de anticonceptivos. Este enfoque es similar al utilizado en la presente investigación, que se centra en la recopilación de datos estadísticos. Con lo cual, ambos estudios subrayan la relación entre el acceso a métodos anticonceptivos y la reducción de los EE en adolescentes.

El estudio de Bouzari et al. (2019), utilizó un enfoque transversal que le permitió identificar factores de riesgo del EE. Su metodología es importante ya que, nos permite comprender la prevalencia de factores de riesgo, como infecciones de transmisión sexual, que son comunes, y que se encuentran registrados tanto en estudios internacionales como en los datos locales obtenidos en Ecuador.

El estudio de Gómez et al. (2024), utilizó la revisión sistemática para comprender las complicaciones relacionadas al embarazo adolescente. También se revisó estudios de casos y registros presentes en hospitales de Ecuador, cuyo objetivo fue determinar las complicaciones más severas y como estas se relación con el EE en adolescentes.

Finalmente, el estudio efectuado por Estrella y Bustillos (2022), utilizó un enfoque metodológico que engloba estudio de campo como revisión bibliográfica sobre como la atención primaria del EE proporciona una detección oportuna y un tratamiento efectivo a las adolescentes. Por último, esta combinación de enfoques resultó crucial al momento de demostrar la eficacia en la identificación de factores de riesgo y recomendaciones para mejorar la atención de salud a adolescentes con EE.

4.3.2 Interpretación de los Resultados

4.3.2.1 Explicación de cómo los factores desencadenantes pueden influir en la aparición del embarazo ectópico en adolescentes.

Según los resultados de Menon et al. (2007), los agentes causales del EE en adolescentes incluyen infecciones previas, antecedentes de cirugía pélvica, así como de embarazo ectópico. Estos factores son fundamentales para entender cómo las adolescentes son más susceptibles a este tipo de complicaciones, a diferencia de las mujeres adultas. Por otra parte, las infecciones de transmisión sexual, son más comunes en adolescentes debido a la falta de métodos protectores como el uso de preservativos que pueden alterar la anatomía de las trompas de Falopio y aumentar el riesgo de EE.

De manera similar, Vichnin (2008) sostiene que los factores desencadenantes en adolescentes, como la falta de control prenatal adecuado y el inicio temprano de la actividad sexual, pueden aumentar significativamente el riesgo de embarazo ectópico. En su estudio, se destaca que la ausencia de seguimiento médico, combinado con el uso inconsistente de anticonceptivos, favorece la ocurrencia de embarazos ectópicos en este grupo etario, lo cual es coherente con los hallazgos locales obtenidos en esta investigación.

La investigación realizada por Bouzari et al. (2019), menciona como las complicaciones previas, entre ellas, infecciones pélvicas y enfermedades de transmisión sexual, representan factores fundamentales en la aparición de EE. En la población adolescente, los factores mencionados pueden tener una mayor repercusión debido a la exposición de riesgos relacionados con prácticas sexuales no protegidas ni seguras. Estos hallazgos conectan con los resultados obtenidos a nivel local, en el cual, las infecciones y la falta de educación sexual constituyen factores desencadenantes.

Yadav et al. (2016) establecen una relación fundamental en el desarrollo de EE en adolescentes, entre las condiciones previas de salud destacan la presencia de quistes ováricos, anomalías reproductivas, y el aumento en la incidencia de EE. Además, resaltan que las adolescentes sin un diagnóstico adecuado de estas condiciones, pueden enfrentar un riesgo y complicaciones más graves. Este factor causal es particularmente relevante en el contexto ecuatoriano, donde el acceso a servicios de salud especializados aún es limitado en algunas regiones, y especialmente en regiones rurales.

De acuerdo con los hallazgos presentados por Yasin et al. (2022), los antecedentes de procedimientos quirúrgicos pélvicos, constituyen un riesgo potencial de EE. En adolescentes, procesos como apendicitis o cesáreas previas pueden afectar las estructuras de los órganos reproductores femeninos, lo que predispone al desarrollo de EE.

El estudio de Stănică et al. (2021) establece la relación existente entre los factores genéticos y la aparición de EE. Además, resalta que ciertas condiciones hereditarias pueden predisponer a las adolescentes a este tipo de complicaciones. En el ámbito ecuatoriano, en

el que la información genética sobre salud reproductiva es reducida en la mayoría de los casos, representa un factor desencadenante que podría pasar desapercibido en la mayoría de los casos.

Para finalizar, Atta et al. (2021), plantean que el diagnóstico tardío representa el factor desencadenante que predispone en mayor medida a la aparición de complicaciones graves en EE. En adolescentes, la demora en la atención médica oportuna y de calidad puede ser debido a la falta de conocimiento, o al miedo de buscar ayuda debido al estigma social relacionado con el embarazo en jóvenes. De este modo, se evidencia la necesidad de mejorar los servicios de salud reproductiva y la educación sexual en las comunidades adolescentes para prevenir estos riesgos.

