

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSTGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS**



**INFORME FINAL DE TESIS DE GRADUACION**

**USO DE METROTEXATO EN EL MANEJO MEDICO DE EMBARAZO  
ECTOPICO EN EL HOSPITAL PRIMERO DE MAYO DEL INSTITUTO  
SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL DE ENERO A JUNIO 2014**

**PRESENTADO POR:**

**DRA ANGELA LORENA CHAVEZ NATIVI  
DRA LAURA MARIA MAJANO DE CRUZ**

**PARA OPTAR AL TITULO DE:**

**ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**ASESOR DE TESIS:**

**DR. EDWARD HERRERA**

**SAN SALVADOR, 22 JUNIO 2016**

## RESUMEN

El embarazo ectópico es una complicación médica en Ginecología y Obstetricia potencialmente mortal, sin embargo, con el advenimiento de la ultrasonografía de alta resolución y el uso de cuantificación de la hormona Gonadotropina Coriónica Humana en su fracción Beta (BHCG) es posible realizar el diagnóstico del mismo de manera precoz y así ofrecer a los pacientes métodos no invasivos para el manejo de esta patología

En el Hospital primero de Mayo que es nuestro hospital escuela, se utiliza el Metrotexato que es un agonista del ácido fólico e inhibe la replicación celular, provocando en el huevo anormalmente implantado una destrucción y la consiguiente reabsorción del mismo, utilizado en las pacientes con embarazo ectópico no roto que cumplieron los criterios de inclusión establecidos por el Ministerio de Salud.

El estudio surgió con el fin de analizar los resultados en las pacientes en las que se cumplió manejo con metrotexato para embarazo ectópico no roto, utilizando los criterios de inclusión recomendados por el Ministerio de Salud que rige nuestro hospital, en comparación con los resultados obtenidos por el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) obtenidos a nivel internacional.

Nuestra meta fue poder analizar los resultados finales del manejo médico con metrotexato en nuestras pacientes y de estos cuales finalizaron en un acto quirúrgico y poder así comparar con los resultados internacionales del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y además que nuestro estudio funcione como aporte para el futuro manejo médico del embarazo ectópico en nuestra institución.

La metodología de investigación utilizada fue de tipo Transversal.

Como muestra se tomaron las pacientes que ingresaron al puerperio 2 con el diagnóstico de embarazo ectópico no roto y se les cumplió manejo médico con metrotexate.

Resultando en un total de 30 pacientes, a quienes se les brindo manejo con metrotexate, concluyendo en base a los resultados obtenidos en nuestra investigación lo siguiente:

- Se obtendrían mejores resultados para las pacientes con embarazo ectópico no roto tratadas con manejo médico, que cumplieran los criterios de BHCG menor a 5000 mIU/ml y el tamaño de la masa menor a 35 mm.
- Se recomienda a las jefaturas de ginecología y obstetricia del hospital primero de mayo, redactar nuevos lineamientos a nivel institucional, recomendando la aplicación de los criterios de inclusión del ACOG, ya estos revelaron mejores resultados para un manejo médico .
- Es importante el seguimiento ambulatorio de las pacientes a quienes se les da manejo con metrotexate, así como también la búsqueda de las pacientes que por diferentes motivos interrumpen el seguimiento.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico sigue siendo la principal causa de muerte relacionada con el primer trimestre del embarazo, a pesar de la mejora de los métodos de diagnóstico que conducen a la detección y el tratamiento temprano. En El Salvador se conoce en el 2014 una muerte materna por embarazo ectópico, pero a nivel el Instituto Salvadoreño del Seguro Social no ha registrado muerte materna por esta causa desde el 2004.

Si bien los enfoques quirúrgicos son la base del tratamiento, los avances en el diagnóstico precoz facilitan la introducción del tratamiento médico con metrotexato como método no invasivo.

Existen diferentes tipos de manejo del embarazo ectópico: expectante, farmacológico y quirúrgico cada uno de ellos con criterios para su aplicación.

Debido al uso rutinario de la ecografía temprana en pacientes infértiles que conciben, el diagnóstico de embarazo ectópico puede establecerse temprano y el tratamiento médico puede ser administrado en la mayoría de los casos. La tasa de éxito global del tratamiento médico en mujeres adecuadamente seleccionados es casi el 90 por ciento y el 35 por ciento de las mujeres con embarazo ectópico son elegibles para recibir tratamiento médico.

En El Salvador contamos con las guías clínicas de ginecología y obstetricia última actualización oficial en febrero 2012, siendo estas las de base teórica y de aplicabilidad de los criterios de inclusión de una paciente para manejo medico con metrotexato.

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia en el año 2008 lanza sus guías de manejo relacionadas al tratamiento médico del embarazo ectópico no roto, las cuales difieren en múltiples aspectos en relación a las Guías institucionales utilizadas en el Hospital Primero de Mayo. Obteniendo resultados favorables tanto en la disminución de dosis utilizadas de metrotexate, así como también una disminución en la recurrencia de cirugía posterior al uso de este medicamento,

como enfoque de este estudio se compararan los resultados que el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia obtiene con la aplicación de sus criterios de inclusión, con los resultados que se obtendrán a través de la recolección de datos de este estudio en el Hospital Primero de Mayo. De esta manera se pretende una mejor atención a las usuarias con una aplicación más oportuna del medicamento y con ello disminuir la incidencia de resultados adversos relacionados con el manejo médico.

## **METODOLOGIA**

Se utilizó la metodología de investigación de tipo transversal.

Como muestra a las pacientes que ingresaron al puerperio 2 con el diagnóstico de embarazo ectópico no roto y se les cumplió manejo medico con metrotexate.

La fuente de información fue a través de la revisión de expedientes clínicos y el libro de ingresos del puerperio 2.

## RESULTADOS

Al realizar el estudio se obtuvieron datos de 28 pacientes que ingresaron al Hospital Primero de Mayo servicio de Puerperio 2 con diagnóstico de embarazo ectópico no roto a las cuales se les indico manejo medico con metrotexate.

