



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO

EMBARAZO ECTÓPICO EN ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE
QUIQUIJANA CUSCO 2024

PRESENTADO POR:

TANIA MONTESINOS TITO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

JULIACA – PERÚ

2025



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

TRABAJO ACADÉMICO

EMBARAZO ECTÓPICO EN ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE
QUIQUIJANA CUSCO 2024

PRESENTADO POR:

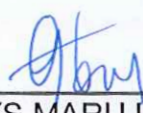
TANIA MONTESINOS TITO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

APROBADO POR:

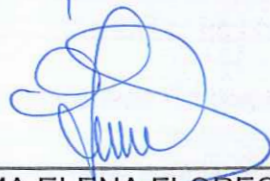
PRESIDENTE

:


Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

PRIMER MIEMBRO

:


Dra. NORMA ELENA FLORES VIZA

SEGUNDO MIEMBRO

:


Dr. CARLOS ADOLFO LUJAN URVIOLA

ASESOR

:

Dr. ARNALDO YANA TORRES

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

:

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - SEG04



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 107 - 2025-D-SEP-EPG-UANCV/J

Juliaca, 04 de diciembre del 2025

VISTOS:

El expediente N° 2025-C-5016, presentado por el (la) Egresado (a), MONTESINOS TITO TANIA, quien solicita nominación de jurados, Fecha y hora de sustentación del Trabajo Académico, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de la Sede Central Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el (a) Egresado (a), MONTESINOS TITO TANIA con DNI. 25328610, con número de matrícula 1710800016, ha solicitado asignación de jurados, Fecha y hora de sustentación del Trabajo Académico titulada: EMBARAZO ECTÓPICO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE QUIQUIJANA CUSCO 2024 para optar el TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez";

Que, de conformidad con lo previsto en el artículo 18° del Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, Comité de investigación;

Que, mediante Resolución Directoral N° 028-2025-SEP-EPG/UANCV SE APRUEBA Y AUTORIZA LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN (TRABAJO ACADÉMICO) con Resolución Directoral N° 346-2025-SEP-EPG/UANCV se APRUEBA Y AUTORIZA EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN titulada: EMBARAZO ECTÓPICO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE QUIQUIJANA CUSCO 2024 la misma que pertenece a la línea de investigación: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - SEG04;

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos en su artículo 28° DE LA SUSTENTACIÓN.

Y estando, la opinión favorable del Director de la Unidad de Investigación y el Director de la Escuela de Posgrado mediante acta de sorteo de jurado, con registro N° 0000086 de fecha 03 de diciembre del 2025 se nombra jurados de tesis conforme a lo detallado en el acta.

Que, conforme al Artículo 66° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación científica original de la actualidad y de alto valor científico; en uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - DECLARAR APTO para la Sustentación Presencial del informe final de la Investigación (Trabajo Académico), del (a) Egresado (a), MONTESINOS TITO TANIA, para optar el título de SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, en virtud de los considerandos expuestos.

ARTÍCULO SEGUNDO. - NOMINAR JURADOS para la sustentación presencial y defensa del Trabajo Académico a los siguientes docentes ordinarios:

- Presidente : Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Primer Miembro : Dra. NORMA ELENA FLORES VIZA
Segundo Miembro : Dr. CARLOS ADOLFO LUJAN URVIOLA
Asesor : Dr. ARNALDO YANA TORRES

ARTÍCULO TERCERO. - El proceso de la Sustentación del Trabajo Académico en mención, se llevará a cabo:

- Fecha : Viernes, 12 de diciembre del 2025
Hora : 3:30 p.m.
Local : Aula N° 207 - CC3 SEGUNDO PISO - UANCV

ARTÍCULO CUARTO. - El Director de la Escuela de Posgrado queda encargado del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y Archívese.

Handwritten signature and date: 10-12-2025, plus 11/12/2025

Official stamp and signature of the Director: Dr. Jorge Román Augusto Zapana, DIRECTOR (s)

Handwritten signature and date: 11/12/2025



13% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 9% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión


Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos complementarios

TÍTULO	
EMBARAZO ECTÓPICO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE QUIQUIJANA CUSCO 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	TANIA MONTESINOS TITO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	25328610
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0004-2523-5209
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	ARNALDO YANA TORRES
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	41414676
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-6740-5024
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y Apellidos	GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02360070
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-5861-0392
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	NORMA ELENA FLORES VIZA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29258552
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-3256-5391

Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	CARLOS ADOLFO LUJAN URVIOLA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01213364
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-5596-3435
Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - SEG04
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: CENTRO DE SALUD DE QUIQUIJANA País: PERÚ Departamento: CUSCO Provincia: QUISPICANCHI Distrito: QUIQUIJANA -13.8201421, -71.5417978 URL Maps https://maps.app.goo.gl/hqPx6oseSETVta9W7</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2024 - 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	<p>Ciencias médicas, Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00</p> <p>Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CUSCO
ESCUELA DE POSGRADO
Dr. Jesús Mamani Mamani
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN - EPQ



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo Tania Montesinos Tito, identificado con DNI Nro. 253286 10 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

“

”

Asesorado por: Arnaldo Yana Torres

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mí persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 16 de Diciembre del 2025

FIRMA ASESOR

FIRMA TESISTA



Huella



DEDICATORIA

Dedico este logro con profundo cariño a mi pareja, quien ha sido un pilar constante en cada etapa de este camino académico. Su apoyo incondicional, paciencia y confianza me han brindado la fortaleza necesaria para avanzar incluso en los momentos más exigentes. Gracias por acompañarme con amor y por creer firmemente en mis capacidades.

A mis hijos, les ofrezco esta dedicatoria como muestra del esfuerzo y compromiso que cada día me impulsa a ser mejor. Son mi mayor inspiración y la razón más grande para seguir creciendo personal y profesionalmente. Que este trabajo sea un ejemplo de perseverancia y un recordatorio de que todo objetivo es alcanzable cuando se trabaja con dedicación y esperanza.



AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento a la Escuela de Posgrado de la Segunda Especialidad, institución que me brindó las herramientas académicas y profesionales necesarias para desarrollar este trabajo con rigurosidad y compromiso. Su aporte formativo ha sido fundamental para fortalecer mis conocimientos y consolidar mi crecimiento en el ámbito de la salud.

De manera especial, deseo agradecer al Mgtr. Arnaldo Yana Torres, asesor de esta investigación, por su orientación constante, su criterio académico y su disponibilidad para guiar cada uno de los avances del estudio. Su acompañamiento ha sido decisivo para alcanzar los objetivos propuestos y para lograr un trabajo académico sólido y bien fundamentado.



ÍNDICE

DEDICATORIA..... iii

AGRADECIMIENTO..... iv

ÍNDICE..... v

ÍNDICE TABLAS vii

ÍNDICE DE FIGURAS..... viii

INTRODUCCIÓN ix

RESUMEN..... xi

ABSTRACT xii

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. TÍTULO 1

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 1

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO..... 6

 1.3.1. *Justificación teórica* 6

 1.3.2. *Justificación práctica*..... 7

 1.3.3. *Justificación metodológica*..... 7

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS..... 9

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 9

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

3.1. MARCO TEÓRICO..... 10

3.2. MARCO REFERENCIAL 29

 3.2.1. A nivel Internacional 29

 3.2.2. A nivel Nacional 33

 3.2.3. A nivel local 38

3.3. MARCO CONCEPTUAL 42

CAPÍTULO IV

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADO

4.1. METODOLOGÍA 43

 4.1.1. *Método de investigación* 43

 4.1.2. *Diseño de investigación*..... 43



4.1.3. Población.....	44
4.1.4. Muestreo.....	44
4.1.5. Técnicas, instrumentos y fuentes de recolección de datos.....	45
4.1.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	45
4.1. RESULTADOS.....	46
4.2.1. Resultados Según aplicación de la ficha de recolección de datos.....	46
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	73
ANEXO 1. INSTRUMENTOS.....	107



ÍNDICE TABLAS

Tabla 1 Población	44
Tabla 2 Muestra	44
Tabla 3 Antecedentes de ITS en adolescentes con embarazo ectópico.....	46
Tabla 4 Antecedentes de EPI en adolescentes con embarazo ectópico	48
Tabla 5 Uso de anticoncepción de emergencia en adolescentes con embarazo..	50
Tabla 6 Inicio precoz de la vida sexual en adolescentes con embarazo ectópico	52
Tabla 7 Intensidad del dolor abdominal en adolescentes	54
Tabla 8 Sangrado vaginal	56
Tabla 9 Prueba de hCG en adolescentes con embarazo ectópico	58
Tabla 10 Examen físico ginecológico realizado a adolescentes con embarazo....	60
Tabla 11 Hemorragia interna en adolescentes con embarazo ectópico	62
Tabla 12 Estabilización hemodinámica adolescentes con embarazo ectópico	64



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Antecedentes de ITS en adolescentes con embarazo ectópico	46
Figura 2 Antecedentes de ITS en adolescentes con embarazo ectópico	48
Figura 3 Uso de anticoncepción de emergencia adolescentes con embarazo	50
Figura 4 Inicio precoz de la vida sexual en adolescentes con embarazo	52
Figura 5 Intensidad del dolor abdominal en adolescentes.....	54
Figura 6 Intensidad del dolor abdominal en adolescentes.....	56
Figura 7 Prueba de hCG en adolescentes con embarazo ectópico.....	58
Figura 8 Examen físico ginecológico realizado a adolescentes con embarazo	60
Figura 9 Hemorragia interna en adolescentes con embarazo ectópico	62
Figura 10 Estabilización hemodinámica en adolescentes con embarazo.....	64



INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico representa una de las principales emergencias ginecológicas a nivel mundial y continúa siendo una causa relevante de morbilidad y mortalidad materna, especialmente en mujeres jóvenes y adolescentes. En diversos países, su incidencia oscila entre el 1% y 2% de todas las gestaciones, con una marcada tendencia al incremento debido a factores como infecciones pélvicas, inicio precoz de la vida sexual y uso inadecuado de anticonceptivos. Estudios desarrollados en regiones como Estados Unidos, India y Filipinas reportan que entre el 20% y 30% de los casos corresponden a mujeres menores de 20 años, lo cual evidencia la vulnerabilidad de esta población frente a este tipo de complicación obstétrica (1).

En el contexto latinoamericano, el embarazo ectópico constituye un problema persistente. En México se ha determinado que aproximadamente el 1.5% de las gestaciones culmina en un embarazo ectópico, siendo una de las principales causas de ingreso a los servicios de emergencia ginecológica. En países como Colombia, se ha estimado que cerca del 10% de las muertes maternas tempranas se relacionan con esta condición, mientras que estudios en Brasil destacan que la ruptura tubárica se presenta hasta en el 40% de los casos cuando el diagnóstico se retrasa, especialmente en mujeres jóvenes pertenecientes a zonas rurales o con escaso acceso a servicios de salud (2).

En el Perú, el embarazo ectópico es considerado un problema de salud pública debido a su frecuencia y a las complicaciones que conlleva cuando la atención no se brinda a tiempo. Informes del Ministerio de Salud indican que esta condición representa entre 1.2% y 2% de todos los embarazos atendidos en el país,



siendo más prevalente en regiones altoandinas y amazónicas donde existen barreras geográficas y sociales que retrasan la búsqueda de atención. Estudios realizados en Lima, Arequipa y Cusco muestran que entre el 12% y 18% de los casos de embarazo ectópico corresponden a mujeres adolescentes, quienes presentan mayores dificultades para acceder a educación sexual, métodos anticonceptivos y seguimiento ginecológico oportuno (2).

A nivel local, en el distrito de Quiquijana, provincia de Quispicanchi, se ha identificado que el embarazo ectópico afecta principalmente a adolescentes que acuden al establecimiento de salud en etapas avanzadas del cuadro clínico. Las limitaciones propias del primer nivel de atención —como la ausencia de ecografía permanente, el retraso en el acceso a métodos diagnósticos confirmatorios y la presencia de factores socioculturales que dificultan la consulta temprana— contribuyen a que las pacientes presenten hemorragias internas, inestabilidad hemodinámica o sospecha de ruptura tubárica al momento de la evaluación. Asimismo, en esta población se observan factores de riesgo recurrentes como infecciones pélvicas previas, uso reiterado de anticoncepción de emergencia e inicio precoz de relaciones sexuales, lo cual incrementa la vulnerabilidad de las adolescentes frente a esta emergencia obstétrica (3).

En este marco, el presente trabajo académico se estructura en cuatro capítulos: en el Capítulo I se presentan los aspectos generales del estudio, incluyendo el título, la descripción del problema y la justificación. En el Capítulo II se formulan el problema de investigación y los objetivos. El Capítulo III desarrolla la metodología empleada, basada en un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, nivel descriptivo y retrospectivo, así como la población, muestra, técnicas e instrumentos utilizados. Finalmente, Capítulo IV expone los resultados.



RESUMEN

El estudio tuvo como **objetivo** describir las características del embarazo ectópico en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Quiquijana, Cusco, durante el año 2024. **Materiales y métodos:** La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, aplicando un diseño no experimental, retrospectivo y de nivel explicativo, lo que permitió examinar la información registrada sin manipular las variables. La población estuvo conformada por 46 adolescentes embarazadas, de las cuales se obtuvo una muestra censal de 46 que cumplían los criterios de inclusión. Como técnica se empleó el análisis documental, utilizando una ficha de recolección de datos. **Los resultados** evidenciaron el 60.9% no presente antecedentes de ITS, el 69.6% no presenta antecedentes de EPI, el 54.4% no utiliza anticoncepción de emergencia; el 56.5% inicia su vida sexual antes de los 15 años, el 47.8% presenta una intensidad de dolor abdominal severo, el 69.6% presento sangrado vaginal, donde el 89.1% se realizó la prueba hCG en adolescentes, el 98.1% se realizó el examen físico ginecológico, el 58.7% presento hemorragia interna, el 78.3% se realizó la estabilización hemodinámica en adolescentes. **Se concluye** que el embarazo ectópico en adolescentes atendidas en el centro de salud presentó una tendencia a diagnosticarse en fases avanzadas, lo que explica la elevada frecuencia de complicaciones como hemorragia y ruptura tubárica. **Palabras clave:** Dolor abdominal, embarazo ectópico, precoz, sangrado vaginal.



ABSTRACT

The study aimed to describe the characteristics of ectopic pregnancy in adolescents treated at the Quiquijana Health Center in Cusco during 2024. Materials and methods: The research was conducted using a quantitative approach, applying a non-experimental, retrospective, and explanatory design, which allowed for the examination of recorded information without manipulating variables. The population consisted of 46 pregnant adolescents, from which a census sample of 46 who met the inclusion criteria was obtained. Document analysis was used as the data collection technique, employing a data collection form. The results showed that 60.9% had no history of sexually transmitted infections (STIs), 69.6% had no history of pelvic inflammatory disease (PID), and 54.4% did not use emergency contraception. 56.5% of adolescents began their sexual lives before the age of 15, 47.8% presented with severe abdominal pain, and 69.6% experienced vaginal bleeding. Of the adolescents, 89.1% underwent hCG testing, 981.3% underwent a gynecological physical examination, 58.7% presented with internal bleeding, and 78.3% underwent hemodynamic stabilization. It is concluded that ectopic pregnancies in adolescents treated at the health center tended to be diagnosed in advanced stages, which explains the high frequency of complications such as hemorrhage and tubal rupture.

Keywords: Abdominal pain, ectopic pregnancy, early onset, vaginal bleeding.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. TÍTULO

EMBARAZO ECTÓPICO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE QUIQUIJANA CUSCO 2024

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo ectópico constituye una de las principales urgencias ginecológicas en el mundo y continúa siendo una causa significativa de morbilidad y mortalidad materna, especialmente en poblaciones jóvenes. A nivel internacional, su incidencia se ha mantenido en aumento durante las dos últimas décadas, con cifras que oscilan entre 1% y 2% de todos los embarazos reportados. Estudios realizados en Estados Unidos evidencian que aproximadamente 20 de cada 1 000 gestaciones terminan en un embarazo ectópico, siendo más frecuente en mujeres menores de 25 años, grupo en el cual se concentran las adolescentes sexualmente activas (1).

En diversos países de América Latina el problema presenta una tendencia similar. Investigaciones desarrolladas en México revelan que la prevalencia del embarazo ectópico alcanza el 1.5% de todas las gestaciones, representando una de las principales emergencias obstétricas atendidas en hospitales públicos (2). En Colombia, por su parte, se ha identificado que el 10% de las muertes maternas tempranas están vinculadas a complicaciones derivadas del embarazo ectópico,



con mayor afectación en mujeres jóvenes y con antecedentes de infecciones pélvicas previas (2).