4.3.2.2 Discusión sobre la efectividad de las estrategias de prevención y diagnóstico temprano.

En base al análisis efectuado por Espinoza et al. (2021), la educación sexual y reproductiva en adolescentes y, en conjunto con el uso de métodos anticonceptivos, constituyen estrategias fundamentales para prevenir el EE. Por consiguiente, estas dos medidas implementadas en este estudio resaltan la eficacia al momento de implementarlas y la reducción de EE en varias poblaciones.

Según el estudio de Basantes (2024), en el contexto ecuatoriano, la incidencia de EE en adolescentes ha disminuido debido a la implementación de programas de salud sexual y salud reproductiva, un ejemplo de ello, la distribución de anticonceptivos de forma gratuita. Sin embargo, la desinformación y el desconocimiento continúan siendo una barrera que impide el control de esta patología en las mujeres, especialmente en áreas rurales.

Según los hallazgos reportados por Castañeda y Santa Cruz (2021), la atención médica temprana y de forma regular en servicios de salud para adolescentes son esenciales, ya que nos brindan un diagnóstico temprano y adecuado, reduciendo el riesgo de EE. Sin embargo, muchas adolescentes no buscan asistencia médica hasta que los síntomas y complicaciones afectan significativamente su bienestar y calidad de vida. Cabe recalcar que, la prevención primaria, radica en el uso de anticonceptivos, lo que resulta fundamental, ya que, existen aún límites que impiden acceder al sistema de salud y la desconfianza por los servicios que ofrecer a las adolescentes, por ello, es importante mejorarlos permitiendo una detección temprana e intervención oportuna.

Según el estudio realizado por Baque (2020), se menciona que el EE tubárico combinado con choque hipovolémico se ha convertido en una de las complicaciones más severas cuando el diagnóstico no se realiza de manera oportuna y precoz. Es por ello que, las estrategias de diagnóstico temprano, como la ecografía transvaginal y las pruebas de hCG, permiten identificar de manera eficaz los EE, pero estos deben aplicarse de forma meticulosa, especialmente en adolescentes con síntomas sugestivos de EE. Debido a ello, se ha

demostrado que estos procedimientos diagnósticos son efectivos en la reducción de la mortalidad y morbilidad asociada a esta complicación.

Según los hallazgos reportados por Mahajan et al. (2021), se señala que el antecedente de EE representa un factor de riesgo considerable en el momento de realizar el diagnóstico médico. Es por ello que, surge la necesidad de implementar estrategias de seguimiento de mujeres que han tenido un EE previo, con el propósito de prevenir recurrencias. A su vez, la adopción de métodos de planificación familiar, así como la utilización de dispositivos intrauterinos, ha demostrado constituir una estrategia eficaz en la prevención de EE en este grupo poblacional

El estudio de Farren et al. (2020) subraya la importancia de la atención psicológica en la prevención secundaria del embarazo ectópico, especialmente en mujeres adolescentes que han sufrido pérdidas gestacionales previas. El apoyo emocional y psicológico reduce el riesgo de ansiedad y depresión, que son factores que pueden influir en la falta de seguimiento médico adecuado. Por lo tanto, una estrategia integral que combine prevención, diagnóstico temprano y atención psicológica es esencial para la salud de las adolescentes.

Para terminar, los hallazgos de Estrella y Bustillos (2022), mencionan que, a pesar de disponer de herramientas diagnósticas avanzadas, tales como pruebas de sangre o de imagen como la ecografía, la tasa de detección temprano de EE sigue siendo baja en muchas áreas rurales de Ecuador. Existen diversos factores, entre ellos una infraestructura deficiente y una inadecuada formación de profesionales de salud conllevan a un diagnóstico tardío, lo que incrementa el riesgo de complicaciones y que ponen en peligro la vida de las pacientes. Por ello, es fundamental mejorar el acceso a estos servicios, educar a las adolescentes sobre métodos de prevención, anticonceptivos y el control periódico en unidades de atención médica.

4.3.2.3 Análisis del impacto del embarazo ectópico en adolescentes desde una perspectiva social, económica y de salud pública.

Se ha demostrado que el EE en adolescentes representa un problema para salud pública, ya que, trae consigo riesgos potenciales como el daño permanente a los órganos reproductivos, infertilidad e incluso poner en peligro la vida de las pacientes. Espinoza et al. (2021), señalan que las complicaciones de un EE mal diagnosticado puede conllevar a hemorragias severas, lo que incrementa significativamente la de mortalidad materna. Por ello, es fundamental la necesidad de implementar y mejorar los programas de salud reproductiva para adolescentes con el fin de reducir el impacto en la salud pública.