Conforme a lo objetivos planteados en nuestro estudio se realizó la recolección de datos para describir y caracterizar a las pacientes que ingresaron al Hospital Primero de Mayo con diagnóstico de embarazo ectópico no roto. Se tomaron para describir a las 28 pacientes con embarazo no roto ingresadas en el servicio de puerperio 2.

- La mayor frecuencia de edad de las pacientes oscila entre 26-30 años de edad en un 37%, y el menor rango oscila entre los 36 – 40 años en un 13% .( ver grafica 1)
- El nivel educativo oscila en su mayoría con un 60% en las etapas básicas de mismo.
- Es de destacar que en su mayoría de la paciente incluida en este estudio tiene antecedentes obstétricos previos (no es primer embarazo).
- Ninguna paciente que se incluye en el estudio presentó el antecedente de tratamiento de infertilidad previo a presentar embarazo ectópico.
- Además, las pacientes en un 40% no utilizan métodos de planificación familiar , 60% de las pacientes de estudios utilizaron algún método de PF

en su mayoría inyectables, dos pacientes describen el uso de esterilización quirúrgica previa a presentar embarazo ectópico.

- No se describen antecedentes de infecciones de transmisión sexual en la mayoría de las pacientes, solamente el 0.07% del total indicó haber tenido ITS previas. También indicaban un número de parejas sexuales entre 1 y 2.
- El 50% de las pacientes presentan sobrepeso, el 23% tiene peso normal según su IMC y el 26% presentan obesidad, con lo que podemos relacionar que la mayoría de pacientes manejadas por embarazo ectópico en el Hospital primero de Mayo se encuentran alejadas de su peso ideal.
- La mayoría de las pacientes presentó el antecedente de tener cirugías abdominales previas constituyendo en ellas uno de los factores de riesgo más importantes identificados en este estudio
- Además, no se investigaron datos acerca del uso o no del cigarrillo en estas pacientes, según los expedientes clínicos a pesar de conocerse que constituye uno de los factores de riesgo para el desarrollo de esta patología.
- De las principales localizaciones anatómicas por USG de la masa ectópica predomina la localización tubárica en un 100% (ver grafica 2).
- De las pacientes que se les cumplió tratamiento médico basado en el valor de BHCG cuantitativa  $< 5,000$  UML/L se observa que se cumple en un 79% (ver grafica 3).

- El tamaño de la masa para cumplir tratamiento médico <35mm es de un 86%. (Ver grafica 4)
- Las variables de inclusión de ausencia de latido cardiaco fetal y ausencia de hemoperitoneo para manejo medico con metrotexate estas fueron cumplidas ambas en un 100%. (ver graficas 5 y 6).
- Se cumplió en un 100% el esquema de unidosis de metrotexate para manejo medio de embarazo ectópico no roto(ver grafica 7).
- De las pacientes que se les cumplió manejo medico solo 6 pacientes terminaron su tratamiento con una intervención quirúrgica de las cuales 4 fueron laparotomías exploradoras, 2 por video laparoscopia. (ver grafica 8)
- Las pacientes a quienes se les coloco metrotexate y completaron tratamiento médico corresponde a un 79%, cabe mencionar que un 25 % no completo el seguimiento, y el 21% resultaron en un procedimiento quirúrgico (ver grafica 9).
- El éxito del manejo médico de embarazo ectópico no roto con metrotexate es de 79 %, es de hacer notar que el 21% no completo el seguimiento. (ver grafica 10).

## DISCUSIÓN

El principio del trabajo de investigación era comparar los resultados obtenidos y correlacionarlos con ambos parámetros de inclusión del MINSAL y de la ACOG (anexo 3 cuadro comparativo) , así que hemos observado que en el grupo de estudio la variable de BHCG cuantitativa se obtuvieron mejores resultados con el parámetro de  $<5,000$  UL/L valor de inclusión según la ACOG ya que las pacientes que se les cumplió manejo medico con valores mayor a ese finalizaron en un procedimiento quirúrgico con un índice de falla del 21% .

En la variable de tamaño de la masa se observó que se utilizó el valor de  $< 35$  mm en un 86%, dato que mejor a poya la ACOG con el criterio de inclusión de  $<35$ mm, lo que influyo a obtener mejores resultados en las pacientes y finalizaron su tratamiento sin complicaciones, ya que las que tuvieron algún índice de falla por el tamaño de la masa  $<30$ mm , tienen la variable en conjunto de BHCG  $>5,000$  , lo que finalmente terminaron su tratamiento en un procedimiento quirúrgico.

Se observó que los criterios de inclusión de ausencia de latido cardiaco y ausencia de hemoperitoneo en pacientes hemodinamicamente estables, ambos criterios mencionados en los criterios del MINSAL como de la ACOG, se cumplieron al 100%.

La ACOG recomienda el uso de esquema de unidosis ya que una sola dosis es menos costoso, requiere menos supervisión intensiva, no requiere de rescate con ácido folínico y causa menos efectos secundarios , en nuestro estudio observamos que se cumplió esquema de unidosis en un 100% observando que solo dos pacientes presentaron efectos secundarios los cuales fueron gastrointestinales como vomitos , mientras estuvo en observación hospitalaria , de estas pacientes los resultados fueron favorables ya que de las que asistieron a sus controles obtuvieron un 79% de éxito del manejo médico , un 21% finalizaron en procedimiento quirúrgico por otras variables y hay un 25% que no asistieron a sus controles y de los cuales no hay registro en expedientes de reingreso por complicaciones.

## CONCLUSIONES

El éxito en general del manejo médico del embarazo ectópico está relacionado con múltiples factores.