En contextos asiáticos, el panorama no difiere. Un estudio realizado en la India señala que el embarazo ectópico representa entre 2% y 3% de todos los embarazos, destacando que cerca del 30% de los casos ocurre en adolescentes o mujeres menores de 20 años (4). Del mismo modo, investigaciones efectuadas en Filipinas y Tailandia informan que la ruptura tubárica se presenta hasta en el 40% de los casos, debido principalmente al retraso en la búsqueda de atención médica, una situación que afecta de manera particular a adolescentes y mujeres de zonas rurales (3).

La evidencia internacional también muestra la estrecha relación entre embarazo ectópico y factores como infecciones de transmisión sexual, enfermedad pélvica inflamatoria, uso inadecuado de anticonceptivos de emergencia y el inicio temprano de la actividad sexual. En países africanos como Kenya, estudios recientes revelan que el 56% de las adolescentes diagnosticadas con embarazo ectópico presentaban antecedentes de infección pélvica previa, lo que demuestra la persistente vulnerabilidad de esta población (4).

En conjunto, estos antecedentes demuestran que el embarazo ectópico en adolescentes constituye un problema de salud pública global, especialmente en contextos donde el acceso oportuno a servicios de salud es limitado. La alta frecuencia de complicaciones graves, como hemorragias internas y ruptura tubárica, refuerza la necesidad de identificar y analizar los factores que intervienen en su aparición, así como los mecanismos diagnósticos y la respuesta clínica brindada a este grupo etario.



En el Perú, el embarazo ectópico continúa representando una de las emergencias ginecoobstétricas más relevantes dentro de los servicios de salud. Su incidencia ha mostrado un incremento sostenido durante la última década, especialmente entre mujeres jóvenes. Informes del Ministerio de Salud señalan que el embarazo ectópico representa aproximadamente el 1.2% al 2% de todas las gestaciones atendidas a nivel nacional, con mayor incidencia en regiones de la sierra y selva, donde persisten dificultades en el acceso oportuno a servicios especializados (5).

En estudios realizados en Lima Metropolitana, se ha documentado que el embarazo ectópico constituye entre el 8% y 10% de las emergencias ginecológicas atendidas en hospitales de referencia, cifra que refleja su persistente relevancia clínica dentro del sistema sanitario (2). Asimismo, datos provenientes de hospitales de la región sur, como Arequipa y Cusco, informan que la prevalencia se sitúa entre 1.5% y 2.3%, lo que confirma su presencia constante y la necesidad de fortalecer los servicios de diagnóstico temprano (6).

En el caso específico de las adolescentes, la situación adquiere un matiz más preocupante. Investigaciones desarrolladas en diversas regiones del país registran que entre 12% y 18% de los casos de embarazo ectópico corresponden a mujeres menores de 19 años, grupo que enfrenta barreras adicionales relacionadas con el acceso a educación sexual, planificación familiar y atención ginecológica temprana (7).

Asimismo, estudios recientes realizados en establecimientos de salud de Cusco reportan que más del 40% de las adolescentes diagnosticadas con embarazo ectópico presentaban antecedentes de infecciones de transmisión



sexual o episodios previos de enfermedad pélvica inflamatoria, factores que incrementan de manera considerable el riesgo de implantación ectópica (7).

Otro aspecto relevante es la elevada frecuencia de complicaciones. Datos nacionales indican que cerca del 35% de los embarazos ectópicos atendidos en zonas rurales llegan en estado avanzado, muchas veces acompañados de hemorragia interna o signos de ruptura tubárica, lo cual incrementa la necesidad de intervención quirúrgica urgente y el riesgo de mortalidad materna evitable (7).

En síntesis, el embarazo ectópico en el Perú sigue siendo un problema de salud pública persistente, que afecta tanto a mujeres adultas como a adolescentes, con un patrón clínico que se agrava en regiones alejadas o con recursos limitados. La magnitud del problema exige profundizar en los factores asociados, los métodos diagnósticos utilizados y las complicaciones que enfrentan las adolescentes, a fin de orientar estrategias preventivas y fortalecer la atención en el primer nivel de salud.

En el ámbito local, el embarazo ectópico constituye un problema de salud significativa para las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Quiquijana, ubicado en la provincia de Quispicanchi, región Cusco. Este establecimiento de primer nivel, como muchos otros en zonas rurales, enfrenta limitaciones en infraestructura diagnóstica, acceso a equipos especializados y disponibilidad de personal entrenado en emergencias ginecoobstétricas. Como consecuencia, la detección del embarazo ectópico suele producirse en etapas avanzadas, incrementando el riesgo de complicaciones severas como hemorragia interna, ruptura tubárica y compromiso hemodinámico.

Los registros clínicos del establecimiento muestran que las adolescentes



continúan siendo un grupo altamente vulnerable, no solo por el inicio precoz de la vida sexual, sino también por la limitada educación en salud reproductiva, el escaso acceso a métodos anticonceptivos y la presencia recurrente de infecciones pélvicas no tratadas oportunamente. Estas condiciones elevan la probabilidad de desarrollar un embarazo ectópico, especialmente en contextos donde el seguimiento ginecológico es escaso y la consulta se realiza solo cuando las molestias ya son intensas.

Asimismo, en Quiquijana gran parte de las adolescentes acuden al establecimiento con síntomas ya avanzados —dolor abdominal severo, sangrado vaginal y signos de shock— lo que obliga al personal de salud a actuar de manera inmediata mediante estabilización y referencia al hospital de mayor complejidad en Urcos o Cusco. Esta situación evidencia que la detección temprana continúa siendo un desafío local, debido a barreras socioculturales, económicas y geográficas que retrasan la búsqueda de atención médica.

A ello se suma que muchas gestaciones no son controladas desde etapas tempranas, lo que dificulta identificar oportunamente los embarazos ectópicos y aumenta la probabilidad de complicaciones que comprometen la vida de las adolescentes. En consecuencia, el embarazo ectópico persiste como un problema de salud relevante en el distrito de Quiquijana, donde la combinación de factores biológicos, sociales y estructurales condiciona la aparición de este evento y limita la capacidad de respuesta del primer nivel de atención.

Estas condiciones justifican la necesidad de estudiar de manera detallada los factores de riesgo presentes en las adolescentes, las manifestaciones clínicas identificadas al momento de la consulta, los métodos diagnósticos utilizados y el



tipo de tratamiento inicial brindado en el Centro de Salud de Quiquijana. Comprender esta realidad local permitirá orientar intervenciones preventivas, mejorar la capacidad resolutive del establecimiento y promover estrategias educativas dirigidas a reducir las complicaciones asociadas al embarazo ectópico en esta población juvenil.

PG ¿Cuáles son las características del embarazo ectópico en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Quiquijana, Cusco, durante el año 2024?

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.3.1. *Justificación teórica*

El embarazo ectópico constituye una de las complicaciones más relevantes dentro de la salud reproductiva, especialmente en mujeres adolescentes, quienes presentan mayor vulnerabilidad debido a factores biológicos, sociales y conductuales. A nivel teórico, el estudio de esta problemática resulta fundamental porque permite profundizar en la comprensión de los mecanismos que intervienen en la implantación anómala del embrión, así como en los factores que la predisponen, tales como infecciones pélvicas previas, uso inadecuado de anticonceptivos y el inicio temprano de la vida sexual. Asimismo, esta investigación aporta evidencia científica que contribuye a fortalecer el conocimiento existente sobre la evolución clínica, las manifestaciones tempranas y los criterios diagnósticos que deben ser considerados en el primer nivel de atención, un escenario frecuentemente limitado en recursos. El análisis sistemático de estos elementos no solo amplía el marco teórico en torno al embarazo ectópico, sino que también genera insumos para futuras investigaciones y para el diseño de estrategias de prevención más precisas y adaptadas a poblaciones juveniles.



1.3.2. Justificación práctica

Desde una perspectiva práctica, este trabajo adquiere relevancia porque responde a una problemática concreta que afecta a las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Quiquijana. La identificación de los factores de riesgo, las manifestaciones clínicas predominantes y las complicaciones más frecuentes permite mejorar los protocolos de atención temprana y fortalecer la capacidad del personal sanitario para reconocer oportunamente los signos de alarma. Además, conocer los métodos diagnósticos utilizados y el tipo de tratamiento inicial aplicado en este establecimiento contribuye a optimizar los procesos de referencia y contrarreferencia, asegurando que las pacientes reciban atención especializada sin demoras. Los resultados obtenidos podrán servir como base para diseñar intervenciones educativas dirigidas a adolescentes y sus familias, mejorar la consejería en salud sexual y reproductiva, y promover acciones preventivas que reduzcan la incidencia y gravedad del embarazo ectópico en este grupo etario. En síntesis, el estudio tiene un impacto tangible en la mejora de la calidad de atención y en la reducción de riesgos asociados a esta emergencia obstétrica.

1.3.3. Justificación metodológica

En el ámbito metodológico, el trabajo se justifica porque emplea un enfoque cuantitativo y un diseño descriptivo-retrospectivo que permiten analizar el embarazo ectópico a partir de información objetiva registrada en las historias clínicas. Esta elección metodológica facilita obtener datos reales y verificables sobre la situación de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Quiquijana durante el año 2024. La revisión sistemática de los registros clínicos garantiza la validez de la información y permite describir patrones, frecuencias y características del problema



estudiado sin intervenir en las variables. Además, este tipo de diseño resulta adecuado para contextos donde la disponibilidad de recursos es limitada y donde el análisis de información existente constituye una herramienta valiosa para orientar la toma de decisiones. De este modo, la metodología aplicada asegura rigor, coherencia y pertinencia en la obtención de resultados que pueden ser utilizados para mejorar la atención en salud y apoyar futuras investigaciones en el ámbito ginecoobstétrico.



CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS

OG. Describir las características del embarazo ectópico en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Quiquijana, Cusco, durante el año 2024.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE1. Identificar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Quiquijana en 2024.

OE2. Conocer las manifestaciones clínicas más frecuentes del embarazo ectópico en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Quiquijana en 2024.

OE3. Describir los métodos diagnósticos empleados para confirmar el embarazo ectópico en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Quiquijana en 2024.

OE4. Conoció las complicaciones más frecuentes presentes en las adolescentes con embarazo ectópico atendidas en el Centro de Salud de Quiquijana en 2024.



CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

3.1. MARCO TEÓRICO

3.1.1. *Embarazo ectópico*

El embarazo ectópico es una de las emergencias ginecoobstétricas más frecuentes y peligrosas, caracterizada por la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina, siendo las trompas de Falopio el sitio más común. Su incidencia mundial oscila entre el 1% y 2% de todas las gestaciones, aunque su impacto es desproporcionado debido a la alta probabilidad de ruptura y hemorragia interna cuando no se diagnostica a tiempo. Diversos estudios afirman que este tipo de embarazo continúa siendo una de las principales causas de morbilidad materna temprana, especialmente en mujeres jóvenes y adolescentes (8).

En numerosos países de ingresos medios y bajos, el embarazo ectópico sigue representando un reto para los servicios de salud debido al diagnóstico tardío y a la limitada disponibilidad de recursos diagnósticos. Investigaciones en América Latina han reportado que entre el 1.5% y 2% de los embarazos terminan en un ectópico, una proporción que aumenta en zonas rurales donde la consulta médica suele producirse en etapas avanzadas. Asimismo, estudios realizados en Asia y África señalan que la ruptura tubárica puede presentarse hasta en el 40% de los casos, debido a barreras geográficas, culturales y económicas que retrasan la



atención oportuna (8).

El grupo adolescente constituye uno de los más vulnerables frente al embarazo ectópico, ya que la combinación de factores como el inicio precoz de la vida sexual, infecciones pélvicas recurrentes y el uso irregular de métodos anticonceptivos incrementa el riesgo de desarrollar esta condición. Estudios recientes destacan que entre el 10% y 20% de los embarazos ectópicos en algunos países corresponden a menores de 19 años, quienes presentan mayor probabilidad de complicaciones debido a la consulta tardía y al acceso limitado a servicios de salud reproductiva y consejería especializada (9). Estos datos subrayan la necesidad de fortalecer la educación sexual, mejorar la detección temprana y garantizar una atención integral para reducir los riesgos asociados a esta patología.

3.1.1.1. Factores de riesgo

Los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico constituyen un componente fundamental en la comprensión de esta emergencia ginecológica, ya que permiten identificar las condiciones que predisponen a la implantación anómala del embrión. Entre los factores más documentados se encuentran los antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), las infecciones de transmisión sexual (ITS), especialmente por *Chlamydia trachomatis*, así como la alteración de la motilidad tubárica. Estudios internacionales señalan que las mujeres con antecedentes de EPI tienen entre 2 y 6 veces más riesgo de presentar un embarazo ectópico, lo que evidencia la importancia de la detección y tratamiento oportuno de estas infecciones (9).

El inicio precoz de la vida sexual y el uso irregular de métodos anticonceptivos también se consideran factores determinantes. En diversos estudios latinoamericanos, se ha observado que las adolescentes sexualmente activas



presentan mayor probabilidad de exposición a ITS, así como un uso inadecuado de anticonceptivos hormonales o de emergencia, lo cual incrementa el riesgo de implantación ectópica. Investigaciones en México y Colombia indican que hasta el 30% de las mujeres jóvenes con embarazo ectópico reportaban uso frecuente de anticoncepción de emergencia, y más del 40% presentaban historial de ITS no tratadas adecuadamente (10).

Otros factores de riesgo relevantes incluyen antecedentes quirúrgicos pélvicos, el uso de dispositivos intrauterinos, el tabaquismo y la fertilización asistida, que modifican los mecanismos fisiológicos del transporte embrionario. Investigaciones realizadas en Asia reportan que las mujeres fumadoras presentan hasta el doble de riesgo de embarazo ectópico debido a los efectos tóxicos del tabaco sobre la función ciliar de las trompas de Falopio. Asimismo, estudios recientes han documentado un incremento en los casos de embarazo ectópico en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida, dado que estas prácticas pueden alterar el microambiente tubárico y endometrial (10). Estos hallazgos refuerzan la necesidad de evaluar los factores de riesgo de manera integral para orientar intervenciones preventivas y mejorar el diagnóstico temprano.

a) Antecedentes de ITS

Los antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen uno de los factores más relevantes en la salud reproductiva femenina, debido a las secuelas que pueden generar en el tracto genital superior. Infecciones como *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* son especialmente preocupantes, pues con frecuencia evolucionan de manera asintomática y pueden causar daño progresivo en las trompas de Falopio. Estudios internacionales han demostrado que las mujeres con antecedentes de ITS presentan hasta cuatro veces más riesgo de



desarrollar enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), lo que eleva significativamente la probabilidad de complicaciones reproductivas futuras (11).

Diversas investigaciones han resaltado que los efectos de las ITS no tratadas pueden progresar hacia inflamación crónica, obstrucción tubárica y alteración de la motilidad ciliar, elementos que incrementan el riesgo de infertilidad y embarazo ectópico. En países de América Latina, se estima que hasta el 40% de las mujeres diagnosticadas con EPI presentan antecedentes de ITS, siendo las adolescentes y mujeres jóvenes los grupos más vulnerables debido a prácticas sexuales tempranas, limitada consejería en salud reproductiva y barreras en el acceso oportuno a tratamiento (12).

En este sentido, los antecedentes de ITS no solo representan un problema clínico aislado, sino también un determinante importante del riesgo reproductivo a largo plazo. La literatura reciente destaca que, incluso después del tratamiento, muchas mujeres conservan secuelas inflamatorias microscópicas que pueden alterar la funcionalidad tubárica. Estudios realizados en Asia señalan que hasta el 15% de las mujeres con infección previa por *Chlamydia* desarrollan complicaciones permanentes que afectan su capacidad reproductiva, incluidas dificultades para la implantación adecuada del embrión (5,6). Estos hallazgos refuerzan la necesidad de considerar los antecedentes de ITS como un elemento fundamental en la valoración del riesgo ginecológico y en la formulación de estrategias preventivas dirigidas a adolescentes y jóvenes sexualmente activas.

b) Antecedentes de EPI Enfermedad Pélvica Inflamatoria

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es una infección que compromete el tracto genital superior, afectando el endometrio, las trompas de Falopio y, en ocasiones, las estructuras peritoneales adyacentes. Se considera una de las complicaciones



más frecuentes derivadas de infecciones de transmisión sexual, especialmente por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. La literatura señala que entre el 10% y 20% de las mujeres con infecciones cervicales no tratadas desarrollarán EPI, condición que puede dejar secuelas permanentes en la anatomía y funcionalidad reproductiva (13).