El análisis de Chalaco (2022) menciona que, en Ecuador el embarazo adolescente se ha relacionado directamente con un mayor índice de EE debido a la falta de educación sexual y acceso a métodos anticonceptivos. Sin embargo, las políticas de planificación familiar no siempre se transmiten con éxito a las adolescentes, lo que ocasiona un mayor número de embarazos no deseados. Este proceso tiene repercusiones sociales considerables, ya que

generan un ciclo de pobreza, abandono en su formación académica y la pérdida de oportunidades laborales, la cual repercute en su desarrollo económico y social.

Cuzco (2023) señala que una estrategia clave para mitigar el impacto del embarazo ectópico es la intervención temprana y el diagnóstico rápido. Sin embargo, muchas adolescentes no buscan atención médica hasta que los síntomas son graves, lo que complica la intervención. Esta demora en la atención no solo incrementa los riesgos para la salud, sino que también aumenta los costos para los sistemas de salud pública. La educación y la promoción de la consulta médica temprana son fundamentales para mejorar los resultados de salud y reducir la carga económica asociada a estos embarazos.

Según el estudio realizado por Hu Liang et al. (2018), resaltan que el EE tiene una mayor incidencia en las adolescentes que provienen de estratos socioeconómicos bajos, principalmente de áreas rurales. Algunos factores relacionados son la falta de acceso a atención médica integral y de calidad, y la falta de información sobre los riesgos de un embarazo temprano.

Finalmente, el informe de la OMS (2019), señala que una inadecuada planificación familiar, desconocimiento de métodos anticonceptivos, estigmas sociales y familiares, y la falta de promoción sobre estos temas están relacionados con el incremento en las tasas de embarazos no planificados y, por ende, con un incremento de los casos de EE. Por ello, es fundamental que los gobiernos realicen inversiones en políticas que aseguren el acceso a la educación sexual y a métodos anticonceptivos modernos para adolescentes.

4.3.3 Implicaciones Clínicas y Recomendaciones

4.3.3.1 Importancia del fortalecimiento en programas de salud sexual y acceso a métodos anticonceptivos.

La educación en ámbitos de salud sexual, así como la utilización de métodos anticonceptivos son medidas importantes que reducen considerablemente el riesgo de EE, especialmente en adolescentes. Según Zambrano (2023), las adolescentes que no reciben información eficaz y comprensible con respecto a educación sexual y reproductiva de manera presentan un riesgo mayor de enfrentar embarazos no deseados. Por ello, surge de manera urgente la necesidad de ejecutar programas educativos en el ámbito escolar que propicien el uso adecuado de métodos anticonceptivos y que promuevan la comprensión de los diversos riesgos relacionados con la salud reproductiva y el EE en las adolescentes.

Se ha demostrado que la promoción de programas de salud sexual en adolescentes en etapa escolar es importante para evitar embarazos no deseados, incluido embarazos ectópicos. Por su parte, Palacios y Patricia (2013) mencionan que una educación sexual integral puede brindar a las adolescentes la información necesaria para tomar decisiones claras acerca de su salud reproductiva. Dichos programas deben abordar también el consentimiento, las

relaciones sexuales seguras y el entendimiento de los riesgos asociados a distintos métodos anticonceptivos.

Rojas (2024), señala que, uno de los principales factores de EE en adolescentes son las diferencias culturales y estigmas alrededor de la sexualidad. Esto ocasiona que, las adolescentes reciban una educación eficiente con respecto a métodos anticonceptivos. Por ello, es importante la creación e implementación de programas que sean inclusivos para todas las mujeres y que, a su vez, respete sus creencias, de este modo se promovería el uso de anticonceptivos y reduciría el número de embarazos no deseados.

Los adolescentes que no tengan la información suficiente o el acceso adecuado a métodos anticonceptivos tienen mayor riesgo de presentar complicaciones durante el embarazo, por lo cual es importante fortalecer las políticas de salud pública que abarquen educación sexual integral y servicios de salud accesibles. Por su parte, Castañeda y Santa Cruz (2021) mencionan que, existe una falta de enfoque en la educación y ejecución efectiva de programas que brinden información confiable acerca de anticonceptivos a los adolescentes.

Finalmente, como indica la OMS (2019), la falta de estos derechos incrementa las tasas de embarazos no deseados y, por ende, a un aumento en los embarazos ectópicos.

4.3.3.2 Importancia del entrenamiento del personal de salud para el diagnóstico temprano y manejo adecuado de casos.

Menon et al. (2007), menciona que el EE en adolescentes puede ser prevenido considerablemente. Enfatiza en una educación acertada por parte del personal de salud sobre los principales signos y síntomas presentes en esta patología y debido a ello, como las mujeres pueden identificar estos signos de alarma, buscar atención médica temprana, recibir un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado. De este modo, reducir el número de complicaciones que puede traer consigo el EE.

Knight (2017) indica que la prevención y el manejo de los embarazos ectópicos son deficientes en varias instituciones de salud, debido a la falta de protocolos específicos de tratamiento para las adolescentes. Es por ello que, la implementación de programas de entrenamiento y de actualización médica es fundamental para mejorar los resultados en salud pública.