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, así como la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva publicaron los factores que inciden en el fracaso del tratamiento médico del embarazo ectópico:

- Valores iniciales de BHCG mayores a 5000 mIU/ml
- Detección por ecografía de líquido peritoneal libre
- Presencia de actividad cardiaca fetal
- Tamaño de la masa mayor a 35 mm

Según estudios observacionales con una BHCG menos a 5000 mIU/ml entre el 71.2-94.6% de las pacientes presentan resultados favorables en el manejo con metrotexate. Al realizar nuestro estudio las pacientes que presentaron valores por arriba del punto de corte dado por la ACOG fueron intervenidas quirúrgicamente posterior al uso de metrotexate, a pesar de encontrarse dentro de los límites indicados por el MINSAL para el uso de este medicamento.

Según estudios observacionales existe mayor eficacia en masas de embarazo ectópico menor a 35 mm entre el 90 y 93%. Los niveles de BHCG no están directamente relacionados en la mayoría de las ocasiones con el tamaño de la masa. En nuestro estudio dos de las pacientes presentaban rangos de BHCG dentro de los valores indicados por la ACOG para el manejo médico; sin embargo, el tamaño de la masa de las mismas se encontraba por arriba de 35 mm por lo que estas pacientes posteriores a uso de metrotexate, requirieron intervención quirúrgica.

En cuanto al latido cardiaco y la presencia de líquido peritoneal no son criterios de inclusión para manejo médico con metrotexate según el MINSAL por lo que las pacientes con estas características no se les colocó metrotexate.

Por lo tanto, concluimos según nuestros resultados lo siguiente:

- Se obtendrían mejores resultados para las pacientes con embarazo ectópico no roto tratadas con manejo médico, que cumplieran los criterios de BHCG menor a 5000 mIU/ml y el tamaño de la masa menor a 35 mm
- Se recomienda a las jefaturas de ginecología y obstetricia del hospital primero de mayo, redactar nuevos lineamientos a nivel institucional, recomendando la aplicación de los criterios de inclusión del ACOG, ya estos revelaron mejores resultados para un manejo médico .
- Es importante el seguimiento ambulatorio de las pacientes a quienes se les da manejo con metrotexate, así como también la búsqueda de las pacientes que por diferentes motivos interrumpen el seguimiento.

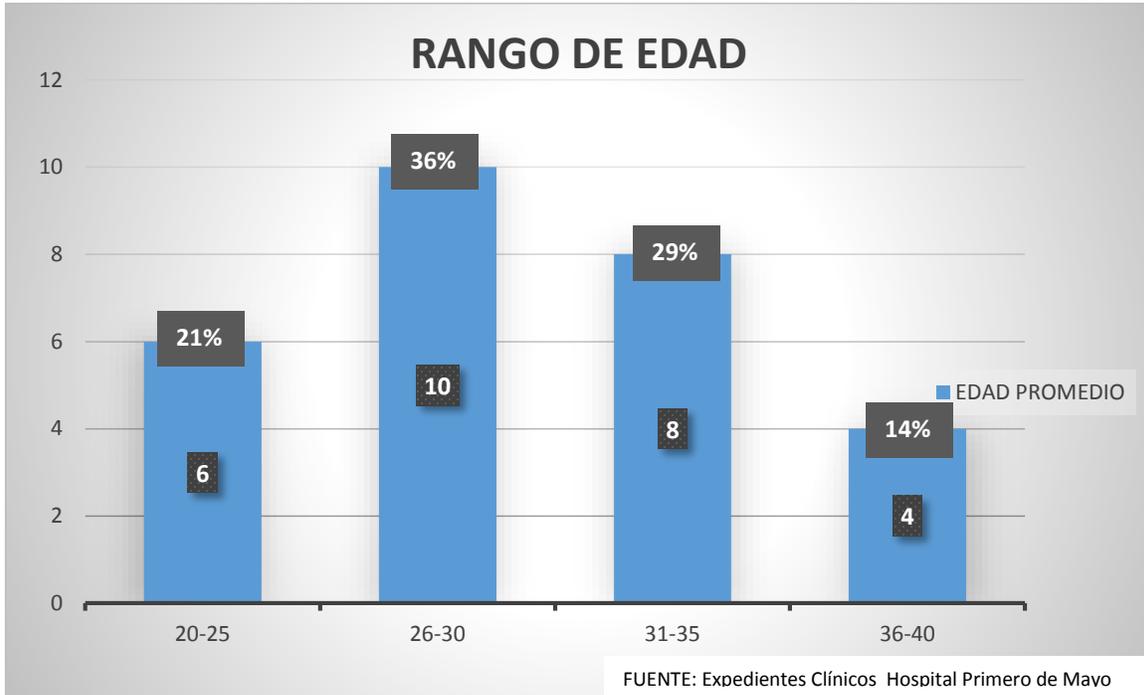
## BIBLIOGRAFIA

1. Kurt T. Barnhart. M.D. MSC: E, EctopicPregnancy. NEJM. [seriada en línea]; 23 junio 2009. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp0810384>. Consultada: 10 de septiembre 2015.
2. Guías clínicas de ginecología y obstetricia, Embarazo Ectópico, página 107, MINSAL, ISSS, febrero 2012.
3. UPTODATE [base de datos en internet]. Autor, Togas Tulandi, MD, MHCM, Section Editor, Robert L Barbieri, MD, Deputy Editor, Sandy J Falk, MD, Clinicalmanifestations, diagnosis, and management of ectopicpregnancy. 21 agosto 2013. [ citado en septiembre 2014] Disponible en: [http://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?source=see\\_link&view=outline](http://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?source=see_link&view=outline).
4. UPTODATE [base de datos en internet]. Autor, Togas Tulandi, MD, MHCM, Section Editor, Robert L Barbieri, MD, Deputy Editor, Sandy J Falk, MD, Incidence, riskfactors, and pathology of ectopicpregnancy. 30 jul 2013. [ citado en septiembre 2014] Disponible en: [http://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-incidence-risk-factors-and-pathology?source=search\\_result&search=Ectopic+pregnancy&selectedTitle=3%7E150&view=outline](http://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-incidence-risk-factors-and-pathology?source=search_result&search=Ectopic+pregnancy&selectedTitle=3%7E150&view=outline)
5. UPTODATE [base de datos en internet]. Autor, Togas Tulandi, MD, MHCM, Section Editor, Robert L Barbieri, MD, Deputy Editor, Sandy J Falk, MD, Methotrexatetreatment of tubal and interstitial ectopicpregnancy. 17 enero 2014. [ citado en septiembre 2014] Disponible en: [http://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-choosing-a-treatment-and-methotrexate-therapy?source=see\\_link&view=outline](http://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-choosing-a-treatment-and-methotrexate-therapy?source=see_link&view=outline)