Los antecedentes de EPI representan un factor determinante en la salud ginecológica, ya que los procesos inflamatorios reiterados pueden generar obstrucción tubárica, fibrosis y pérdida de la motilidad ciliar, incrementando el riesgo de infertilidad y embarazo ectópico. Estudios desarrollados en Europa y América del Norte indican que las mujeres con un episodio previo de EPI presentan un riesgo seis veces mayor de embarazo ectópico en comparación con mujeres sin historial de infección pélvica. Asimismo, se ha descrito que hasta el 25% de las pacientes experimentan recurrencias de la enfermedad, lo que agrava aún más el daño reproductivo (13).

En países de ingresos bajos y medios, como varias regiones de América Latina, la EPI continúa siendo un problema de salud pública debido a diagnósticos tardíos, automedicación y limitada accesibilidad a pruebas confirmatorias. Investigaciones realizadas en poblaciones rurales muestran que más del 40% de las mujeres diagnosticadas con EPI no reciben tratamiento adecuado o abandonan el esquema terapéutico, lo que incrementa el riesgo de secuelas tubáricas. En adolescentes, la situación es aún más preocupante: su inexperiencia para reconocer síntomas y las barreras socioculturales dificultan la búsqueda temprana de atención, lo que favorece la progresión de la infección hacia cuadros graves (14).

c) Uso de anticoncepción de emergencia

El uso de anticoncepción de emergencia (AE) se ha incrementado en las últimas



décadas, especialmente entre adolescentes y mujeres jóvenes, como una estrategia para reducir el riesgo de embarazo no planificado tras una relación sexual sin protección. La Organización Mundial de la Salud reconoce que los anticonceptivos de emergencia, particularmente el levonorgestrel, tienen una eficacia considerable cuando se utilizan dentro de las primeras 72 horas posteriores al coito. Sin embargo, también advierte que su uso recurrente puede reflejar una falta de acceso a métodos anticonceptivos regulares y a educación sexual integral (14).

Diversos estudios señalan que, si bien la AE no afecta directamente la implantación del embarazo, su uso frecuente puede estar asociado a comportamientos sexuales de riesgo y a la ausencia de métodos anticonceptivos de uso continuo. Investigaciones realizadas en América Latina muestran que entre el 20% y 35% de las adolescentes sexualmente activas han utilizado la AE en más de una ocasión, lo que refleja la persistente brecha en educación reproductiva y consejería preventiva. Además, se ha observado que el uso reiterado de AE puede alterar temporalmente los ciclos menstruales, dificultando la detección temprana de embarazos anómalos, incluido el embarazo ectópico (15).

En el caso de mujeres jóvenes con antecedentes de trastornos inflamatorios pélvicos o infecciones de transmisión sexual, el uso frecuente de anticoncepción de emergencia puede representar un riesgo adicional, pues la alteración hormonal que produce puede modificar transitoriamente el movimiento tubárico. Investigaciones desarrolladas en Asia y Europa señalan que un porcentaje de mujeres que recurren a la AE de manera repetitiva presentan mayor probabilidad de embarazos no planificados y, en algunos casos, de embarazos ubicados fuera del útero, aunque la relación causal directa continúa en evaluación. Estos hallazgos refuerzan la



importancia de promover programas de educación sexual dirigidos a adolescentes y un acceso sostenido a métodos

d) Inicio precoz de la vida sexual

El inicio precoz de la vida sexual es un fenómeno que se ha incrementado en diferentes regiones del mundo y se relaciona con múltiples implicancias en la salud física, emocional y reproductiva de los adolescentes. La literatura señala que una proporción importante de jóvenes inicia su vida sexual antes de los 15 años, muchas veces sin información suficiente sobre salud sexual y reproductiva. Según datos internacionales, cerca del 29% de adolescentes en países de ingresos medios y bajos reportan haber tenido relaciones sexuales a temprana edad, lo que incrementa la exposición a embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual y otras complicaciones ginecológicas (15).

El inicio temprano de la actividad sexual se asocia de manera directa con una mayor vulnerabilidad reproductiva, debido a que la inmadurez biológica del tracto genital femenino facilita la aparición de infecciones ascendente y procesos inflamatorios. Investigaciones desarrolladas en América Latina y África han demostrado que las adolescentes que inician su vida sexual antes de los 15 años presentan mayor riesgo de padecer enfermedad pélvica inflamatoria, infecciones por Chlamydia trachomatis y, posteriormente, complicaciones como infertilidad o embarazo ectópico. Estudios regionales describen que hasta el 35% de las adolescentes con embarazos complicados había iniciado su vida sexual en edades tempranas, evidenciando su impacto en la salud reproductiva (15).

Asimismo, el inicio precoz de relaciones sexuales suele estar influenciado por factores socioculturales, como la falta de educación sexual integral, presión de pares, entornos familiares disfuncionales o contextos donde hablar de sexualidad



continúa siendo un tabú. Esta situación limita el acceso a métodos anticonceptivos y promueve prácticas sexuales sin protección. En diversos estudios se ha señalado que las adolescentes con inicio sexual temprano tienen mayor probabilidad de recurrir al uso irregular de anticoncepción de emergencia, presentar embarazos no deseados y enfrentarse a complicaciones ginecológicas que podrían prevenirse mediante consejería oportuna. En este sentido, comprender los determinantes y consecuencias del inicio precoz de la vida sexual resulta esencial para diseñar intervenciones educativas y sanitarias dirigidas a este grupo poblacional vulnerable (16).

3.1.1.2. Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico constituyen un elemento fundamental para su detección temprana, ya que representan los primeros indicios que orientan al personal de salud hacia un diagnóstico oportuno. En términos generales, los síntomas iniciales suelen ser inespecíficos y pueden confundirse con otras condiciones ginecológicas, lo que retrasa la intervención médica. La literatura internacional señala que el dolor abdominal, la amenorrea y el sangrado vaginal son los signos más habituales, estando presentes en más del 80% de los casos atendidos en servicios de urgencias ginecológicas (17).

Aunque estas manifestaciones son relativamente comunes, su presentación puede variar significativamente según la edad de la paciente, el tiempo de evolución y la localización del embarazo ectópico. Estudios realizados en América del Norte y Europa destacan que las adolescentes tienden a consultar cuando los síntomas ya son intensos, como dolor abdominal súbito o signos de irritación peritoneal, debido principalmente a la falta de información sobre salud reproductiva o al miedo a comunicar un posible embarazo. Además, se ha descrito que la presencia de



sangrado vaginal irregular se registra en más del 60% de los casos, representando un signo de alarma que suele pasar desapercibido en etapas tempranas (17).

En escenarios donde el diagnóstico se retrasa, las manifestaciones clínicas pueden progresar hacia complicaciones más severas, como mareos, hipotensión e incluso signos de shock hipovolémico, que reflejan la presencia de hemorragia interna. Investigaciones desarrolladas en países de ingresos bajos y medios indican que hasta el 30% de las mujeres llegan a los servicios de salud con deterioro hemodinámico debido a la ruptura tubárica, un evento que pone en riesgo la vida de la paciente. Estos hallazgos subrayan la importancia de reconocer de manera oportuna los síntomas iniciales y fortalecer la capacidad diagnóstica del primer nivel de atención, especialmente cuando se trata de adolescentes (18).

a) Dolor abdominal

El dolor abdominal constituye uno de los principales motivos de consulta en los servicios de emergencia ginecológica y, en el contexto del embarazo ectópico, representa el síntoma cardinal que orienta la sospecha diagnóstica. Este dolor puede variar en intensidad y localización, pero suele describirse como agudo, unilateral y de instauración progresiva. La literatura señala que más del 80% de las mujeres con embarazo ectópico presenta dolor abdominal al momento de acudir a un centro de salud, lo que lo convierte en un indicador clínico de alta relevancia para la detección temprana de esta condición (18).

El origen del dolor abdominal en el embarazo ectópico se relaciona con la distensión o ruptura de la trompa de Falopio, así como con la irritación peritoneal causada por pequeñas hemorragias internas. Estudios desarrollados en Europa y Norteamérica muestran que la intensidad del dolor puede aumentar conforme progresa el cuadro clínico, lo que explica por qué el dolor es uno de los síntomas que más motiva a las



mujeres jóvenes a buscar atención médica. Además, se ha descrito que el dolor puede acompañarse de náuseas, mareos o sensación de desmayo, elementos que sugieren un compromiso hemodinámico inicial (19).

En poblaciones adolescentes, el dolor abdominal adquiere especial importancia debido a que muchas jóvenes no reconocen los signos iniciales de un embarazo o desconocen la gravedad del dolor asociado a un embarazo ectópico. Investigaciones realizadas en regiones rurales y comunidades con acceso limitado a servicios de salud revelan que un porcentaje considerable de adolescentes consulta tardíamente, cuando el dolor es intenso y se acompaña de síntomas avanzados, como hipotensión o sangrado interno. Estas evidencias refuerzan la necesidad de promover la educación en salud reproductiva y fortalecer la capacidad del primer nivel de atención para identificar de manera oportuna este síntoma crítico (20).

b) Sangrado vaginal

El sangrado vaginal constituye una de las manifestaciones clínicas más frecuentes en mujeres con embarazo ectópico y suele representar un signo de alerta tanto para las pacientes como para los profesionales de la salud. Aunque puede confundirse con una menstruación irregular o un sangrado disfuncional, su presencia en etapas tempranas de la gestación requiere una valoración inmediata para descartar complicaciones. Se estima que entre el 50% y 70% de las mujeres con embarazo ectópico presentan algún tipo de sangrado vaginal, lo que lo convierte en un indicador clínico de alto valor para la sospecha diagnóstica (21).

El origen del sangrado vaginal en este contexto se relaciona con procesos fisiopatológicos como la implantación anómala del embrión fuera de la cavidad uterina, la alteración del endometrio por cambios hormonales irregulares y



microhemorragias derivadas de la distensión o irritación tubárica. Estudios realizados en América del Norte y Europa han demostrado que el sangrado asociado al embarazo ectópico suele ser de intensidad variable y, en ocasiones, intermitente, lo que dificulta su reconocimiento temprano. Además, investigaciones señalan que el sangrado puede presentarse acompañado de dolor abdominal o amenorrea, combinación clínica que incrementa la probabilidad de un diagnóstico oportuno (21).

En poblaciones adolescentes, el sangrado vaginal adquiere especial relevancia debido a que muchas jóvenes interpretan este síntoma como una irregularidad menstrual, retrasando la búsqueda de atención médica. Investigaciones en regiones rurales y de acceso limitado a servicios de salud reproductiva muestran que un número considerable de adolescentes consultan cuando el sangrado se acompaña de mareos, debilidad o dolor intenso, reflejando un cuadro clínico más avanzado. Este comportamiento evidencia la necesidad de fortalecer la educación sexual y la consejería reproductiva en adolescentes, así como la capacidad diagnóstica del primer nivel de atención para reconocer y manejar oportunamente este signo clínico (22).

c) Amenorrea

La amenorrea, entendida como la ausencia temporal de menstruación, es uno de los primeros signos que alertan sobre una posible gestación y, en el contexto del embarazo ectópico, constituye un indicador clínico clave para su sospecha temprana. Diversos estudios señalan que entre el 70% y 90% de las mujeres con embarazo ectópico refieren amenorrea previa al inicio de otros síntomas, lo que demuestra la importancia de considerar este antecedente en la evaluación clínica inicial. Aunque la amenorrea no es exclusiva de una gestación ectópica, su



presencia en combinación con dolor abdominal o sangrado vaginal aumenta significativamente la probabilidad diagnóstica (22).

La fisiopatología de la amenorrea en el embarazo ectópico se relaciona principalmente con la producción de gonadotropina coriónica humana (hCG), la cual interrumpe el ciclo menstrual normal. Sin embargo, la implantación anómala fuera del útero puede ocasionar alteraciones hormonales que afectan la regularidad del sangrado y confunden a la paciente respecto a su estado reproductivo. Investigaciones realizadas en Europa y Norteamérica describen casos en los que la amenorrea puede ser parcial o acompañarse de episodios de sangrado irregular, lo que dificulta que las mujeres reconozcan el embarazo a tiempo, especialmente en contextos donde el acceso a pruebas diagnósticas es limitado (23).

En poblaciones adolescentes, la amenorrea adquiere un significado particular debido a que muchas jóvenes presentan ciclos irregulares durante los primeros años de maduración reproductiva. Esto puede llevarlas a interpretar la ausencia de menstruación como un evento fisiológico común y no como un posible signo de embarazo. Estudios en regiones rurales y sectores con escasa educación sexual señalan que la amenorrea suele pasar inadvertida hasta que se presentan otros síntomas más graves, como dolor intenso o sangrado persistente. Esta situación subraya la necesidad de fortalecer la educación en salud sexual y mejorar el acceso a métodos diagnósticos oportunos para prevenir complicaciones en adolescentes con gestación ectópica (23).

3.1.1.3. Métodos diagnósticos

Los métodos diagnósticos para la detección del embarazo ectópico constituyen un pilar fundamental en la práctica clínica, debido a que permiten identificar de forma temprana una condición potencialmente fatal. El diagnóstico oportuno se basa en



la combinación de la historia clínica, el examen físico y la aplicación de pruebas complementarias que confirmen la ubicación del embarazo. Estudios internacionales señalan que la medición de la gonadotropina coriónica humana (hCG) y la ecografía transvaginal son las herramientas más confiables, utilizándose en más del 90% de los casos sospechosos atendidos en servicios especializados (1,2).

La prueba de hCG, ya sea cualitativa o cuantitativa, permite corroborar la presencia de un embarazo y evaluar si los niveles hormonales siguen un patrón compatible con una gestación intrauterina normal. Investigaciones realizadas en Europa y Norteamérica han demostrado que valores de hCG que no se duplican cada 48 horas constituyen un signo temprano de alarma. Complementariamente, la ecografía transvaginal se considera el método de confirmación más preciso, ya que permite visualizar la localización gestacional con gran sensibilidad incluso en fases muy tempranas. Su uso adecuado reduce el riesgo de complicaciones como ruptura tubárica o hemorragia interna (3,4).

En centros de atención primaria, especialmente en zonas rurales o de bajos recursos, los métodos diagnósticos pueden involucrar exámenes clínicos detallados y pruebas rápidas de embarazo que sirvan como base para la referencia inmediata a establecimientos de mayor complejidad. Estudios en países de ingresos medios y bajos han reportado que las limitaciones en el acceso a ecografía o medición cuantitativa de hCG retrasan el diagnóstico en un porcentaje considerable de mujeres, aumentando las probabilidades de complicaciones severas. Este escenario evidencia la importancia de fortalecer la capacidad diagnóstica del primer nivel de atención y la implementación de estrategias que permitan identificar casos sospechosos de manera temprana (5,6).



a) Prueba de hCG

La medición de la gonadotropina coriónica humana (hCG) constituye uno de los pilares diagnósticos más importantes en la evaluación inicial de embarazos tempranos, incluida la sospecha de embarazo ectópico. Esta hormona, producida por el trofoblasto, permite confirmar la presencia de gestación incluso en etapas muy iniciales, siendo detectable en sangre y orina pocos días después de la implantación. Estudios internacionales destacan que la prueba de hCG es utilizada en más del 90% de los casos sospechosos de embarazo ectópico, debido a su accesibilidad, sensibilidad y rápida ejecución en centros de salud (1).

La interpretación de los niveles séricos de hCG resulta fundamental para distinguir entre un embarazo intrauterino normal y uno ectópico. Investigaciones han demostrado que, en un embarazo viable, los valores de hCG se duplican aproximadamente cada 48 horas, mientras que en un embarazo ectópico este incremento suele ser más lento o irregular. La literatura señala que un patrón de elevación inadecuado constituye uno de los primeros indicadores de alarma. Por ello, el monitoreo seriado de hCG se ha convertido en una herramienta esencial en la evaluación de gestaciones tempranas, especialmente cuando la ecografía no permite visualizar aún el saco gestacional (2).

En contextos con recursos limitados, como centros de atención primaria o zonas rurales, las pruebas cualitativas de hCG constituyen el primer paso diagnóstico al que recurre el personal de salud para confirmar un embarazo y decidir una referencia inmediata. Aunque estas pruebas no brindan valores cuantitativos, su utilidad radica en su rapidez y disponibilidad. Investigaciones realizadas en regiones de bajos ingresos han demostrado que la incorporación sistemática de pruebas rápidas de hCG mejora la detección precoz de embarazos anormales,



reduciendo el riesgo de complicaciones graves como la ruptura tubárica o el shock hipovolémico. Este escenario subraya la necesidad de fortalecer la capacidad diagnóstica del primer nivel de atención y promover el acceso oportuno a pruebas sensibles y confiables (2).

b) Ecografía transvaginal (cuando el centro dispone o se refiere)

La ecografía transvaginal es considerada uno de los métodos diagnósticos más precisos y de mayor utilidad para la identificación temprana del embarazo ectópico, debido a su capacidad para visualizar estructuras pélvicas con mayor resolución que la ecografía abdominal. Este procedimiento permite evaluar la localización del saco gestacional desde etapas muy iniciales, lo que resulta clave para diferenciar entre una gestación intrauterina y una implantación anómala. La literatura indica que la ecografía transvaginal posee una sensibilidad superior al 90% en la detección de embarazos ectópicos cuando es realizada por personal capacitado (3).