Por otro lado, el conocer acerca de los factores de riesgo y la adecuada interpretación de los signos clínicos son primordiales para un diagnóstico efectivo. Según Hong (2009), un personal de salud bien entrenado es capaz de identificar de manera rápida los factores de riesgo del embarazo ectópico, lo cual permitirá intervenir a tiempo y evitar así complicaciones graves en las adolescentes.

Los entrenamientos deben englobar el uso adecuado de tecnologías diagnósticas, tales como ecografías y pruebas de sangre. Según Bouzari et al. (2019) sugieren que las nuevas

tecnologías mejoran el diagnóstico de embarazos ectópicos, si los profesionales de salud se encuentran capacitados para emplearlas de manera efectiva.

Por su parte, Yadav et al. (2016) argumentan que la colaboración entre ginecólogos, médicos de familia, y enfermeras mejora la capacidad para reconocer los síntomas y actuar rápidamente, lo cual facilita la creación de planes de tratamiento.

La capacitación sobre los riesgos psicológicos también es fundamental en el manejo de casos de embarazo ectópico, ya que, según un estudio realizado por Stănică et al. (2021) mencionan que el personal médico debe estar preparado para brindar el apoyo adecuado.

Finalmente, una formación adecuada también mejora la capacidad del personal de salud para educar a las adolescentes acerca de los riesgos del embarazo ectópico y la importancia de buscar atención médica oportuna. De acuerdo con Arias y Covinos (2021), la prevención radica en una educación adecuada en temas de sexualidad y reproducción, la cual debe ser brindada por profesionales capacitados, esta será clave al momento de disminuir la incidencia de EE, en especial en adolescentes que desconocen acerca de la información sobre su salud reproductiva.

4.3.3.3 Estrategias para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas al embarazo ectópico en adolescentes.

De acuerdo con Basantes (2024), una de las bases fundamentales para prevenir el EE en adolescentes resulta de la educación sobre salud sexual en edades tempranas, y acceso a métodos de protección y anticoncepción, lo que, disminuirá el número de embarazos no deseados y con ello, el riesgo de EE en las mujeres y adolescentes.

De acuerdo con Chalaco (2022), en Ecuador, la falta de educación sobre los riesgos del embarazo ectópico y la prevención es un problema importante. Es por ello que, las políticas públicas se deben enfocar en mejorar la educación sexual en las escuelas, así como en las comunidades, para concientizar a las adolescentes acerca de los peligros de un embarazo temprano y la importancia de la prevención por medio del uso adecuado de métodos anticonceptivos.

Además, la capacitación de los profesionales de salud es indispensable. Cuzco (2023) resalta que los trabajadores de la salud deben recibir entrenamiento constante sobre la detección temprana de los síntomas del embarazo ectópico y su manejo. Dicho entrenamiento puede ser fundamental para disminuir las complicaciones que puede conllevar a muerte materna en caso de no detectarse a tiempo.

Estrella y Bustillos (2022) proponen que la prevención primaria a través del uso adecuado de métodos anticonceptivos, en conjunto con el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, puede reducir de manera significativa la tasa de morbilidad y mortalidad asociadas

al embarazo ectópico. Para lo cual, es primordial implementar estrategias de divulgación a nivel comunitario.

Por otra parte, la promoción de políticas públicas que incluyan la prevención del EE, deben estar relacionadas en el ámbito educativo, salud sexual y atención médica de calidad, la cual es crucial para disminuir la mortalidad. Según Gómez et al. (2024) mencionan que, las altas tasas de embarazo ectópico se deben a la falta de información y recursos en varias regiones rurales y urbanas marginadas.

El análisis de González y Barajas (2023), se fundamenta en la promoción de programas sobre salud sexual y reproductiva destinada a las adolescentes. Además de brindar atención médica de calidad de forma gratuita, con el objetivo de prevenir el EE en este grupo poblacional.

Finalmente, el trabajo colectivo entre los diferentes sectores de la comunidad, entre ellos unidades educativas, centros de salud, personal capacitado en el ámbito psicológico y la comunidad son esenciales para reducir la incidencia de EE en adolescentes y con ello la morbimortalidad que puede presentarse.