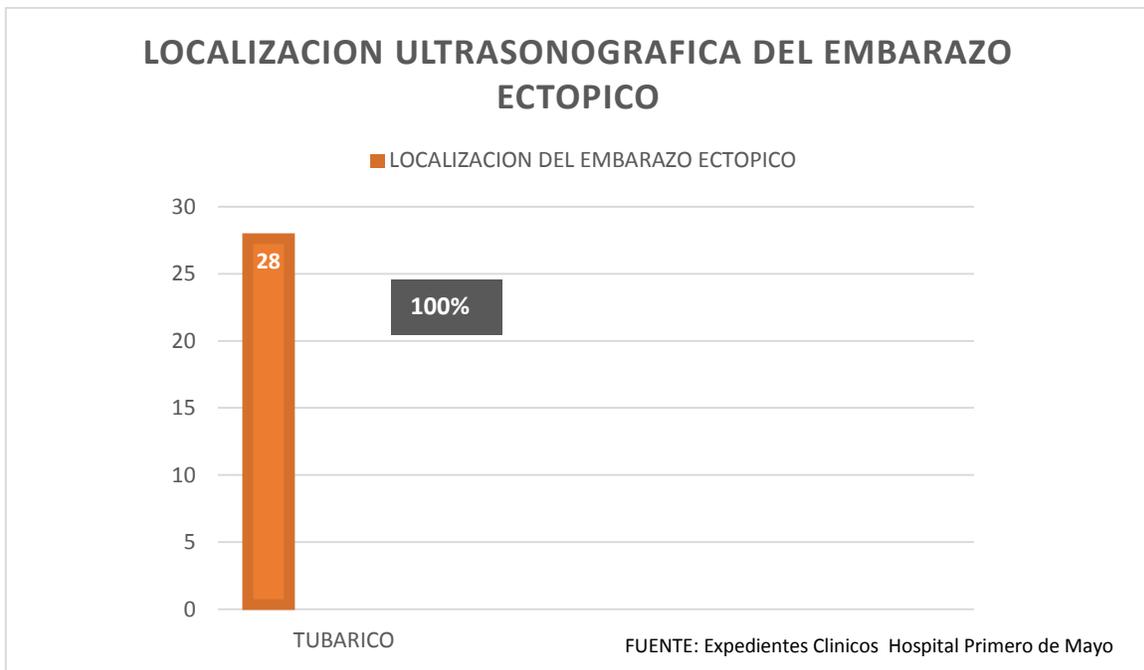
6. MEDLINE PLUS [base de datos en internet]. Revistas médicas. Metrotexato, efectos secundarios, 15 de mayo 2014. [ citado 25 de septiembre 2015] Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/meds/a682019-es.html#side-effects>.