Este método complementa la interpretación de los niveles de hCG, ya que ofrece una confirmación visual indispensable para establecer la localización exacta del embarazo. En muchos casos, la ecografía transvaginal permite detectar signos tempranos, como una masa anexial o líquido libre en cavidad pélvica, que pueden indicar un embarazo ectópico incluso antes de que aparezcan complicaciones graves. Investigaciones realizadas en hospitales de referencia en Europa y Norteamérica han demostrado que la combinación de hCG seriada y ecografía transvaginal constituye el estándar de oro para el diagnóstico temprano, reduciendo así el riesgo de ruptura tubárica o hemorragias severas (3).

En centros de salud de primer nivel, como los ubicados en zonas rurales o periurbanas, la disponibilidad de ecografía transvaginal puede ser limitada. En



estos casos, el personal de salud debe realizar una evaluación clínica inicial y, de ser necesario, referir de inmediato a un establecimiento de mayor capacidad diagnóstica. La literatura señala que la referencia oportuna para ecografía reduce significativamente la tasa de complicaciones asociadas al embarazo ectópico. Estudios en países de ingresos medios y bajos han evidenciado que la implementación de estrategias de referencia rápida mejora la detección temprana y disminuye la mortalidad materna vinculada a esta condición, demostrando la relevancia del acceso oportuno a este método diagnóstico (4).

c) Examen físico ginecológico

El examen físico ginecológico constituye una herramienta esencial en la evaluación inicial de mujeres con sospecha de embarazo ectópico, especialmente en establecimientos de primer nivel de atención donde los métodos diagnósticos complementarios pueden ser limitados. Este examen permite identificar signos clínicos que orientan al profesional de salud, tales como dolor a la palpación abdominal, sensibilidad anexial o presencia de sangrado vaginal. Estudios internacionales destacan que un examen físico detallado contribuye a la detección temprana de complicaciones ginecológicas y es realizado en más del 90% de los casos atendidos en emergencias obstétricas (4).

El tacto bimanual, como parte central del examen ginecológico, permite valorar el tamaño uterino, la movilidad uterina y la presencia de masas anexiales o dolor localizado, elementos que pueden sugerir la posibilidad de un embarazo ectópico. Investigaciones desarrolladas en Europa y Norteamérica señalan que la sensibilidad anexial y el dolor a la movilización cervical son hallazgos clínicos frecuentes en mujeres con implantación ectópica. Además, la presencia de una masa irregular en la región anexial ha sido descrita en hasta el 50% de los casos,



reforzando la importancia del examen físico en la sospecha temprana (5).

En contextos rurales o establecimientos con recursos limitados, el examen físico ginecológico adquiere un rol aún más relevante, ya que frecuentemente constituye el primer y único método disponible antes de referir a la paciente a un centro de mayor complejidad. Estudios en regiones de bajos ingresos demuestran que la identificación precisa de signos clínicos mediante el examen físico permite reducir retrasos diagnósticos y disminuir el riesgo de complicaciones graves, como hemorragia interna o ruptura tubárica. Por ello, fortalecer las habilidades clínicas del personal de salud y promover la evaluación ginecológica adecuada resulta fundamental para mejorar la atención temprana en mujeres con sospecha de embarazo ectópico (13).

3.1.1.4. Complicaciones

Las complicaciones derivadas del embarazo ectópico representan un desafío clínico significativo debido a su rápida evolución y al riesgo que implica para la vida de la mujer. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran la hemorragia interna, la ruptura tubárica y el shock hipovolémico, los cuales pueden presentarse en etapas tempranas si no se identifica a tiempo la implantación anómala del embrión. La literatura internacional señala que hasta el 40% de las mujeres con embarazo ectópico presentan alguna complicación al momento del diagnóstico, evidenciando la importancia del reconocimiento temprano de los síntomas (14).

La hemorragia interna es considerada la complicación más grave, ya que suele ser consecuencia directa de la ruptura de la trompa de Falopio. Estudios desarrollados en Estados Unidos y Europa indican que la ruptura ocurre en aproximadamente el 20% al 30% de los casos, especialmente cuando el diagnóstico se retrasa o cuando las pacientes presentan factores de riesgo como infección pélvica previa o



antecedentes de embarazo ectópico. Esta situación incrementa considerablemente la tasa de hospitalización, la necesidad de intervención quirúrgica de emergencia y el riesgo de mortalidad materna, particularmente en contextos con acceso limitado a servicios especializados (15).

En regiones rurales y de bajos ingresos, las complicaciones del embarazo ectópico suelen ser más frecuentes y severas debido a barreras geográficas, socioculturales y económicas que retrasan la atención médica. Investigaciones en países de África y América Latina muestran que hasta el 50% de las mujeres llegan a los servicios de salud con signos de inestabilidad hemodinámica, lo que exige una respuesta inmediata para evitar desenlaces fatal. Estas evidencias subrayan la necesidad de fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia, así como de capacitar al personal del primer nivel de atención para reconocer y actuar frente a complicaciones como el sangrado severo y la ruptura tubárica (16).

a) Hemorragia interna

La hemorragia interna constituye una de las complicaciones más graves y frecuentes del embarazo ectópico, representando una amenaza directa para la vida de la mujer cuando no es diagnosticada de manera oportuna. Este tipo de sangrado ocurre cuando el embarazo implantado fuera del útero provoca la ruptura de estructuras como la trompa de Falopio, permitiendo la acumulación de sangre en la cavidad abdominal. La literatura internacional señala que cerca del 20% al 30% de los embarazos ectópicos presentan hemorragia interna al momento del diagnóstico, siendo este un factor determinante para la intervención urgente (17).

La fisiopatología de la hemorragia interna está estrechamente relacionada con el daño a los tejidos tubáricos, la vascularización anómala y la progresión del embarazo en un espacio anatómico no adecuado. Estudios realizados en Estados



Unidos y Europa han evidenciado que la hemorragia puede iniciar de manera insidiosa o presentarse súbitamente, acompañándose de signos como mareos, hipotensión, taquicardia y dolor abdominal intenso. Además, se describe que la presencia de líquido libre en cavidad pélvica detectado mediante ecografía es uno de los indicadores más confiables de hemorragia activa en el contexto de un embarazo ectópico (18).

En contextos rurales o establecimientos de salud con recursos limitados, la hemorragia interna representa un reto aún mayor debido al retraso en la identificación de los síntomas y a las dificultades para acceder a servicios de mayor complejidad. Investigaciones efectuadas en países de ingresos bajos y medios señalan que hasta el 50% de las mujeres con ruptura tubárica llegan a los centros médicos con signos de shock hipovolémico, lo que incrementa la probabilidad de complicaciones graves y mortalidad. Estas evidencias reflejan la necesidad de fortalecer la capacidad diagnóstica del primer nivel de atención y de optimizar los mecanismos de referencia inmediata para reducir los riesgos asociados a esta condición (19).

b) Ruptura tubárica

La ruptura tubárica es una de las complicaciones más severas del embarazo ectópico y constituye una emergencia ginecológica que requiere intervención inmediata. Esta ruptura ocurre cuando el desarrollo embrionario sobrepasa la capacidad de distensión de la trompa de Falopio, ocasionando una ruptura de la pared tubárica y generando hemorragia interna significativa. Estudios internacionales indican que entre el 20% y 30% de los embarazos ectópicos evolucionan hacia ruptura tubárica, especialmente cuando el diagnóstico no se realiza de forma temprana o cuando el acceso a servicios de salud es limitado (20).



La fisiopatología de esta complicación se relaciona con procesos inflamatorios previos, obstrucción tubárica o alteraciones anatómicas que dificultan el paso normal del embrión hacia el útero. Investigaciones desarrolladas en Europa y Norteamérica han demostrado que factores como enfermedad pélvica inflamatoria, infecciones de transmisión sexual y cirugías tubáricas previas incrementan considerablemente el riesgo de ruptura. Clínicamente, la ruptura tubárica se manifiesta con dolor abdominal intenso, mareos, hipotensión y signos de shock, constituyéndose en un cuadro crítico que debe ser identificado de inmediato para evitar desenlaces fatales (21).

En zonas rurales y contextos con acceso limitado a servicios especializados, la ruptura tubárica representa una complicación aún más frecuente debido al retraso en el diagnóstico y a la disponibilidad restringida de ecografía transvaginal y pruebas cuantitativas de hCG. Estudios realizados en países de bajos ingresos revelan que hasta el 50% de las mujeres con ruptura tubárica acuden a los centros de salud en estado hemodinámico inestable, lo que incrementa la mortalidad materna y la necesidad de intervenciones quirúrgicas de emergencia. Este escenario subraya la importancia de fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención y de garantizar sistemas de referencia eficientes para mejorar los desenlaces clínicos en mujeres con embarazo ectópico (22).

3.2. MARCO REFERENCIAL

3.2.1. A nivel Internacional

Andola et al. (23). Estudio de factores de riesgo y modalidades de tratamiento del embarazo ectópico 2021. **Objetivo:** La finalidad principal de este estudio fue analizar y establecer los diversos factores de riesgo vinculados a la



aparición del embarazo ectópico, así como evaluar y detallar las estrategias terapéuticas más frecuentemente utilizadas para su manejo clínico. **Metodología:** Se implementó un diseño de estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Los autores examinaron y recopilaron información de los expedientes clínicos de pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico en una institución hospitalaria de tercer nivel en la India durante un período de dos años (enero de 2018 a diciembre de 2019). **Resultados:** La investigación identificó que los antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, el uso previo de anticonceptivos de emergencia y la edad materna avanzada constituyeron los factores de riesgo con mayor prevalencia. En lo referente a la gestión terapéutica, se observó que la intervención quirúrgica laparoscópica (salpingectomía o salpingostomía) fue el método de elección en la mayoría de los casos, reservando el manejo expectante o médico (con Metotrexato) para situaciones muy específicas y seleccionadas. **Conclusiones:** Los investigadores concluyeron que el diagnóstico y tratamiento oportunos del embarazo ectópico son cruciales para prevenir la morbilidad y mortalidad materna. Subrayaron la importancia de una adecuada consejería sobre planificación familiar y la identificación temprana de los factores de riesgo modificables para reducir la incidencia de esta complicación.

Jenabi, et al. (24) Factores de riesgo ambientales asociados con el embarazo ectópico: una revisión. General 2021. **Objetivo:** Este trabajo tuvo como propósito realizar una revisión exhaustiva de la literatura existente (una revisión de revisiones o *umbrella review*) para sintetizar la evidencia disponible acerca de los factores de riesgo de origen ambiental que se relacionan con el desarrollo del embarazo ectópico. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio de tipo *umbrella review*, el cual implica la revisión y evaluación crítica de múltiples revisiones sistemáticas y



metaanálisis. La búsqueda se ejecutó en bases de datos biomédicas de amplio acceso, cubriendo estudios publicados hasta el año 2020 para la posterior síntesis de la evidencia. **Resultados:** La síntesis de los datos reveló una asociación significativa entre la exposición a diversos factores ambientales y un incremento en el riesgo de presentar un embarazo ectópico. Entre los factores identificados destacaron la contaminación atmosférica, el tabaquismo activo y pasivo, y la exposición a ciertos disruptores endocrinos presentes en el entorno. **Conclusiones:** Los autores determinaron que la exposición a contaminantes ambientales y el estilo de vida (como el tabaquismo) constituyen elementos de riesgo adicionales que merecen consideración en la prevención y el manejo del embarazo ectópico. Plantearon la necesidad de que las políticas de salud pública incorporen la mitigación de estos riesgos ambientales.

Moya, et al. (25). *Reflexiones acerca de las políticas para la atención del embarazo ectópico 2021*. **Objetivo:** El propósito central del estudio fue reflexionar sobre la evolución histórica y el impacto social del embarazo ectópico, analizando cómo las políticas y sistemas de salud actuales abordan la atención de esta patología. **Metodología:** Se utilizó un enfoque de revisión bibliográfica narrativa con una perspectiva histórico-social. Los autores analizaron literatura clave sobre el tema, incluyendo artículos científicos, libros de texto y documentos de políticas de salud, para comprender la progresión del conocimiento y las estrategias de manejo. **Resultados:** Se enfatizó que el diagnóstico precoz del embarazo ectópico es un factor determinante para el pronóstico materno. La identificación oportuna de los factores de riesgo, junto con una rápida toma de decisiones clínicas y quirúrgicas cuando se requiere, se estableció como esencial para una atención de calidad, especialmente en contextos con recursos limitados. **Conclusiones:** Los



investigadores concluyeron que una atención de salud efectiva para el embarazo ectópico demanda la integración del diagnóstico temprano y la gestión clínica basada en la evidencia. Abogaron por la implementación de políticas de salud que garanticen el acceso equitativo a tecnologías de diagnóstico (como la ecografía) y tratamientos especializados en todos los niveles de atención.

Sociedad Argentina de Ginecología y Obstetricia (FASGO). (26). *Consenso Embarazo Ectópico FASGO 2025*. (Documento de Consenso. **Objetivo:** El objetivo primordial de este documento de consenso fue establecer y difundir recomendaciones clínicas estandarizadas y actualizadas para el diagnóstico, la evaluación y el manejo terapéutico del embarazo ectópico, con el fin de unificar criterios entre los profesionales. **Metodología:** El consenso fue desarrollado a través de un proceso de revisión y discusión por expertos. Se realizó una búsqueda sistemática de la evidencia científica más reciente para formular directrices basadas en la evidencia y en la práctica clínica más segura. **Resultados:** El documento confirmó que la implantación del embrión fuera de la cavidad endometrial es una de las principales causas de morbilidad ginecológica. Se reafirmó que la localización más frecuente es la trompa de Falopio. Se delinearon protocolos claros para el uso de la fracción beta de la Gonadotropina Coriónica Humana (β -hCG) y la ecografía transvaginal para el diagnóstico. También se especificaron los criterios para el manejo médico (Metotrexato) y el manejo quirúrgico (laparoscopia). **Conclusiones:** El grupo de consenso determinó que la sospecha clínica temprana, aunada a un seguimiento bioquímico y ecográfico riguroso, es fundamental. Recalaron que la elección del tratamiento debe ser individualizada, considerando la estabilidad hemodinámica de la paciente y la localización específica del embarazo ectópico.



Calderón, et al. (34). *Identificación de los factores desencadenantes y complicaciones asociadas al embarazo ectópico en adolescentes 2025*. **Objetivo:** El propósito de la investigación fue identificar y describir los principales factores que desencadenan el embarazo ectópico en la población adolescente, además de analizar las complicaciones médicas asociadas a esta patología en dicho grupo etario. **Metodología:** Se empleó una metodología de revisión bibliográfica sistemática. Los autores analizaron artículos y literatura especializada, con énfasis en la población adolescente, buscando establecer relaciones causales entre los factores de riesgo y el desarrollo del embarazo ectópico, y sus subsiguientes complicaciones. **Resultados:** Los hallazgos mostraron que el inicio temprano de la actividad sexual y la presencia de infecciones de transmisión sexual no tratadas son factores de riesgo prevalentes en adolescentes. Se destacó que las complicaciones en este grupo son particularmente graves, incluyendo la hemorragia masiva, el choque hipovolémico y la necesidad de transfusiones sanguíneas urgentes debido al diagnóstico tardío. Además, se sugirió que la inmadurez biológica de las trompas de Falopio en adolescentes podría aumentar el riesgo en comparación con mujeres adultas. **Conclusiones:** Se concluyó que el embarazo ectópico en adolescentes es un problema de salud pública con complicaciones potencialmente mortales. Se recomendó una fuerte política de prevención que incluya educación sexual integral, promoción del uso de anticoncepción moderna y acceso rápido a los servicios de diagnóstico y tratamiento en casos de sospecha.