5. CAPÍTULO V. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Se identificó los factores desencadenantes y complicaciones asociadas al EE en adolescentes, los cuales constituyen un problema de salud pública que requiere un abordaje multidisciplinario para su prevención y manejo adecuado. La identificación de sus factores desencadenantes y la comprensión de sus complicaciones permiten generar estrategias de intervención oportunas, tanto en el ámbito médico como en el educativo. De igual manera, el acceso a servicios de educación sexual y salud reproductiva cumplen un rol esencial en el descenso de su incidencia y en el mejoramiento del pronóstico de las pacientes. Por tal motivo, resulta fundamental la implementación de nuevas políticas de salud pública que fomenten la detección temprana, tratamiento eficaz y prevención, mejorando la calidad de vida y disminuyendo las complicaciones.
- Se determinó que, la prevalencia del EE en adolescentes es distinta, ya que, esta varía de acuerdo con factores geográficos, sociales, económicos y del acceso a servicios de salud reproductiva que presenten las adolescentes o mujeres en edad reproductiva. En países desarrollados, donde existe educación sexual de calidad y disponibilidad de métodos anticonceptivos, la incidencia es baja. Por otro lado, en países en desarrollo, la falta de educación integral, limitada planificación familiar y deficiencia en la atención médica favorecen el aumento en la frecuencia de esta condición.
- Se estableció los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de EE en adolescentes. Dentro de los cuales, se destacan personas con antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, utilización de DIU, procedimientos quirúrgicos previos, consumo de tabaco y el uso de técnicas de fecundación asistida. De igual forma, la edad constituye un riesgo adicional, por prácticas sexuales sin protección y la no utilización de métodos anticonceptivos. Por este motivo, el reconocimiento temprano de estos factores permite ejecutar estrategias preventivas que disminuyan la incidencia y mejoren la calidad de vida de las adolescentes.
- Se describió que las complicaciones derivadas del embarazo ectópico pueden ser graves y, en algunos casos, mortales. Entre las más relevantes, se encuentran la hemorragia severa, el shock hipovolémico, la sepsis y el daño a los órganos reproductivos, lo que puede comprometer la fertilidad futura. Además, no solo se presentan riesgos físicos, sino que el impacto emocional en las adolescentes es significativo, con altos niveles de estrés postraumático, ansiedad y depresión posteriores al diagnóstico. La falta de un diagnóstico oportuno no solo aumenta la posibilidad de que estas complicaciones se agraven, sino que también incrementa la necesidad de procedimientos quirúrgicos de emergencia, lo que afecta directamente la calidad de vida de las pacientes. En este sentido, mejorar la detección temprana y

fortalecer las intervenciones médicas y educativas resulta imprescindible para reducir los riesgos asociados y garantizar un abordaje integral de la problemática.

5.2 Recomendaciones

- Debido a que el EE en adolescentes representa un problema de salud pública, resulta fundamental diseñar políticas intersectoriales que involucren diversos ámbitos, entre ellos de salud, educación sexual integral desde edades tempranas y bienestar psicosocial. La integración de estos sectores permitirá la creación de estrategias de atención, seguimiento y prevención que aseguren una mejor calidad de vida para las adolescentes afectadas. De igual forma, la realización de estudios epidemiológicos continuos facilitará la actualización de las estrategias de intervención y la adaptación de los sistemas de salud a las necesidades reales de esta población.
- Con la intención de abordar de manera integral el problema del EE en adolescentes, resulta importante fortalecer los programas de sobre salud sexual y reproductiva en instituciones educativas, especialmente de áreas rurales. Es por ello que, se debe brindar información concisa y clara a las adolescentes y mujeres en edad reproductiva, además del acceso equitativo a métodos anticonceptivos y, a su vez, la atención médica de forma periódica. De esta forma, se previene embarazos no deseados y peor aún EE en adolescentes. Por otro lado, se debe informar sobre el reconocimiento temprano de síntomas, lo que favorecería a reducir diagnósticos tardíos y sus complicaciones.
- Se recomienda la implementación de tamizajes periódicos en adolescentes con vida sexual activa dado que los factores de riesgo del embarazo ectópico incluyen antecedentes de infecciones de transmisión sexual, cirugías previas y uso de anticonceptivos inadecuados. Esto facilitaría la identificación de poblaciones de alto riesgo y permitiría una intervención médica oportuna. Además, los servicios de salud deben garantizar la disponibilidad de métodos anticonceptivos adecuados para esta población, asegurando que sean accesibles y adaptados a sus necesidades.
- Finalmente, con el objetivo de reducir las complicaciones severas del embarazo ectópico, resulta imprescindible capacitar al personal médico en el diagnóstico temprano y oportuno de esta patología, el mismo que permite implementar un tratamiento menos invasivo y reduce el riesgo de hemorragias severas, shock hipovolémico e infertilidad. De igual manera, la ejecución de protocolos de atención de emergencia en hospitales y unidades de atención primaria contribuiría a una respuesta más eficiente frente a casos críticos, disminuyendo la morbilidad en adolescentes.