**ANEXOS**  
**GRAFICAS**

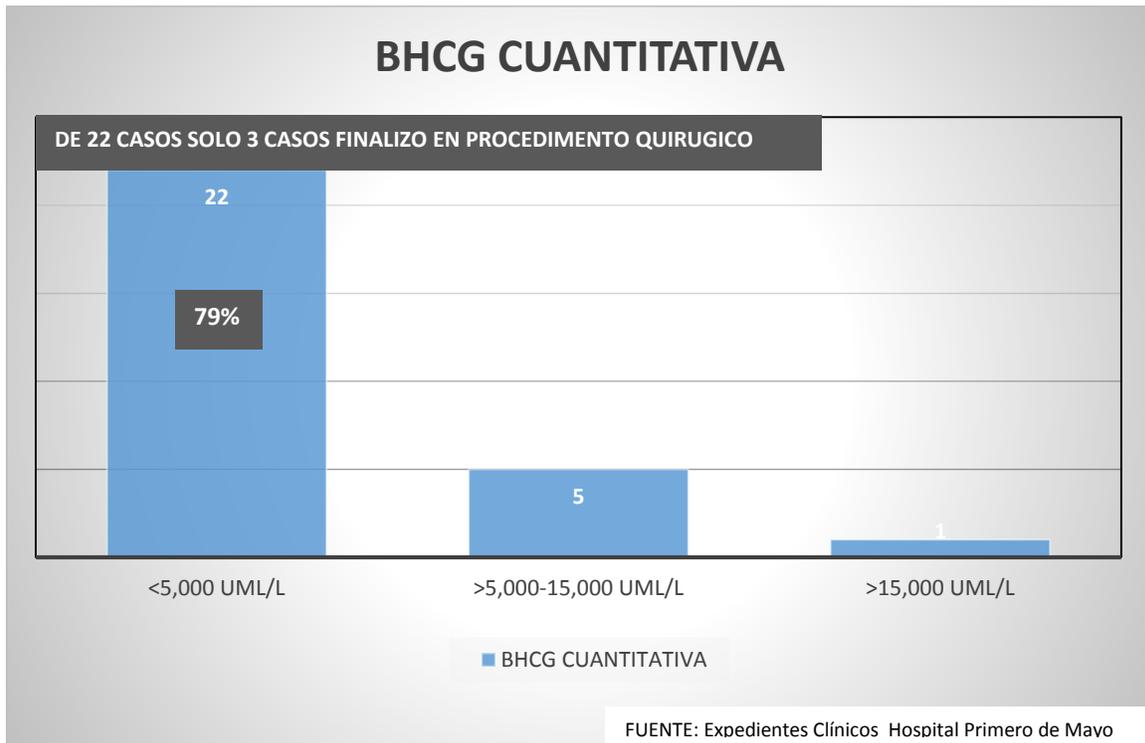
GRAFICA 1



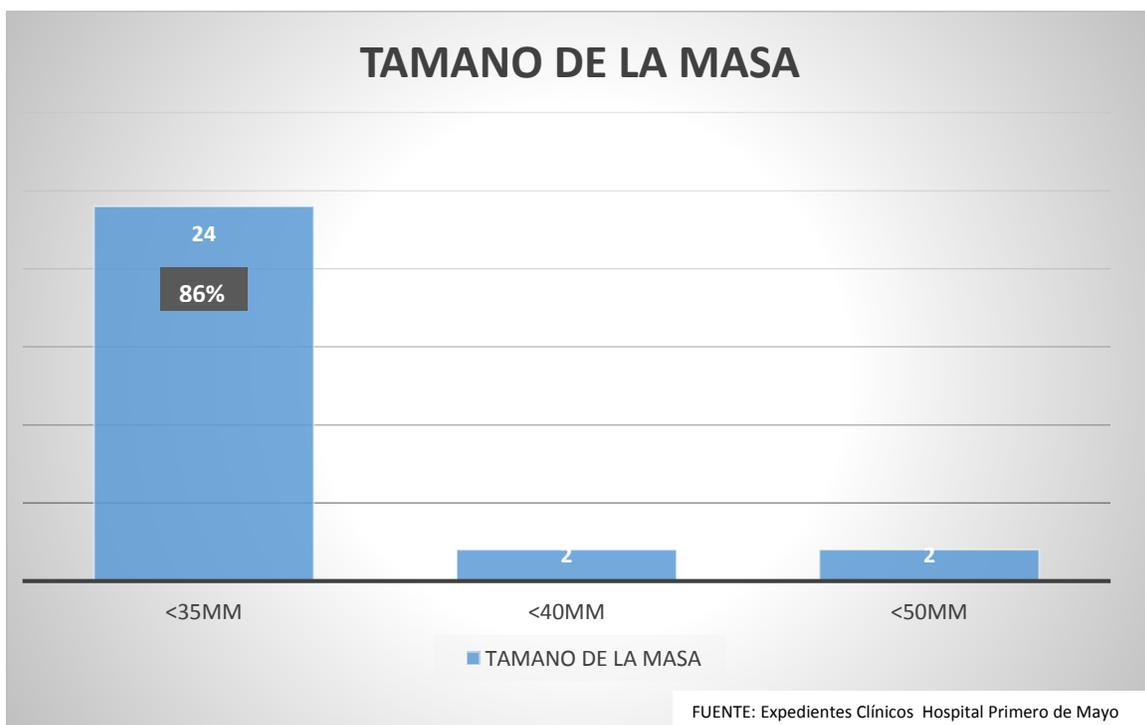
GRAFICA 2



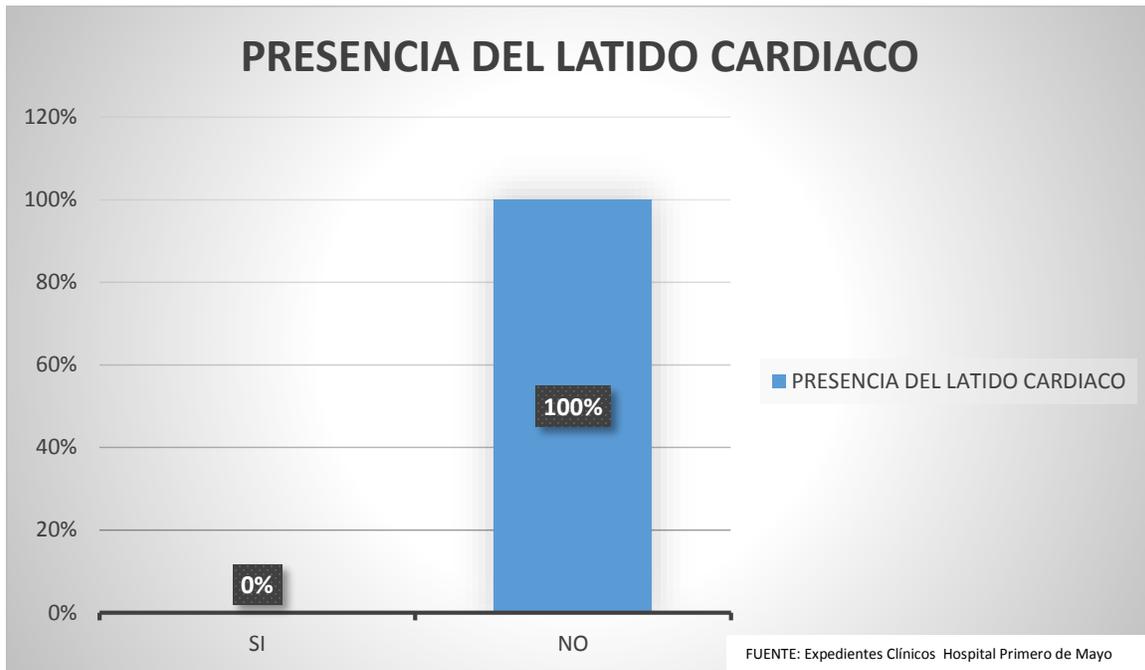
GRAFICA 3



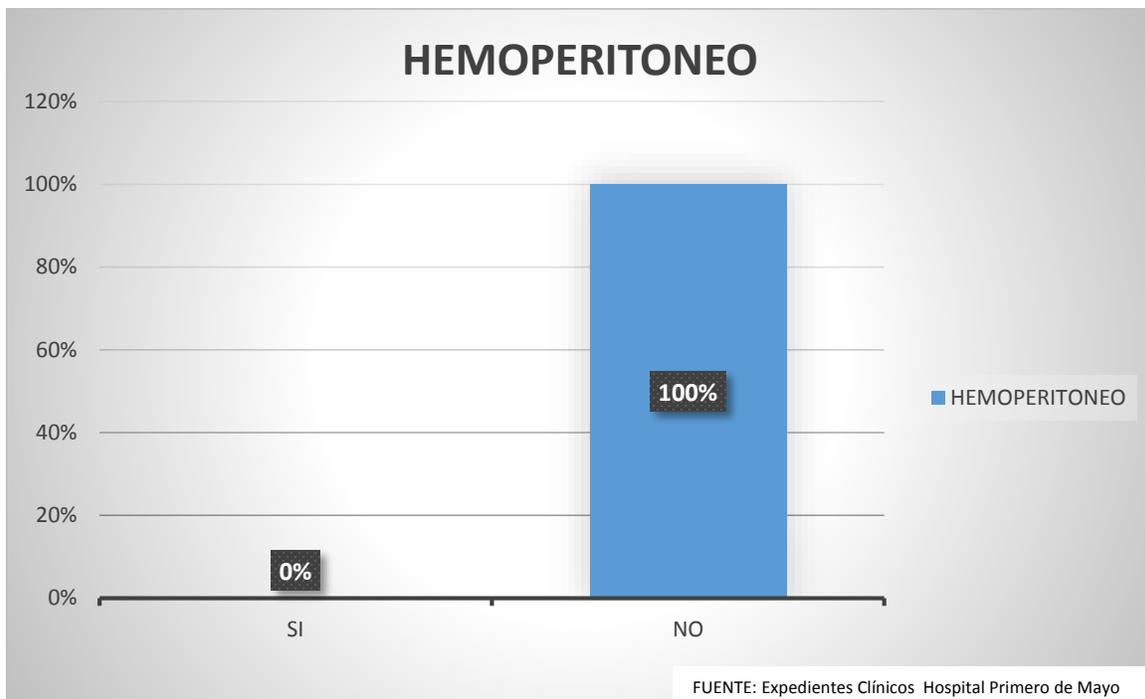
GRAFICA 4



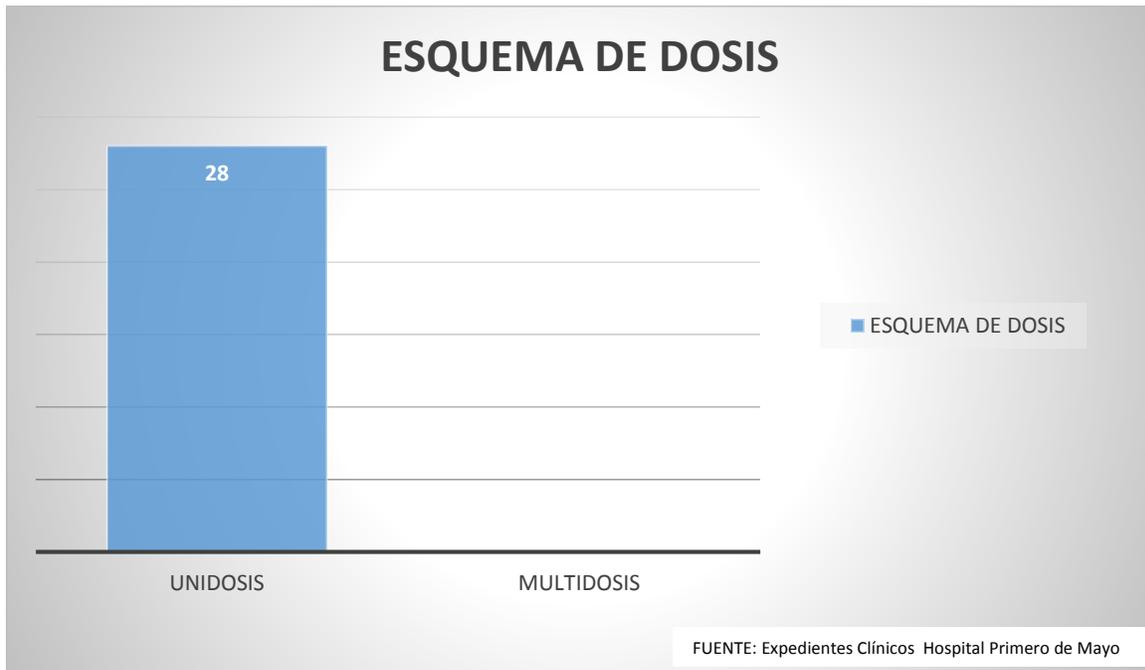
GRAFICA 5



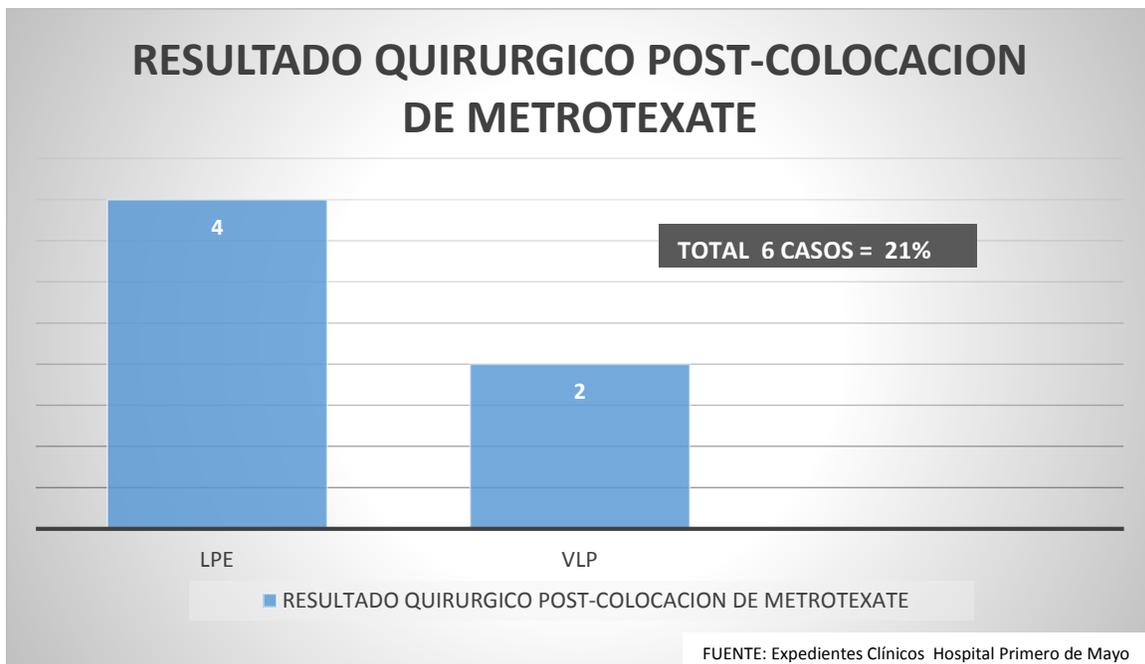
GRAFICA 6



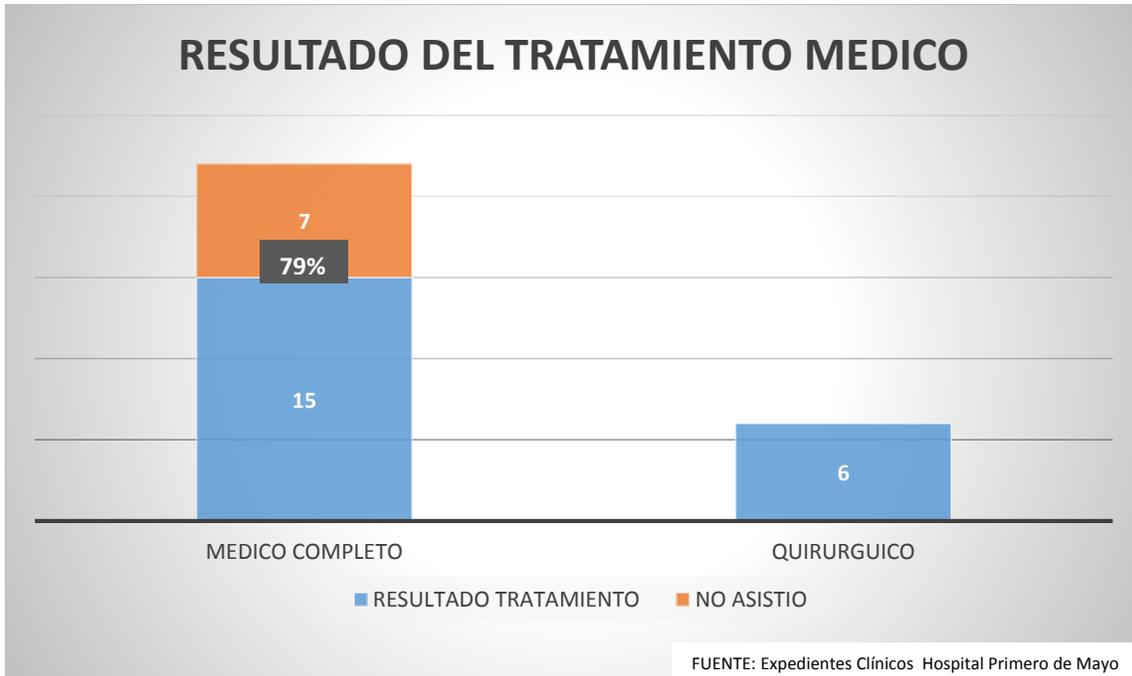
GRAFICA 7



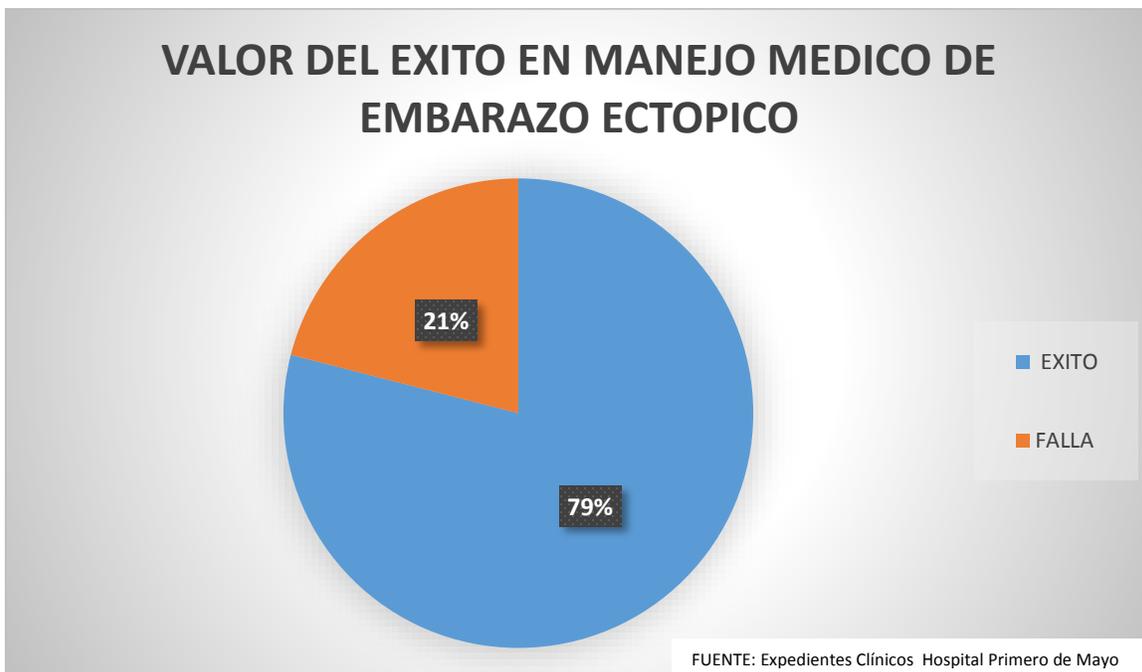
GRAFICA 8



GRAFICA 9



GRAFICA 10



# ANEXO I

## HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

CODIGO /AÑO	# AFILIACION	EDAD	PESO	LOCALIZACION	BHCG CUANTITATIVA		TAMAÑO DE MASA	LATIDO CARDIACO	HEMOPERITONEO	UNIDOSIS	MULTIDOSIS	BHCG AL 4° DIA	TRATAMIENTO QUIRURGICO	CUMPLE TRATAMIENTO	EFFECTOS SECUNDARIOS
		AÑOS	KG	TUBARICO/OVARIACO/CERVICAL	<5,000 UML/L	>5,000-15,000 UML/L	<30 MM<35 MM<40MM<50 MM	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	UM/L	SI: (VLP/LPE)/NO	SI/NO	RESP,GI, TOPIC,NEURO, CARDIO