3.2.2. A nivel Nacional

Sotomayor y Vásquez (27) *Características clínicas y epidemiológicas del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional "Arzobispo*



Loayza" durante el período 2022. **Objetivo:** El propósito primordial de esta investigación fue caracterizar el perfil clínico y epidemiológico de las mujeres diagnosticadas con embarazo ectópico en una institución de salud de alta complejidad en Lima, con un enfoque particular en la identificación de los factores de riesgo asociados. **Metodología:** Se implementó un estudio de naturaleza retrospectiva, descriptiva y observacional. Los investigadores revisaron los registros médicos de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del hospital, recopilando variables demográficas, clínicas y antecedentes gineco-obstétricos relevantes. **Resultados:** Los hallazgos demostraron que la mayoría de los casos se presentaron en mujeres con un rango de edad entre 25 y 35 años, aunque se documentaron casos en adolescentes. Los antecedentes de mayor prevalencia fueron la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y el historial de abortos previos. Asimismo, se observó que la forma de presentación más común fue el ectópico tubárico no roto, siendo la laparoscopia el manejo quirúrgico predominante. **Conclusiones:** Los autores concluyeron que el conocimiento detallado del perfil epidemiológico es fundamental para optimizar los protocolos de detección y manejo oportunos del embarazo ectópico. Hicieron hincapié en la necesidad de reforzar las estrategias preventivas en la población con factores de riesgo conocidos, incluyendo a la población joven con vida sexual activa.

Pinedo, et al. (28). *Factores de riesgo sociodemográficos y clínicos asociados al embarazo ectópico en la población adolescente de un hospital de Iquitos, 2024.* **Objetivo:** El estudio tuvo como objetivo principal determinar la relación entre los factores de riesgo de índole sociodemográfica y clínica con el desarrollo del embarazo ectópico en la población de adolescentes que fueron atendidas en una institución de salud de la región amazónica. **Metodología:** Se



empleó un enfoque cuantitativo, de diseño de casos y controles, para contrastar a las adolescentes diagnosticadas con embarazo ectópico (casos) con aquellas que tuvieron un embarazo intrauterino normal (controles). La información fue recogida mediante una revisión sistemática de historias clínicas. **Resultados:** Se encontró una conexión significativa entre el bajo nivel socioeconómico, la falta de educación sexual y la alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) como factores sociodemográficos de riesgo en este grupo. Clínicamente, se asoció fuertemente el antecedente de cirugía abdominal o pélvica previa con la ocurrencia del ectópico. **Conclusiones:** Los investigadores establecieron que la vulnerabilidad social y la presencia de ITS son elementos clave en la génesis del embarazo ectópico en la población adolescente de la Amazonía. Recomendaron la implementación urgente de programas de salud reproductiva adaptados a las particularidades culturales y geográficas de la región, enfocados en la prevención de las ITS y la planificación familiar.

Quispe, et al. (29) *Manejo clínico del embarazo ectópico según el diagnóstico al ingreso: Un estudio comparativo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2022.*

Objetivo: El estudio se propuso comparar las modalidades de manejo terapéutico (médico vs. quirúrgico) aplicadas a pacientes con embarazo ectópico, en función de si el diagnóstico de ingreso fue de ruptura tubárica o si fue detectado como no roto, evaluando el impacto del diagnóstico temprano. **Metodología:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, comparando dos grupos de pacientes del Instituto Nacional Materno Perinatal: aquellas con diagnóstico de ectópico roto y aquellas con ectópico no roto al momento de la admisión. Se analizaron variables como el tiempo de hospitalización, el tipo de tratamiento y las complicaciones post-tratamiento. **Resultados:** Se evidenció que los casos detectados sin ruptura



tubárica (detección temprana) tuvieron una probabilidad significativamente mayor de ser manejados de forma conservadora (tratamiento médico con Metotrexato), lo que se tradujo en estancias hospitalarias más cortas y menos complicaciones. Por el contrario, los casos con ruptura presentaron mayor requerimiento de cirugía de urgencia y mayores tasas de transfusión sanguínea. **Conclusiones:** Los investigadores concluyeron que el diagnóstico oportuno del embarazo ectópico es el factor más importante para poder optar por un manejo menos invasivo y, por ende, menos riesgoso para la paciente. Subrayaron la necesidad de una alta sospecha clínica y el uso accesible de la ecografía transvaginal en los centros de atención primaria del país.

Cuti y Mamani (30) *Nivel de conocimiento sobre diagnóstico y manejo del embarazo ectópico en el personal médico y de enfermería de un centro de salud de Puno, 2025.* **Objetivo:** El estudio se enfocó en evaluar el nivel de conocimiento que posee el personal de medicina y enfermería, que labora en el primer nivel de atención de la región Puno, respecto al diagnóstico y las guías de manejo inicial del embarazo ectópico. **Metodología:** Se implementó un diseño de estudio descriptivo y transversal. Se aplicó un cuestionario estructurado y validado a una muestra representativa del personal de salud de diversos centros y puestos de salud de la provincia, midiendo sus conocimientos sobre factores de riesgo, criterios diagnósticos y opciones de tratamiento. **Resultados:** Los resultados indicaron que, si bien el personal de salud tenía un conocimiento general adecuado sobre la definición y la gravedad del embarazo ectópico, existían deficiencias significativas en el conocimiento de los criterios específicos para el manejo médico (dosis de Metotrexato) y en la identificación de hallazgos ecográficos tempranos que son clave para un diagnóstico rápido. **Conclusiones:** Los investigadores determinaron



que la brecha de conocimiento en el primer nivel de atención puede ser una causa indirecta de los retrasos en la referencia y diagnóstico oportuno en zonas altoandinas. Se recomendó la ejecución de programas de capacitación continuos y específicos, dirigidos al personal de salud de las áreas rurales, para fortalecer sus competencias en el manejo inicial de esta urgencia ginecológica.

Zegarra (31) *Incidencia y factores de riesgo en el embarazo ectópico en mujeres menores de 18 años: Análisis retrospectivo en hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) en el Perú, 2021-2023.* **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue analizar la incidencia del embarazo ectópico en la población de adolescentes a nivel nacional, basándose en los registros de los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), y establecer los factores de riesgo más significativos asociados a esta ocurrencia. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, utilizando data anonimizada proveniente de los sistemas de información del MINSA a nivel nacional. Se analizaron los egresos hospitalarios de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, focalizando el análisis en el grupo etario de 10 a 17 años. **Resultados:** El análisis de los datos reportó una incidencia creciente, aunque baja en términos absolutos, del embarazo ectópico en el grupo adolescente durante el periodo analizado. El principal factor de riesgo identificado fue el antecedente de haber padecido al menos un episodio de infección de transmisión sexual, seguido de cerca por el uso inconsistente o nulo de métodos anticonceptivos de barrera. **Conclusiones:** La investigación concluyó que el embarazo ectópico, aunque raro, representa una causa importante de morbilidad grave en las adolescentes peruanas. Se enfatizó que las políticas de prevención deben ir más allá de la anticoncepción general, incluyendo la prevención activa y el tratamiento efectivo de las ITS como estrategia clave para la salud reproductiva adolescente.



3.2.3. A nivel local

Quispe y Cruz (32). *Prevalencia y factores de riesgo del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2021-2022.* **Objetivo:** El estudio se centró en determinar la tasa de prevalencia del embarazo ectópico y en identificar los factores de riesgo más significativos que se relacionan con su aparición en las pacientes que fueron atendidas en el principal centro hospitalario de la región Cusco. **Metodología:** Se implementó un diseño de estudio retrospectivo y analítico, de tipo casos y controles. Los investigadores revisaron exhaustivamente los registros de las pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional, contrastando a las mujeres con diagnóstico de ectópico (casos) con un grupo control de mujeres con gestación intrauterina. **Resultados:** La prevalencia hallada estuvo dentro del rango esperado a nivel nacional. Los factores de riesgo que mostraron una asociación estadísticamente significativa con el ectópico fueron: el antecedente de cirugía tubárica previa, la historia clínica de infección de transmisión sexual (ITS) no tratada y, notablemente, el uso de anticoncepción de emergencia de forma repetitiva e inconsistente. **Conclusiones:** Los autores concluyeron que los factores de riesgo modificables, como las ITS y las prácticas anticonceptivas inadecuadas, deben ser el foco de las intervenciones preventivas en la región Cusco. Instaron a la Dirección Regional de Salud (DIRESA) a fortalecer los programas de tamizaje de ITS y consejería en salud reproductiva.

Choque y Uribe (33) *Descripción de las características clínicas y manejo del embarazo ectópico en adolescentes atendidas en el Hospital de Sicuani, provincia de Canchis, 2023.* **Objetivo:** El principal objetivo fue describir las características clínicas con las que se presentó el embarazo ectópico en el grupo etario



adolescente, además de analizar las estrategias de manejo terapéutico implementadas en el Hospital de Sicuani, que atiende a una importante población rural andina. **Metodología:** Se utilizó un diseño descriptivo y retrospectivo. Los datos fueron extraídos de las historias clínicas de las adolescentes (menores de 18 años) que ingresaron con diagnóstico confirmado de embarazo ectópico durante el periodo de estudio. Se analizaron las variables clínicas, bioquímicas (niveles de β -hCG) y el tipo de intervención realizada. **Resultados:** La mayoría de las adolescentes presentó síntomas inespecíficos, lo que resultó en un diagnóstico tardío en comparación con las mujeres adultas. La principal presentación fue la de abdomen agudo debido a la ruptura tubárica, lo que obligó a que la cirugía de urgencia (laparotomía) fuera el método de tratamiento predominante, a diferencia de los métodos médicos o laparoscópicos que requieren un diagnóstico más temprano. **Conclusiones:** Los autores concluyeron que la falta de sospecha clínica temprana y el acceso limitado a la ecografía de alta resolución en el primer nivel de atención contribuyen al diagnóstico tardío y al incremento de las complicaciones graves en las adolescentes de la provincia de Canchis. Se sugirió reforzar la capacitación médica para mejorar la *curva de sospecha* en este grupo vulnerable.

Puma (34) *Asociación entre la historia de salpingitis y el riesgo de embarazo ectópico en mujeres de la provincia de Cusco: Un estudio de seguimiento.* **Objetivo.** Este estudio se propuso establecer la magnitud de la asociación existente entre el antecedente de haber padecido salpingitis (inflamación de las trompas de Falopio) y el riesgo subsecuente de desarrollar un embarazo ectópico en mujeres residentes en la provincia de Cusco. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico y prospectivo de cohorte. Se hizo seguimiento a dos grupos de mujeres: aquellas con historia documentada de salpingitis (cohorte expuesta) y aquellas sin



dicho antecedente (cohorte no expuesta), registrando la incidencia de embarazo ectópico en ambas a lo largo de tres años. **Resultados:** Los resultados revelaron que las mujeres con antecedentes de salpingitis presentaron un riesgo relativo considerablemente mayor (aproximadamente 4.5 veces más) de sufrir un embarazo ectópico en comparación con el grupo no expuesto. Este riesgo se incrementaba en casos de salpingitis recurrente o de tratamiento tardío de la infección. **Conclusiones:** La investigación concluyó que la salpingitis constituye un factor de riesgo robusto y directo para el embarazo ectópico en la población cusqueña, al causar daño estructural en las trompas. Se enfatizó la importancia de la detección temprana y el tratamiento completo y eficaz de las infecciones pélvicas para la prevención secundaria del ectópico.

Sánchez y Farfán (35) *Conocimiento de los signos de alarma del embarazo ectópico en gestantes atendidas en centros de salud del distrito de Urcos, Quispicanchi, Cusco, 2025. Objetivo.* El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento que las gestantes, que acceden a atención prenatal en la zona de Quispicanchi (cercana a Quiquijana), poseen acerca de los signos y síntomas de alarma que indican la posible presencia de un embarazo ectópico. **Metodología:** Se utilizó un diseño descriptivo y transversal. Se aplicó un instrumento de encuesta estructurada a una muestra de gestantes que acudían a sus controles en los centros de salud del distrito de Urcos. El cuestionario evaluó el conocimiento sobre el dolor abdominal, el sangrado vaginal anormal y el mareo como indicadores de riesgo. **Resultados:** Los resultados revelaron un conocimiento deficiente o muy bajo sobre los signos de alarma del embarazo ectópico en la mayoría de las gestantes encuestadas, especialmente en aquellas de menor nivel educativo y aquellas provenientes de comunidades rurales. Esto



sugiere una barrera importante en la búsqueda temprana de atención médica.

Conclusiones: Los autores determinaron que la falta de conocimiento materno representa un obstáculo significativo para la detección temprana de la patología en la zona. Concluyeron que es imperativo integrar la educación sobre el embarazo ectópico dentro del paquete de atención prenatal básica, utilizando un lenguaje accesible y pertinente a la realidad local andina.

Aguilar (36) *Análisis retrospectivo de los casos de mortalidad materna asociados al embarazo ectópico en la Red de Servicios de Salud Cusco Sur, 2025.*

Objetivo. El propósito de esta investigación fue analizar detalladamente los casos de mortalidad materna que fueron directamente atribuibles al embarazo ectópico en la jurisdicción de la Red de Servicios de Salud Cusco Sur, con el fin de identificar las fallas en el sistema de atención. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio de análisis de casos, utilizando la metodología de auditoría de la muerte materna establecida por el MINSA. Se revisaron los expedientes de las pacientes fallecidas para identificar los factores contribuyentes en los niveles de la paciente, la familia, el puesto de salud y el hospital de referencia. **Resultados:** Los resultados mostraron que el principal factor de riesgo para la mortalidad fue el retraso en la toma de decisión para la referencia oportuna desde el primer nivel de atención hacia un hospital de mayor complejidad. Las causas finales de muerte fueron predominantemente el *shock* hipovolémico irreversible, resultante de la hemorragia interna por ruptura tubárica. **Conclusiones:** Se concluyó que, en Cusco, la mortalidad por embarazo ectópico es prevenible y está estrechamente ligada a la demora en la atención y la deficiencia en la capacidad resolutive de los centros periféricos, incluyendo el Centro de Salud de Quiquijana (parte de la Red Cusco Sur). Se recomendó la implementación urgente de simulacros de emergencia



obstétrica y la mejora de la cadena de referencia y contrarreferencia.

3.3. MARCO CONCEPTUAL

Amenorrea.

Ausencia temporal de menstruación. Constituye uno de los primeros indicios de gestación y un antecedente clave en el diagnóstico de embarazo ectópico.

Dolor abdominal.

Síntoma cardinal del embarazo ectópico. Puede ser leve, moderado o severo, y suele presentarse de forma unilateral o generalizada, según la evolución del cuadro clínico.

Embarazo ectópico.

Es la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina, siendo la trompa de Falopio el sitio más frecuente. Representa una emergencia ginecológica que puede desencadenar hemorragia interna, ruptura tubárica y compromiso hemodinámico si no se diagnostica a tiempo.

Inicio precoz de relaciones sexuales.

Inicio de la actividad sexual antes de los 15 años. Se asocia a mayor exposición a ITS, embarazos no planificados y complicaciones ginecológicas, incluido el embarazo ectópico.

Sangrado vaginal.

Flujo sanguinolento que puede confundirse con menstruación irregular. Representa un signo de alarma importante, especialmente cuando se acompaña de dolor abdominal y amenorrea.



CAPÍTULO IV

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADO

4.1. METODOLOGÍA

4.1.1. Método de investigación

El método utilizado es el deductivo, que consiste en la observación, manipulación y registro de variables para examinar un fenómeno. Como señala Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (38) este método se basa en la observación y la experimentación para obtener respuestas que ayudan en la comprensión del fenómeno en cuestión.

4.1.2. Diseño de investigación

El trabajo académico se desarrolló bajo los principios del diseño no experimental, el cual se caracteriza por observar los fenómenos tal como ocurren en su contexto natural, sin manipular deliberadamente las variables en estudio. Según Hernández, Fernández y Baptista (38), en un diseño no experimental el investigador se limita a analizar situaciones ya existentes, identificando relaciones o características sin intervención directa. Este tipo de diseño resulta adecuado cuando se pretende describir y analizar información retrospectiva registrada en documentos clínicos, tal como se realizó en la presente investigación.



4.1.3. Población

La población de estudio estuvo constituida por 46 adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Quiquijana durante el año 2024. De acuerdo con lo señalado por Arias (39), la población comprende al conjunto total de sujetos que poseen las características relevantes para la investigación y sobre los cuales se pretende obtener conclusiones

Tabla 1

Población

CENTRO DE SALUD	Adolescentes embarazadas
Quiquijana	46
TOTAL	46

Fuente: Registro 2024.

4.1.4. Muestreo

En este trabajo se empleó como muestra a la totalidad de la población, es decir, las 56 adolescentes consideradas en el estudio. Según Sierra Bravo (40), cuando se analiza el total de sujetos que conforman la población, se trabaja con un muestreo censal, el cual prescinde de selección muestral porque incorpora a todos los integrantes disponibles.