6. CAPÍTULO VI. PROPUESTA

- El embarazo ectópico en adolescentes representa un problema de salud pública que requiere una intervención integral. A lo largo del análisis de la literatura, se ha evidenciado que el limitado acceso a información referente a salud sexual y reproductiva, el desconocimiento de los métodos anticonceptivos y la falta de atención con respecto a servicios médicos especializados aumentan significativamente el riesgo de esta condición. Por ello, es necesario implementar estrategias educativas que garanticen la difusión de conocimientos en adolescentes, con el fin de reducir la incidencia del embarazo ectópico y sus complicaciones.
- De igual manera, la preparación del personal de salud en el diagnóstico y tratamiento del EE es crucial para mejorar el pronóstico de las pacientes. Debido a que, muchos casos no son diagnosticados a tiempo debido a la variación en los síntomas, lo que aumenta el riesgo de ruptura tubárica y complicaciones severas. La formación en el manejo de herramientas diagnósticas, así como en protocolos de tratamiento médico y quirúrgico, mejoraría la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a esta condición.
- El impacto emocional del embarazo ectópico en adolescentes también debe ser considerado dentro de la propuesta de intervención. Las adolescentes que atraviesan esta experiencia suelen presentar ansiedad, depresión y estrés postraumático debido a la pérdida gestacional y al miedo a futuras complicaciones reproductivas. Por ello, se recomienda la implementación de programas de apoyo psicológico dirigidas por profesionales especializados en salud mental y atención adolescente.
- Del mismo modo, es esencial el trabajo intersectorial entre el sistema de salud, el sector educativo y las organizaciones comunitarias con el fin de abordar el EE de manera integral. El trabajo en conjunto permitiría diseñar políticas públicas eficientes, favoreciendo la implementación de programas de educación sexual y reproductiva en las escuelas, y el acceso a servicios de salud de calidad para la población adolescente.
- El uso de tecnología en salud también puede ser una herramienta clave en la prevención y detección del embarazo ectópico. El desarrollo de aplicaciones móviles y plataformas digitales que brinden información sobre salud reproductiva, asesoría médica en línea y recordatorios para controles ginecológicos podría facilitar el acceso de las adolescentes a la información y mejorar la adherencia a tratamientos preventivos.
- Por otra parte, se recomienda fortalecer la legislación relacionada con la salud sexual y reproductiva especialmente en adolescentes, de este modo, se asegura que tengan acceso a servicios de salud sin restricciones y sin discriminación. Resulta

fundamental que existan leyes que protejan la confidencialidad y el valor a los derechos sexuales y reproductivos, permitiendo que las adolescentes puedan acceder a atención médica integral sin impedimentos de índole social o legal.

- La educación a familias sobre temas de salud sexual y reproductiva es otro pilar esencial en la prevención del EE. Se ha constatado que, muchos casos ocurren en adolescentes que no han recibido información adecuada en casa, lo que destaca la importancia de programas comunitarios que involucren a padres y cuidadores en el ámbito de educación sexual. La promoción de espacios de diálogo y orientación familiar fomentará la toma de decisiones informadas por parte de los adolescentes.
- Finalmente, el fomento de la investigación científica sobre el EE en adolescentes resulta fundamental para continuar con la creación de nuevas estrategias sobre prevención, método diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Cabe recalcar que, el desarrollo de estudios sobre nuevos procedimientos médicos y quirúrgicos, así como la evaluación de programas de educación sexual y salud reproductiva, permitiría tener un mayor conocimiento, mejorar las intervenciones y reducir la incidencia del EE.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Arias, J., y Covinos, M. (2021). Diseño y metodología de la investigación. (E. C. EIRL, Ed.) https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias_S2.pdf
2. Atta, N., Aram, F., Naseri, N., y Sahak, M. (2021). Risk factors for ectopic pregnancy: A multi-center case control study. <https://doi.org/https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-136639/v1>
3. Baque, J. (2020). EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO COMPLICADO CON SHOCK HIPOVOLEMICO . (U. T. BABAHOYO, Ed.) <https://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8380/E-UTB-FCS-OBST000227.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Basantes, X. (19 de agosto de 2024). Embarazo adolescente y tasa de natalidad caen en Ecuador. (Youtopia, Ed.) *Youtopia*. <https://youtopiaecuador.com/embarazo-adolescente-madres-solteras-ecuador-tasa-fecundidad-estadisticas/>
5. Bermeo, P. (2022). Estudio sobre preferencias y/o percepciones en el uso de métodos anticonceptivos modernos (MAC) entre adolescentes, hombres y mujeres, de 10 a 19 años. (M. d. Pública, Ed.) <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/01/Estudio-preferencias-percepciones-MAC-adolescentes.pdf>
6. Bouzari, Z., Yazdani, S., Alizadeh, M., Ghanbarpour, A., Bijani, A., y Lakaei-andy, F. (2019). The risk factors for ectopic pregnancy. . *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 21, 166-173.
7. Castañeda, J., y Santa Cruz, H. (2021). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. (E. Global, Ed.) <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.438711>
8. Ccorisoncco, F. (2022). Factores epidemiológicos de riesgo en el embarazo ectópico en mujeres atendidas en el Hospital Vitarte 2020–2021. *repositorio.unfv.edu.pe*. <https://doi.org/https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6286>
9. Chalaco, S. (2022). Caracterización epidemiológica del embarazo en la adolescencia en el Ecuador período 1990-2020. (UIDE, Ed.) <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/6401/1/UIDE-Q-TMSP-2023-18.pdf>
10. Chávez Domínguez, A. (2018). Factores de riesgo asociados a Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016. *repositorio.ucv.edu.pe*. <https://doi.org/https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/29158>
11. Cuzco, P. (2023). Intervenciones de enfermería en pacientes con embarazo ectópico. (U. C. Cuenca, Ed.) <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/16495>
12. Di Gennaro, D., Damiani, G., Muzzupapa, G., Stomati, M., Cicinelli, M., Schonauer, L., . . . Trojano, G. (2022). Ectopic Pregnancy: An Overview. (C. E. Gynecol, Ed.) <https://doi.org/https://doi.org/10.31083/j.ceog4912262>
13. Dueñas, W., Muñoz, M., y Parrales, I. (2023). Factores desencadenantes de embarazo precoz en adolescentes de Latinoamérica. . *MQRInvestigar*, 7(1), 390-410. <https://doi.org/http://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/173>