001-2014	102841334	30	55.5	Tubarico	4,707	0	<30 mm	No	No	Si	No	7,906	Si-LPE	No	No
002/2014	109893160	22	87	Tubarico	4,876	0	<30 mm	No	No	Si	No	3,124	No	Si	No
003/2014	105814888	33	73	Tubarico	0	8,637	<35 mm	No	No	Si	No	3,668	Si-VLP	Si	No
004/2014	108821283	39	61	Tubarico	565	0	<30 mm	No	No	Si	No	2,254	No	No asiste	No
005/2014	111924070	23	79	Tubarico	2453	0	<35 mm	No	No	Si	No	1,218	No	Si	No
006/2014	112935209	20	60	Tubarico	0	10,383	<30 mm	No	No	Si	No	14,691	No	No asiste	No
007/2014	93744328	32	55	Tubarico	0	18,258	<40 mm	No	No	Si	No	12,326	No	Si	No
008/2014	196771928	36	56	Tubarico	4,896	0	<30 mm	No	No	Si	No	1,066	No	Si	No
009/2014	100751165	38	65	Tubarico	146	0	<30 mm	No	No	Si	No	0	No	No asiste	No
010/2014	104846827	30	68	tubarico	824	0	<35 mm	No	No	Si	No	755	No	Si	No
011/2014	105871102	27	72	Tubarico	1,297	0	<50 mm	No	No	Si	No	1,761	Si-VLP	Si	No
012-2014	106867980	27	60	Tubarico	844	0	<30 mm	No	No	Si	No	40.6	No	Si	No
013/2014	108790933	22	60.9	Tubarico	3,557	0	<30 mm	No	No	Si	No	1,917	No	Si	No