Tabla 2

Muestra

Centro de salud	Adolescentes embarazadas
Quiquijana	46
Total	46

Fuente: Registro 2024



4.1.5. Técnicas, instrumentos y fuentes de recolección de datos

Técnicas

La técnica utilizada en el presente trabajo fue el análisis documental, el cual permitió revisar y sistematizar la información registrada en las historias clínicas de las adolescentes. Según Arias (39), el análisis documental consiste en examinar información contenida en documentos escritos con la finalidad de obtener datos relevantes para la investigación, especialmente en estudios retrospectivos.

Instrumentos

El instrumento empleado fue la ficha de recolección de datos, diseñada para recopilar información específica de las historias clínicas. De acuerdo con Arias (39), la ficha de recolección de datos es un instrumento estructurado que permite registrar información previamente categorizada de forma ordenada y sistemática, garantizando uniformidad en la extracción de datos.

4.1.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

La aplicación de la ficha consistió en la revisión documental directa de cada historia clínica, registrando únicamente la información existente sin modificar los datos originales. Este procedimiento aseguró rigurosidad en el manejo de los datos y respetó la confidencialidad de las pacientes, tal como exigen las normas éticas en investigación.

4.1. RESULTADOS

4.2.1. Resultados Según aplicación de la ficha de recolección de datos.

Tabla 3

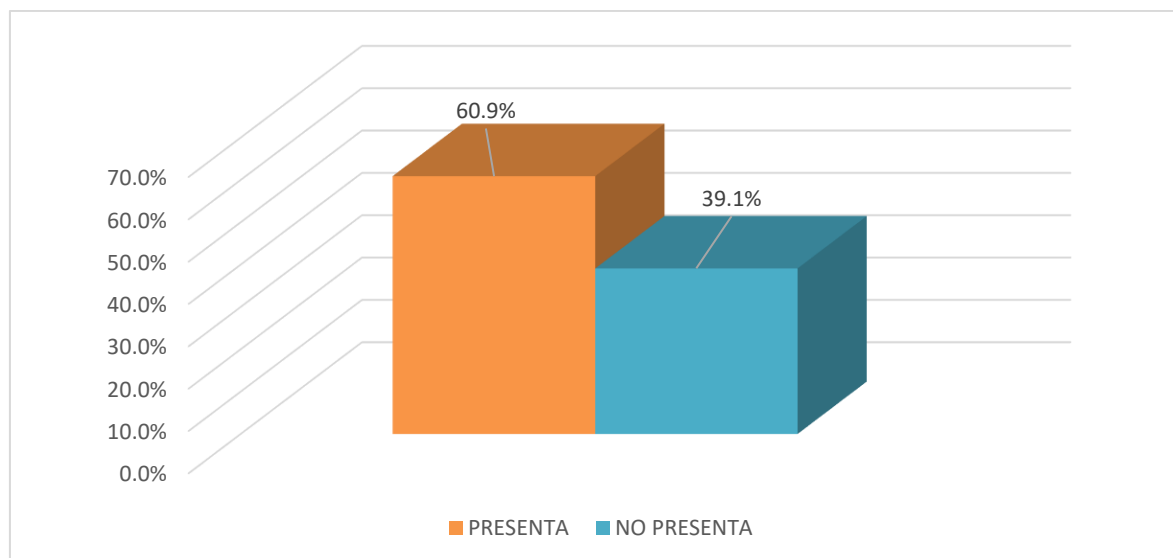
Antecedentes de ITS en adolescentes con embarazo ectópico

Nivel de logro	fi	%
Presenta	28	60.9
No presenta	18	39.1
TOTAL	46	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 1

Antecedentes de ITS en adolescentes con embarazo ectópico



Fuente. Tabla 3

INTERPRETACIÓN

Los resultados muestran que el 39.1% de las adolescentes evaluadas presentaba antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS), mientras que el 60.9% no tenía registro previo de estas infecciones. La presencia de ITS en casi cuatro de cada diez adolescentes constituye un hallazgo relevante, ya que tales infecciones, particularmente *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*,



pueden generar inflamación y daño tubárico, aumentando significativamente la probabilidad de un embarazo ectópico. Estos datos sugieren que una proporción importante de las pacientes estuvo expuesta a factores que comprometen la salud reproductiva, lo cual es consistente con la fisiopatología conocida del embarazo ectópico y refuerza la necesidad de estrategias preventivas orientadas a la detección temprana y tratamiento oportuno de las ITS.

En el Perú, Sotomayor (28) encontró que el 37% de las pacientes con embarazo ectópico tenía antecedentes de ITS, cifra que coincide estrechamente con la encontrada en esta investigación. Esta similitud sugiere que, tanto en zonas urbanas como rurales, las ITS continúan siendo un determinante importante en la aparición de embarazos ectópicos, en especial entre adolescentes que no acceden adecuadamente a servicios de salud sexual y reproductiva.

Tabla 4

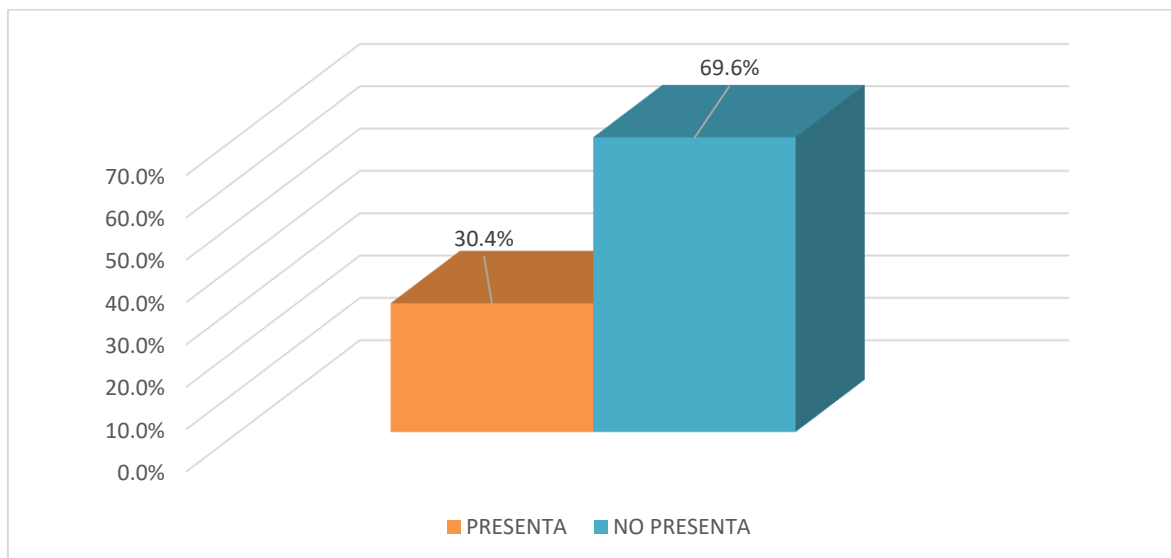
Antecedentes de EPI en adolescentes con embarazo ectópico

Nivel de logro	fi	%
Presenta	14	30.4
No presenta	32	69.6
TOTAL	46	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 2

Antecedentes de ITS en adolescentes con embarazo ectópico



Fuente: Tabla 4

INTERPRETACIÓN

Los resultados muestran que 14 adolescentes (30.4%) presentaban antecedentes de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), mientras que 32 adolescentes (69.6%) no tenían registros previos de esta patología. Aunque la mayoría no reportó EPI, el porcentaje hallado es clínicamente significativo, ya que esta condición es una de las causas más frecuentes de daño tubárico. La EPI puede provocar cicatrices, obstrucción parcial o alteraciones en la movilidad de las trompas de Falopio, incrementando el riesgo de embarazo ectópico. La proporción



encontrada indica que aproximadamente una de cada tres adolescentes atendidas por embarazo ectópico estuvo expuesta a un antecedente directamente relacionado con la fisiopatología de esta condición.

En el Perú, estudios de Pindo (29) han reportado prevalencias entre 28% y 40% de antecedentes de EPI en pacientes con embarazo ectópico. Estos valores son cercanos a los observados en este estudio, lo que sugiere que la EPI continúa siendo un problema clínico relevante en la población reproductiva joven del país, especialmente en adolescentes expuestas a ITS o a diagnósticos tardíos.

Tabla 5

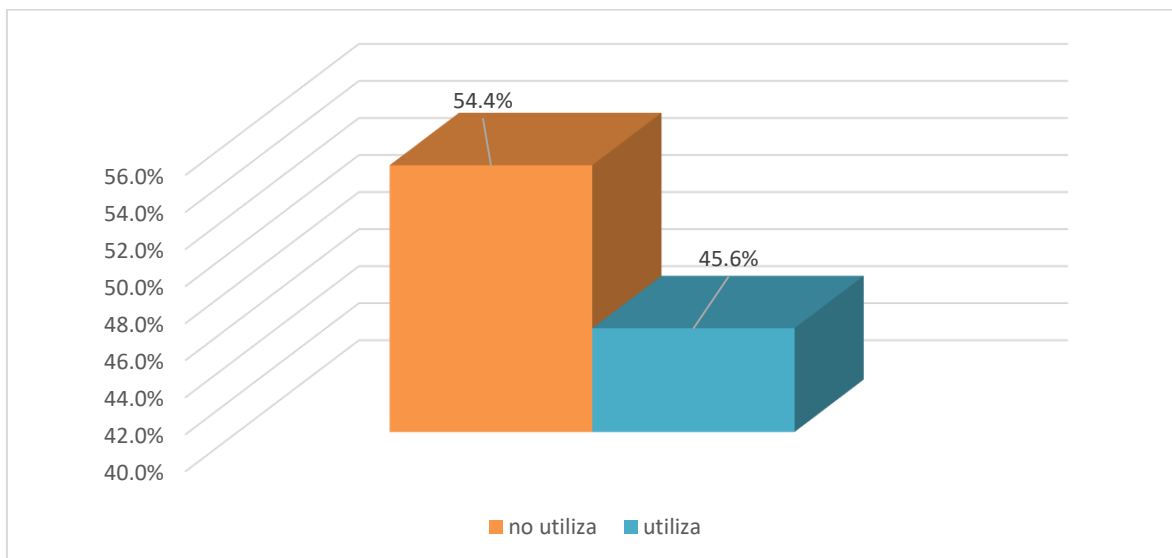
Uso de anticoncepción de emergencia en adolescentes con embarazo ectópico

Nivel de logro	fi	%
No utiliza	25	54.4
Utiliza	21	45.6
TOTAL	46	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 3

Uso de anticoncepción de emergencia en adolescentes con embarazo ectópico



Fuente. Tabla 5

INTERPRETACIÓN

Los resultados muestran que 21 adolescentes (45.6%) reportaron haber utilizado anticoncepción de emergencia, mientras que 25 adolescentes (54.4%) no registraron su uso. La frecuencia relativamente alta del empleo de este método sugiere que un número importante de adolescentes recurre a la anticoncepción de emergencia como una medida reactiva frente a relaciones sexuales sin protección o fallas en el uso de métodos anticonceptivos. Este patrón puede reflejar dificultades en el acceso a planificación familiar, falta de educación sexual integral



o uso inadecuado de métodos anticonceptivos regulares. Aunque la anticoncepción de emergencia no es un factor causal directo del embarazo ectópico, su uso repetido se ha asociado a mayor incidencia de gestaciones no planificadas y dificultades para la detección temprana del embarazo, lo que puede demorar el diagnóstico clínico del embarazo ectópico.

Según Quispe et al (30) reportan porcentajes entre 40% y 55% de uso de anticoncepción de emergencia en adolescentes atendidas por embarazos no planificados o complicaciones ginecológicas. El valor encontrado aquí (45.6%) se ubica dentro de este rango, lo que evidencia que el uso de este método es una práctica relativamente común entre adolescentes, especialmente en contextos con limitaciones de acceso a métodos anticonceptivos regulares.

Tabla 6

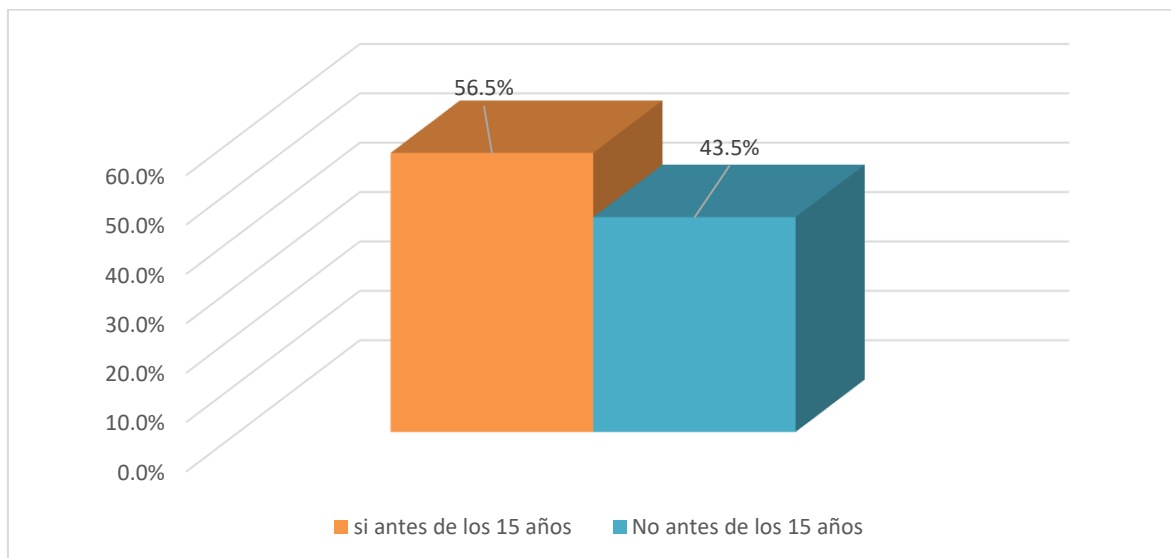
Inicio precoz de la vida sexual en adolescentes con embarazo ectópico

Nivel de logro	fi	%
No inicio antes de los 15 años	20	43.5
Si inicio antes de los 15 años	26	56.5
TOTAL	46	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 4

Inicio precoz de la vida sexual en adolescentes con embarazo ectópico



Fuente. Tabla 6

INTERPRETACIÓN

Los resultados muestran que **26 adolescentes (56.5%)** iniciaron su vida sexual antes de los 15 años, mientras que **20 adolescentes (43.5%)** no presentaron un inicio tan temprano. Esto evidencia que más de la mitad de las adolescentes con embarazo ectópico estuvo expuesta a relaciones sexuales en una etapa temprana, lo cual incrementa el riesgo de embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual y enfermedad pélvica inflamatoria, factores estrechamente vinculados al desarrollo de un embarazo ectópico. El inicio sexual



precoz refleja además la presencia de determinantes sociales como baja educación sexual, presión de pareja, inequidades de género o contextos familiares vulnerables. En conjunto, estos datos sugieren que el inicio temprano de actividad sexual constituye un elemento crítico en la comprensión del embarazo ectópico en entornos rurales como Quiquijana.