14. Espinoza, S., Garnier, J., y Pizarro, G. (2021). Generalidades del embarazo ectópico. (R. M. Sinergia, Ed.) 6. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8860165>
15. Estrella, P., y Bustillos, M. (2022). Actualización del embarazo ectópico para atención primaria de salud. (ATENEO, Ed.) <https://colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/232>
16. Farren, J., Jalmbrant, M., Falconieri, N., Wynants, L., Timmerman, D., y Bourne, T. (2020). Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. (Psicosom.psiquiatric, Ed.) <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.10.102>
17. Gómez, D., Armijos, M., y Sarango, J. (2024). Complicaciones maternas en el embarazo adolescente: una revisión sistemática de alcance. (U. N. Loja, Ed.) <https://doi.org/https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/30856>
18. González, E., y Barajas, A. (2023). PICO: Eje central de la Enfermería Basada en la Evidencia y su Relación con el Método Científico. (C. H. Huejutla, Ed.) <https://doi.org/https://doi.org/10.29057/esh.v11i21.10182>
19. González, M. (2023). Aprendizaje basado en problemas en pediatría. (UIBrepositori, Ed.) <https://repositori.uib.es/xmlui/handle/11201/162812>
20. Hong, X. (2009). Risk factors for ectopic pregnancy. . *Journal of International Obstetrics and Gynecology*.
21. Hu Liang, H., Sandoval, J., Hernández, A., y Vargas, J. (2018). Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. (R. C. HSID, Ed.) <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>
22. Karen, D., Delgadillo, M., Pardo, A., y Roque, E. (2012). Embarazo Ectópico Cornual: Reporte de un Caso. (R. C. Médica, Ed.) <https://www.redalyc.org/pdf/4260/426041224010.pdf>
23. Knight, M. (2017). Preventing ectopic pregnancy and its complications - What next? . *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 31(1), 11-13. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ppe.12334>
24. La Hora. (2024 de octubre de 2024). El Código de la Salud garantiza el acceso de métodos anticonceptivos, en el sistema educativo hay cerca de 400.000 madres adolescentes. *Diario La Hora*. https://www.lahora.com.ec/pais/codigo-salud-acceso-metodos-anticonceptivos-sistema-educativo-madres-adolescentes/#google_vignette
25. Logroño, D., Ramírez, J., y Campoverde, A. (2020). Prevalencia de embarazo ectópico en el Hospital Carlos Andrade Marín, 2017 a 2019. (H. Metropolitano, Ed.) <https://doi.org/https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol28/1/2020/20-24>
26. Macanchí, A., Carrión, M., y Sanabria, C. (2023). Factores asociados a hemorragias durante el primer y segundo trimestre del embarazo en pacientes de edades extremas. . *Pol. Con. (Edición núm. 85) Vol. 8, No 8, pp. 331-344*. <https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9152376.pdf>
27. Machado, J. (13 de julio de 2023). Más de 53.000 niñas y adolescentes embarazadas en Ecuador en 2022. *Primicias* . <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/embarazos-ninas-adolescentes-ecuador-informe/>