014/2014	197794006	35	74	Tubarico	2,620	0	<30 mm	No	No	Si	No	1,264	No	Si	No
015-2014	103843049	30	63	Tubarico	2,903	0	<30 mm	No	No	Si	No	0	No	No asiste	No
016-2014	101800992	35	75	Tubarico	1,272	0	<30 mm	No	No	Si	No	198	No	No asiste	No
017-2014	107893090	29	53	Tubarico	3,288	0	<30 mm	No	No	Si	No	839	No	Si	No

CODIGO /AÑO	# AFILIACION	EDAD	PESO	LOCALIZACION	BHCG CUANTITATIVA		TAMAÑO DE MASA	LATIDO CARDIACO	HEMOPERITONEO	UNIDOSIS	MULTIDOSIS	BHCG AL 4° DIA	TRATAMIENTO QUIRURGICO	CUMPLE TRATAMIENTO	EFFECTOS SECUNDARIOS
		AÑOS	KILOGRAMOS	TUBARICO/OVARIACO/CERVICAL	<5,000 UML/L	>5,000-15,000 UML/L	<30 MM<35 MM<40MM<50 MM	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	UM/L	SI: (VLP/LPE)/NO	SI/NO	RESP,GI, TOPIC,NEURO, CARDIO
018-2014	101827388	31	70	Tubarico	1,932	0	<30 mm	No	No	Si	No	4,013	No	Si	No
019-2014	104777259	37	69	Tubarico	798	0	<30 mm	No	No	Si	No	240	No	Si	No
020-2014	104847379	30	62	Tubarico	3907	0	<30 mm	No	No	Si	No	423	No	Si	GI