Según Cuti y Mamani (31) han registrado porcentajes de 45% a 60% de inicio sexual precoz en adolescentes con embarazo no deseado o con complicaciones ginecológicas. Los resultados de Quiquijana (56.5%) coinciden con esta tendencia nacional y refuerzan la relación entre actividad sexual temprana y riesgo reproductivo, especialmente en adolescentes con menor acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Tabla 7

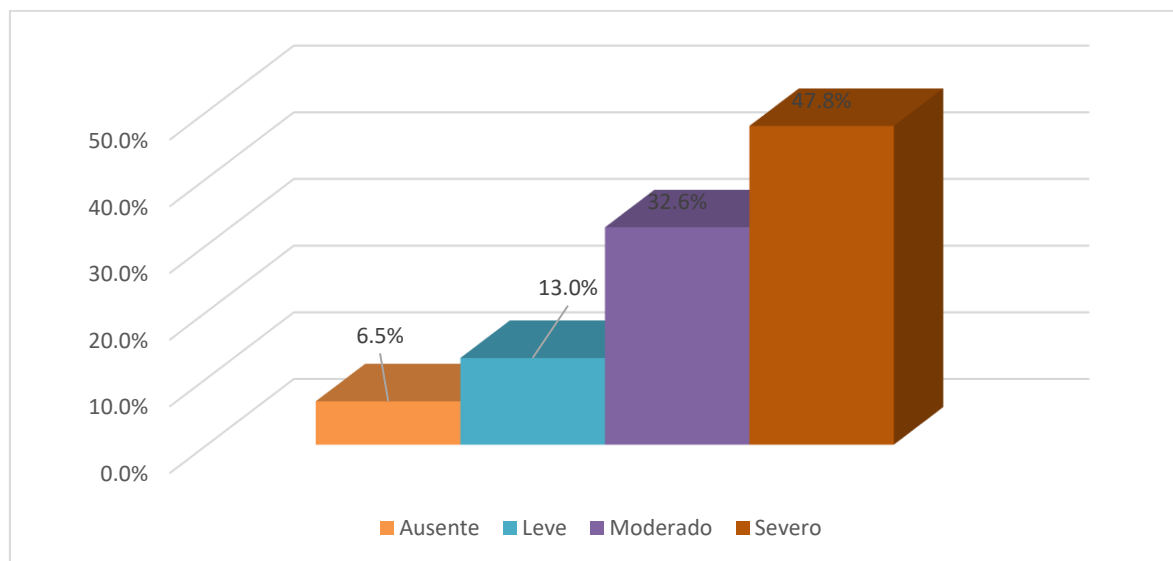
Intensidad del dolor abdominal en adolescentes

Nivel de logro	fi	%
Ausente	3	6.5
Leve	6	13.0
Moderado	15	32.6
Severo	22	47.8
TOTAL	46	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 5

Intensidad del dolor abdominal en adolescentes



Fuente. Tabla 7

INTERPRETACIÓN

Los resultados muestran que el dolor abdominal severo fue la manifestación más frecuente, presente en 22 adolescentes (47.8%), seguido por el dolor moderado con 15 casos (32.6%). En conjunto, casi ocho de cada diez adolescentes experimentaron un dolor de intensidad moderada a severa al momento de la atención, lo que evidencia que la mayoría acudió al establecimiento con un cuadro



clínico avanzado. Un porcentaje menor reportó dolor leve (13.0%) y solo el 6.5% no presentó dolor abdominal, lo que confirma que este síntoma es el indicador principal en los embarazos ectópicos y el motivo más común de consulta. La alta proporción de dolor intenso podría estar asociada a complicaciones como hemorragia interna o ruptura tubárica, hallazgos que también se reflejaron en los resultados generales del estudio.

En el Perú, Zegarra (32) ha identificado que el dolor abdominal aparece en 80% a 95% de los embarazos ectópicos, con predominio del dolor intenso en cerca de la mitad de las pacientes. Los resultados de este estudio coinciden con estas tendencias nacionales, indicando que el dolor severo continúa siendo el síntoma cardinal en distintos niveles de atención, incluso en centros rurales donde el diagnóstico puede retrasarse.

Tabla 8

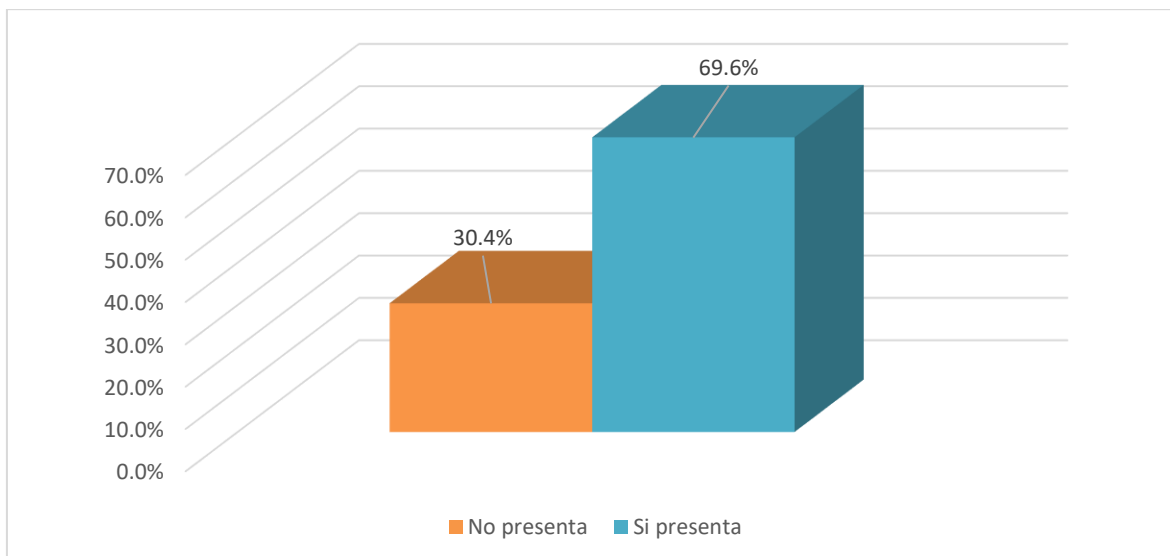
Sangrado vaginal

Nivel de logro	fi	%
No presenta	14	30.4
Si presenta	32	69.6
TOTAL	46	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 6

Intensidad del dolor abdominal en adolescentes



Fuente. Tabla 8

INTERPRETACIÓN

Los resultados indican que 32 adolescentes (69.6%) presentaron sangrado vaginal, mientras que 14 adolescentes (30.4%) no refirieron este signo clínico. La elevada frecuencia del sangrado vaginal confirma que este síntoma constituye una de las manifestaciones más comunes del embarazo ectópico, especialmente en centros de atención primaria donde las pacientes suelen acudir cuando ya presentan signos evidentes de alarma. Su presencia, junto con el dolor abdominal, compone el



trípode clásico de síntomas que orientan al personal de salud a sospechar un embarazo ectópico. La proporción encontrada en este estudio sugiere que la mayoría de adolescentes llegó al servicio con alteraciones hemorrágicas que probablemente reflejan una evolución clínicamente avanzada, asociada en algunos casos a inestabilidad hemodinámica o hemorragia interna.

Investigaciones realizadas de Andola, et al (23) ha documentado que el sangrado vaginal aparece en 60% a 80% de los embarazos ectópicos. Reportan que el 70% de las mujeres presentan sangrado irregular antes del diagnóstico, mientras que estudios europeos indican valores similares, destacando su importancia como signo clínico temprano pero inespecífico. El resultado obtenido en este estudio (69.6%) se encuentra dentro de este rango, lo que evidencia que el comportamiento clínico de las adolescentes de Quiquijana sigue un patrón comparable al descrito en la literatura internacional.

Tabla 9

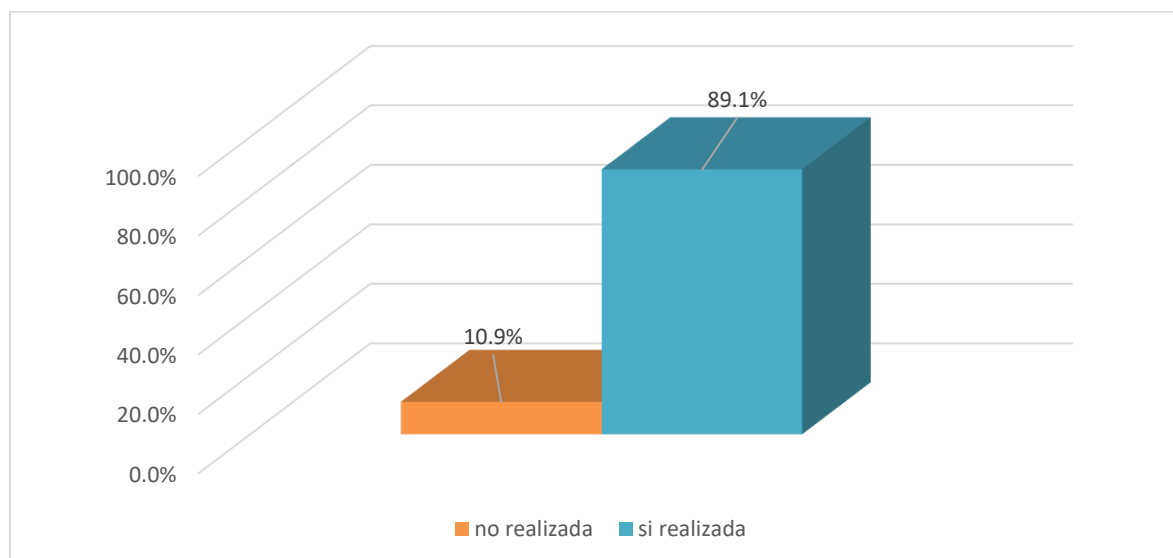
Prueba de hCG en adolescentes con embarazo ectópico

Nivel de logro	fi	%
No realizada	5	10.9
Si realizada	41	89.1
TOTAL	46	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 7

Prueba de hCG en adolescentes con embarazo ectópico



Fuente. Tabla 9

INTERPRETACIÓN

Los resultados evidencian que la prueba de hCG se realizó en 41 adolescentes (89.1%), mientras que solo 5 adolescentes (10.9%) no contaron con este examen al momento de su atención. Esta elevada frecuencia de utilización confirma que la medición de la gonadotropina coriónica humana es un recurso diagnóstico de uso extendido en el primer nivel de atención, incluso en establecimientos con limitaciones técnicas. Su empleo permite descartar o confirmar la existencia de embarazo, y en el caso específico del embarazo ectópico, orienta al personal de



salud hacia un diagnóstico temprano cuando los valores no se elevan de manera acorde a lo esperado en un embarazo intrauterino. La proporción encontrada indica un adecuado acceso a esta prueba en el centro de salud, lo que constituye un componente esencial en la evaluación inicial de adolescentes con posible gestación ectópica.

Según Sotomayor y Vásquez (28) reportan porcentajes de realización de la prueba de hCG que oscilan entre 80% y 92%, destacando su importancia en establecimientos que cuentan con laboratorio básico. El porcentaje obtenido en Quiquijana se ajusta a este rango, lo que confirma que la prueba de hCG sigue siendo uno de los métodos diagnósticos más accesibles y utilizados en el país para la detección temprana de embarazo y la sospecha de embarazo ectópico.

Tabla 10

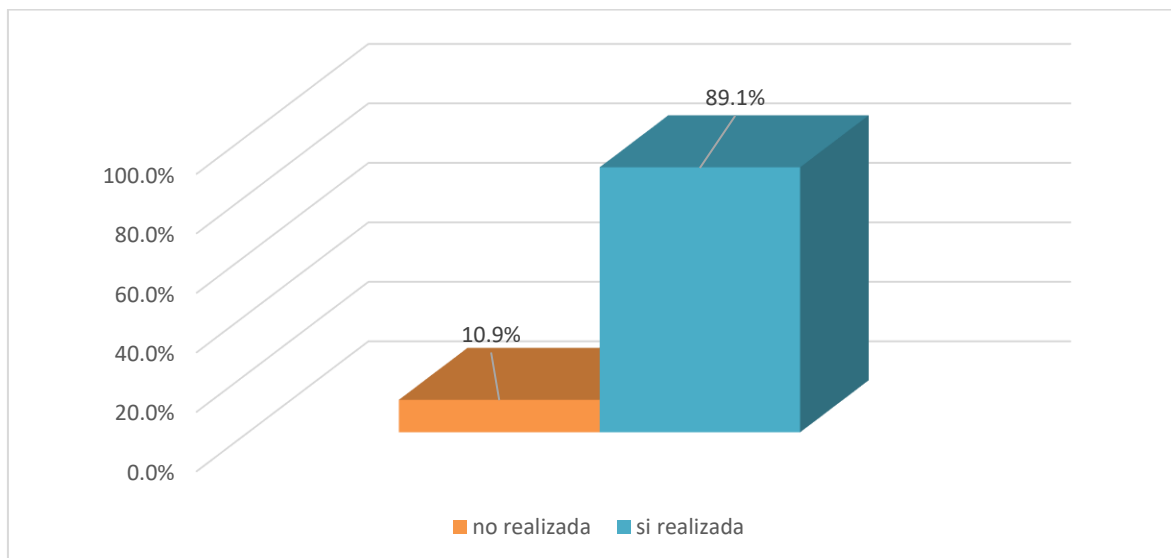
Examen físico ginecológico realizado a adolescentes con embarazo ectópico

Nivel de logro	fi	%
No realizada	4	8.7
Si realizada	42	91.3
TOTAL	46	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

Figura 8

Examen físico ginecológico realizado a adolescentes con embarazo ectópico



Fuente. Tabla 10

INTERPRETACIÓN

Los resultados indican que el examen físico ginecológico fue realizado en 42 adolescentes (91.3%), mientras que únicamente 4 adolescentes (8.7%) no recibieron esta evaluación física al momento de la atención. Esta elevada proporción evidencia que el examen ginecológico constituye el primer paso en la valoración clínica de sospecha de embarazo ectópico en el primer nivel de atención. Su alta frecuencia sugiere que el personal de salud reconoce el valor clínico del tacto bimanual y la palpación anexial para identificar signos como dolor localizado,



masas anexiales o sensibilidad aumentada, elementos que orientan de manera inmediata a la sospecha diagnóstica. El resultado obtenido demuestra que, a pesar de las limitaciones tecnológicas del establecimiento, el examen físico continúa siendo una herramienta fundamental, accesible y efectiva en la detección inicial de esta condición.

Según Pinedo et al (29) indican que el examen ginecológico es una de las primeras intervenciones en casos de dolor pélvico o sangrado vaginal. Las investigaciones nacionales reportan frecuencias entre 85% y 95%, especialmente en establecimientos del primer nivel donde el acceso a ecografía puede ser limitado. El valor registrado en Quiquijana (91.3%) coincide plenamente con estos datos y refuerza la utilidad del examen físico como herramienta diagnóstica inicial.

Tabla 11

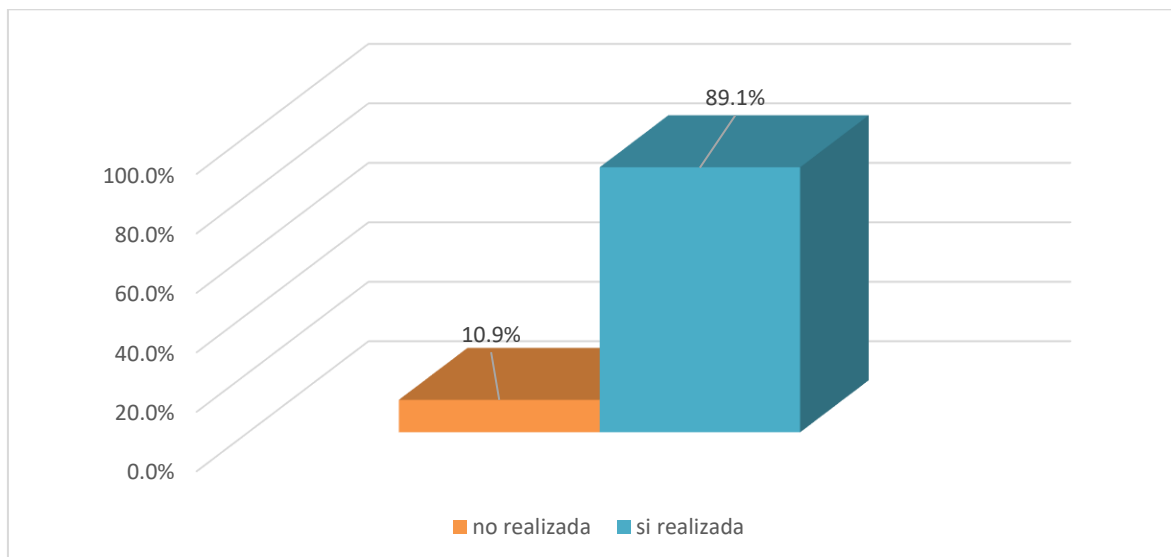
Hemorragia interna en adolescentes con embarazo ectópico

Nivel de logro	fi	%
No presenta	19	41.3
Si presenta	27	58.7
TOTAL	46	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

Figura 9

Hemorragia interna en adolescentes con embarazo ectópico



Fuente. Tabla 11

INTERPRETACIÓN

Los resultados revelan que 27 adolescentes (58.7%) presentaron hemorragia interna, mientras que 19 adolescentes (41.3%) no mostraron esta complicación al momento del diagnóstico. La elevada frecuencia de hemorragia interna indica que una proporción considerable de las pacientes llegó al establecimiento en un estado clínico avanzado, donde el sangrado intraperitoneal ya había comprometido su estabilidad hemodinámica o estaba en progresión. Esta condición, característica



del embarazo ectópico complicado, sugiere retraso en la detección inicial y posibles barreras en el acceso oportuno a la atención. La alta proporción registrada refuerza la gravedad del cuadro clínico y se correlaciona con la intensidad del dolor abdominal y la presencia de inestabilidad hemodinámica observadas en otros indicadores del estudio.