28. Mahajan, N., Raina, R., y Sharma, P. (2021). Factores de riesgo para el embarazo ectópico: un estudio de casos y controles en hospitales de atención terciaria de Jammu y Cachemira. . *Iberoamerican Journal of Medicine*, 3(4), 293-299. <https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8247637&>
29. Manosalvas, M., Guerra, K., y Huitrado, C. (2022). Cambios en la prevención del embarazo adolescente en Ecuador. (R. m. sociología, Ed.) <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2022.3.60322>
30. Martínez, N., Bravo, D., Suárez, H., Cuadrado, E., y Velásquez, G. (2023). Diagnóstico y manejo del embarazo ectópico: revisión de la literatura. (J. o. Health, Ed.) <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/159>
31. Menon, S., Sammel, M., Vichnin, M., y Barnhart, K. (2007). Risk factors for ectopic pregnancy: A comparison between adults and adolescent women. . *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20(3), 181-185. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/J.JPAG.2007.01.007>
32. Mohammed, Z., Afnan, A., Asaiel, M., Abdulmohsen, S., Aliya, N., y Kalthoom, A. (2019). Ectopic Pregnancy Diagnosis and Management Approach: Literature Review. (A. o. Practice, Ed.) <https://archivepp.com/article/ectopic-pregnancy-diagnosis-and-management-approach-literature-review>
33. OMS. (25 de octubre de 2019). Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar. OMS. <https://dev-cms.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>
34. Palacios, T., y Patricia, L. (2013). Factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del hospital provincial docente ambato período julio 2011-julio 2012. *repositorio.uta.edu.ec*. <https://doi.org/https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/3643>
35. Pincay, E. (2021). Aplicación del proceso enfermero en usuaria con embarazo ectópico tubárico. Hospital Básico Rafael Serrano López La Libertad 2020. *repositorio.upse.edu.ec*. <https://doi.org/https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/5764>
36. Rethlefsen, M., Siw, S., Ayala, A., Moher, D., Page, M., y Koffel, J. (2021). PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. (Systematic Reviews, Ed.) <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13643-020-01542-z>
37. Rivera, C., Pomés, C., Díaz, V., Espinoza, P., y Zamboni, M. (2020). Actualización del enfrentamiento y manejo de localizaciones poco frecuentes del embarazo ectópico. (R. c. ginecología, Ed.) <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v85n6/0717-7526-rchog-85-06-0709.pdf>
38. Rodríguez, R. (2023). Panorama del embarazo ectópico en la provincia de Camaguey. (P. C. Salud, Ed.) <https://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/1604>

39. Rojas, B. (2024). Embarazo ectópico tubárico en gestante anémica atendida en establecimiento de salud Nivel II, 2021. *repositorio.ujcm.edu.pe*. <https://doi.org/http://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/2753>
40. Salazar, D., Aulestia, S., y Iñiguez, K. (2023). Embarazo ectópico abdominal a propósito de un caso. (R. C. PENTACIENCIAS, Ed.) <https://www.editorialalema.org/index.php/pentacencias/article/view/460/720>
41. Salcedo, V. (2018). Factores epidemiológicos y su incidencia asociados a Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” Julio 2013–Junio 2017. *repositorio.unfv.edu.pe*. <https://doi.org/https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/2418>
42. Salinas, V., Cadena, G., Tubón, J., y Solis, M. (2020). Factores de riesgo en el embarazo ectópico cornual. (M. UTA, Ed.) <https://doi.org/https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v4i2.340.2020>
43. Santpur, M., y Santpur, U. (2017). The study of risk factors and clinical presentation in ectopic pregnancy: An observational study.
44. Senarath, S., Ades, A., y Nanayakkara, P. (2020). Ovarian cysts in pregnancy: a narrative review. (a. y. Revista Universitaria con proyección científica, Ed.) <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/01443615.2020.1734781>
45. Stănică, C., Pharmacy, B., Neacșu, A., Sima, R., y Ioan, R. (2021). The role of risk factors in the incidence and recurrence of ectopic pregnancy. . *Romanian Medical Journal*. <https://doi.org/https://doi.org/10.37897/rmj.2021.1.15>
46. Triviño, C., Acosta, F., y Veintimilla, J. (2019). Embarazo precoz: riesgos, consecuencias y prevención. . *Dominio de las Ciencias*, 5(2), 554-571. <https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7343700.pdf>
47. Unicef. (2020). ¿Qué es la adolescencia? *Unicef Uruguay* . <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-la-adolescencia>
48. UNICEF Ecuador. (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Ecuador. (M. d. Pública, Ed.) <https://ecuador.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-ecuador%E2%80%9D>
49. Vichnin, M. (2008). Ectopic pregnancy in adolescents. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 20, 475–478. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/GCO.0b013e32830d0ce1>
50. Vintimilla, F., Vallin, M., y Zapata, J. (2020). Complicaciones del embarazo ectópico no accidentado Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2019. (U. N. Chimborazo, Ed.) <https://doi.org/http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6828>
51. Yadav, D., Bhati, I., y Bhati, B. (2016). Ectopic pregnancy: A comprehensive analysis of risk factors and management. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 5, 2723-2727. <https://doi.org/https://doi.org/10.18203/2320-1770.IJRCOG20162655>
52. Yasin, A., Baig, A., Khan, A., Afzal, M., Aziz, U., y Rasul, S. (2022). Ectopic Pregnancy Associated Risk Factors and Complications Latest Insight from Arif Memorial Teaching Hospital. . *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*. <https://doi.org/https://doi.org/10.53350/pjmhs22164171>

53. Zambrano, V. (2023). Factores asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el departamento de gineco-obstetricia, Complejo Hospitalario Luis Nicasio Sáenz 2021. *repositorio.upsjb.edu.pe*.
<https://doi.org/https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/5017>