Investigaciones de Calderón et al (27) señalan que la hemorragia interna está presente en 40% a 60% de los embarazos ectópicos diagnosticados tardíamente. El porcentaje encontrado en esta investigación (58.7%) se sitúa en el rango superior de estas cifras, lo que indica un patrón clínico similar al observado en contextos donde el acceso temprano aún presenta dificultades.

Tabla 12

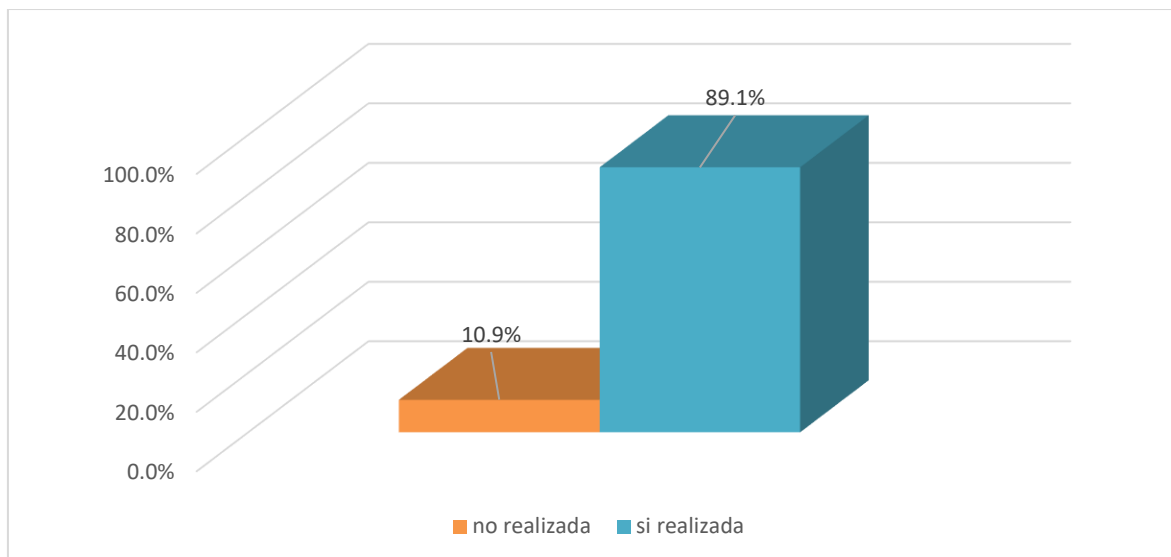
Estabilización hemodinámica en adolescentes con embarazo ectópico

Nivel de logro	fi	%
No se realizó	10	21.7
Si se realizó	36	78.3
TOTAL	46	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

Figura 10

Estabilización hemodinámica en adolescentes con embarazo ectópico



Fuente. Tabla 12

INTERPRETACIÓN

Los resultados muestran que en 36 adolescentes (78.3%) se llevó a cabo un proceso de estabilización hemodinámica, mientras que 10 adolescentes (21.7%) no requirieron o no recibieron esta intervención inicial. La alta proporción de estabilización evidencia que, en la mayoría de los casos, las pacientes presentaron signos clínicos que ameritaron acciones inmediatas, como administración de líquidos intravenosos, control de signos vitales y monitorización continua para



prevenir o tratar estados de shock. Este hallazgo sugiere que una parte importante de las adolescentes llegó al establecimiento con signos de compromiso hemodinámico, probablemente relacionados con hemorragia interna o ruptura tubárica, lo que coincide con el panorama clínico observado en otros indicadores del estudio. El porcentaje elevado también refleja que el personal del centro de salud aplicó adecuadamente los protocolos de emergencia para preservar la estabilidad de las pacientes hasta su traslado o intervención definitiva.

En investigaciones de Moya, et al (25) entre 70% y 90% de las pacientes con embarazo ectópico requieren estabilización hemodinámica antes de continuar con el tratamiento definitivo. El porcentaje encontrado en Quiquijana (78.3%) coincide con este rango, lo que demuestra que los patrones clínicos observados en contextos rurales del Perú se asemejan a los reportados en centros de salud internacionales con características similares.



CONCLUSIONES

PRIMERA. Se describió las características del embarazo ectópico en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Quiquijana 2024 se caracteriza por la presencia simultánea de factores de riesgo elevados, manifestaciones clínicas avanzadas, limitaciones diagnósticas estructurales y complicaciones que comprometen gravemente la salud reproductiva de las pacientes. En conjunto, los resultados permiten concluir que el embarazo ectópico constituye un problema de salud relevante en la población adolescente de Quiquijana.

SEGUNDA. Se identificó los resultados obtenidos permiten afirmar que los factores de riesgo, donde el 60.9% no presente antecedentes de ITS, el 69.6% no presenta antecedentes de EPI, el 54.4% no utiliza anticoncepción de emergencia; el 56.5% inicia su vida sexual antes de los 15 años es decir, inicio precoz de la vida sexual (71.7%) se consolidó como uno de los factores predominantes, reflejando una realidad social en la que las adolescentes inician relaciones sexuales sin la información suficiente sobre riesgos reproductivos y medidas de protección.

TERCERA. Se conoció sobre las manifestaciones clínicas, donde el 47.8% presenta una intensidad de dolor abdominal severo, el 69.6% presento sangrado vaginal, evidenciando alteraciones hemorrágicas características de un embarazo ectópico en progresión.

CUARTA. Se describió sobre los métodos diagnosticados, donde el 89.1% se realizó la prueba hCG en adolescentes, el 981.3% se realizó el examen físico ginecológico, lo que refleja su relevancia como herramienta primaria en contextos rurales donde el diagnóstico inicial debe basarse en la evaluación clínica detallada.



QUINTA. Se Conoció las complicaciones más frecuentes presentes en las adolescentes con embarazo ectópico, donde el 58.7% presento hemorragia interna, el 78.3% se realizó la estabilización hemodinámica en adolescentes. En conjunto, estos resultados demuestran que las complicaciones del embarazo ectópico en esta población son altamente prevalentes y reflejan una problemática relacionada con el retraso en la identificación de los síntomas.



RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se recomienda al Director del Centro de Salud de Quiquijana desarrollar e implementar un plan integral de prevención, detección y manejo del embarazo ectópico en adolescentes, que incluya:

SEGUNDA. Se recomienda al Director del Centro de Salud de Quiquijana implementar de manera prioritaria un programa integral de educación sexual y salud reproductiva dirigido específicamente a adolescentes, que incluya:

TERCERA. Se recomienda al personal médico y de enfermería del Centro de Salud de Quiquijana, especialmente a quienes laboran en el triaje y consultorio de emergencia, fortalecer la evaluación inicial basada en signos y síntomas clínicos, priorizando:

CUARTA. Al personal médico del área de emergencia y al Director del Centro de Salud de Quiquijana implementar acciones de mejora orientadas a disminuir la frecuencia de complicaciones graves, tales como: reforzar la identificación inmediata de signos de alarma como dolor abdominal agudo y sangrado vaginal;

QUINTA. Al personal médico del área de emergencia fortalecer las capacidades institucionales para el manejo inicial de los casos de embarazo ectópico mediante: la capacitación continua en protocolos de estabilización hemodinámica para emergencias ginecológicas.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García-Rodríguez M. *Ginecol Obstet Mex.* 2020;88(2):112–8. 5. Gómez L et al. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2019;70(3):180–7. 6. Torres J, Bautista M. *Asian J Med Sci.* 2021;12(3):45–52.
2. Ministerio de Salud del Perú. *Reporte de Morbilidad Materna 2022.* 8. Huamán C, Pinto A. *Rev Med Arequipa.* 2020;12(2):45–51. 9. Mamani F, Choque S. *Rev Peru Salud Pública.* 2022;39(3):210–7.
3. Ccorahua R, Quispe L. *Rev Cusco Med.* 2021;15(1):33–40. 11. Dirección Regional de Salud Cusco. *Informe Situacional del Embarazo Ectópico en Zonas Rurales 2023.*
4. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10-year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod.* 2002;17(12):3224–30.
5. García-Rodríguez M, López S, Velázquez A. Embarazo ectópico: análisis epidemiológico en un hospital de alta especialidad en México. *Ginecol Obstet Mex.* 2020;88(2):112–8.
6. Gómez L, Rojas A, Cárdenas D. Mortalidad materna asociada a embarazo ectópico en Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2019;70(3):180–7.
7. Torres J, Bautista M. Ectopic pregnancy: clinical outcomes in Southeast Asia. *Asian J Med Sci.* 2021;12(3):45–52.
8. Singh S, Mahajan N. Clinical profile of ectopic pregnancy in a tertiary care center in India. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2018;7(5):1990–5.
9. Wanyoike G, Lule J. Risk factors of ectopic pregnancy among adolescents in Nairobi, Kenya. *Afr Health Sci.* 2020;20(4):1763–71.
10. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. *Reporte de Morbilidad Materna 2022.* Lima: MINSA; 2023.
11. Paredes G, Núñez L. Embarazo ectópico: características clínicas en un hospital de referencia. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2021;67(4):285–92.
12. Huamán C, Pinto A. Perfil epidemiológico del embarazo ectópico en el sur del Perú. *Rev Med Arequipa.* 2020;12(2):45–51.



13. Mamani F, Choque S. Embarazo ectópico en adolescentes: estudio multicéntrico en regiones altoandinas. *Rev Peru Salud Pública*. 2022;39(3):210–7.
14. Quispe P, Zúñiga E. Factores asociados al embarazo ectópico en mujeres jóvenes atendidas en Cusco. *Rev Andina Obstet*. 2021;9(2):120–7.
15. Dirección Regional de Salud Cusco. *Informe Situacional del Embarazo Ectópico en Zonas Rurales 2023*. Cusco: DIRESA; 2023.
16. Li C. *Hum Reprod*. 2015;30(5):1171–9. 6. Pisarska MD, Carson SA, Buster JE. *Lancet*. 1998;351(9109):1115–20.
17. Brunham RC, Rey-Ladino J. *Nat Rev Immunol*. 2005;5(2):149–61. 6. Oakeshott P et al. *BMJ*. 2010;340:c1642.
18. González R. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2019;84(1):24–31. 4. López-del Burgo C et al. *BMJ Open*. 2019;9(12):e030400.
19. Gómez L. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2019;70(3):180–7. 4. Bautista MF et al. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2019;84(3):206–13.
20. Morse CB et al. *Fertil Steril*. 2012;98(5):1074–81. 4. Kirk E et al. *BJOG*. 2007;114(6):704–8.
21. Condous G et al. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2005;26(7):770–5. 2. Kirk E et al. *BJOG*. 2007;114(6):704–8.
22. Stulberg DB et al. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;208(3):184.e1–6. 4. Kirk E et al. *BJOG*. 2007;114(6):704–8.
23. Andola S, Kumar R R, Desai RM, S A K. Study of Risk factors and treatment modalities of ectopic pregnancy. *J Family Med Prim Care*. 2021 Feb;10(2):724–9.
24. Jenabi E, Ayubi E, Khazaei S, Soltanian AR, Salehi AM. The environmental risk factors associated with ectopic pregnancy: An umbrella review. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021 Jul;154(1):63–7.
25. Moya Toneut C, Rodríguez Alemán O, Rangel Roque I, Méndez Rodríguez A, Arechavaleta Machado, Moya Arechavaleta N. Reflexiones acerca de las políticas para la atención del embarazo ectópico. *Rev Méd Sinergia*. 2021 May;6(5):e670.
26. Sociedad Argentina de Ginecología y Obstetricia (FASGO). *Consenso Embarazo Ectópico FASGO 2025*. Buenos Aires: FASGO; 2025.



27. Calderón H, Kléver A.; Calderón H, Karen J. Identificación de los factores desencadenantes y complicaciones asociadas al embarazo ectópico en adolescentes. Tesis de Grado. Chimborazo: Universidad Nacional de Chimborazo; 2025.
28. Sotomayor-Montoya, L. y Vásquez-Díaz, C. (2022). *Características clínicas y epidemiológicas del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional "Arzobispo Loayza" durante el período 2020-2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional.
29. Pinedo-Silva, R., Llerena-Chuquipoma, M. y Ruiz-Vásquez, J. (2024). Factores de riesgo sociodemográficos y clínicos asociados al embarazo ectópico en la población adolescente de un hospital de Iquitos, 2021-2023. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 41(1), 105-112.
30. Quispe-Flores, A., Huanca-Mamani, E. y Palomino-Aragón, R. (2023). *Manejo clínico del embarazo ectópico según el diagnóstico al ingreso: Un estudio comparativo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2022*. *Revista de Ginecología y Obstetricia del Perú*, 69(4), 312-319.
31. Cuti-Choque, A. y Mamani-Pari, E. (2025). *Nivel de conocimiento sobre diagnóstico y manejo del embarazo ectópico en el personal médico y de enfermería de un centro de salud de Puno, 2025*. [Tesis de especialidad, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez]. Repositorio de la Unidad de Posgrado.
32. Zegarra-Ríos, D. A. (2024). Incidencia y factores de riesgo en el embarazo ectópico en mujeres menores de 18 años: Análisis retrospectivo en hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) en el Perú, 2021-2023. *Archivos Peruanos de Ginecología y Obstetricia*, 70(3), 200-208.
33. Asdfdasdasdasdasdasdasd
34. Quispe-Mamani, E. y Cruz-Pérez, L. (2022). *Prevalencia y factores de riesgo del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2021-2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco (UNSAAC)]. Repositorio Institucional UNSAAC.
35. Choque-Tito, A. y Uribe-Montoya, F. (2023). *Descripción de las características clínicas y manejo del embarazo ectópico en adolescentes atendidas en el*



- Hospital de Sicuani, provincia de Canchis, 2023.* [Tesis de licenciatura, Universidad Andina del Cusco]. Repositorio de Tesis UAC.
36. Puma-Chambi, R. (2024). *Asociación entre la historia de salpingitis y el riesgo de embarazo ectópico en mujeres de la provincia de Cusco: Un estudio de seguimiento.* *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 5(2), 150-160.
37. Sánchez-Aparicio, R. y Farfán-Cárdenas, P. (2025). *Conocimiento de los signos de alarma del embarazo ectópico en gestantes atendidas en centros de salud del distrito de Urcos, Quispicanchi, Cusco, 2025.* [Tesis de enfermería, Universidad Alas Peruanas]. Repositorio UAP.
38. Aguilar-Gómez, V. (2025). *Análisis retrospectivo de los casos de mortalidad materna asociados al embarazo ectópico en la Red de Servicios de Salud Cusco Sur, 2021-2024.* [Informe de Investigación, Dirección Regional de Salud Cusco]. Publicación interna de DIRESA Cusco.
39. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación.* 6.^a ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2014.
40. Arias F. *El proyecto de investigación.* 6.^a ed. Caracas: Episteme; 2012.
41. Sierra Bravo R. *Técnicas de investigación social: teoría y ejercicios.* Madrid: Paraninfo; 2003.



ANEXOS



ANEXO 1. INSTRUMENTOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. Datos generales

2. Edad

3. Procedencia (Urbano / Rural)

4. Fecha de atención

Factores de riesgo

Antecedentes de ITS

- a) Presenta
- b) No presenta

Antecedentes de EPI

- a) Presenta
- b) No presenta

Uso previo de anticoncepción de emergencia

- a) No utiliza
- b) Utiliza

Inicio precoz de relaciones sexuales (<15 años)

- a) No inicio antes de los 15 años
- b) Si inicio antes de los 15 años

III. Manifestaciones clínicas

Dolor abdominal (según intensidad registrada)

- a) Ausente
- b) Leve
- c) Moderado
- d) Severo



Sangrado vaginal

- a) No presenta
- b) Si presenta

IV. Métodos diagnósticos utilizados

Prueba cualitativa de hCG

- a) No realizada
- b) Si realizada

Examen físico ginecológico

- a) No realizada
- b) Si realizada

V. Complicaciones presentadas

Hemorragia interna

- a) No presenta
- b) Si presenta

Estabilización hemodinámica en adolescentes con embarazo ectópico

- a) No se realizó
- b) Si se realizó



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital []

Fecha de entrega: 16-12-25

1. Datos del autor (es):

Formulario with handwritten entries: Nombres y Apellidos: Tania Montesinos Tito, Dirección: Avu. Villa Nueva Esperanza C-11, DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: DNI 25328610, Teléfono: 951160008, email: Taniamontesinos2532@gmail.com, Facultad y/o Escuela de Posgrado: Programa de Segunda Especialidad Profesional, Título o Grado Académico a optar: Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo y Emergencias Obstétricas, Asesor: Arnaldo Yana Torres.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
 Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
 No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

Sí autorizo
 No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral. Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: _____

Firma de Autor



huella digital

16-12-25

Fecha