021-2014	106850112	30	70	Tubarico	0	7,901	<40 mm	Si	No	Si	No	24,901	Si-LPE	Si	GI
022/2014	109897019	26	67	Tubarico	141	0	<30 mm	No	No	Si	No	21	No	Si	No
023-2014	111920951	23	49	Tubarico	608	0	<30 mm	No	No	Si	No	542	No	Si	No
024-2014	103845767	31	60	Tubarico	0	5,821	<35 mm	No	No	Si	No	4,409	No	Si	No
025-2014	105802032	34	75	Tubarico	0	6,242	<30 mm	No	No	Si	No	7,949	Si-LPE	Si	No
026-2014	108800417	35	70	Tubarico	1,741	0	<30 mm	No	No	Si	No	1,884	No	No asiste	No
027-2014	106881689	26	60	Tubarico	3,188	0	<50 mm	No	No	Si	No	0	Si-LPE	No	No
028-2014	111911188	23	65	Tubarico	605	0	<30 mm	No	No	Si	No	1,868	No	No asiste	No

## ANEXO II

### CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN HOSPITAL PRIMERO DE MAYO

N°	N° DE EXPEDIENTE	EDAD	EDUCACION	FORMULA OBSTETRICA					PESO	TALLA	IMC	METODO DE PLANIFICACION	INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL	ECTOPICO PREVIO	TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD	N° DE PAREJAS SEXUALES	NUMERO DE CIRUGIAS ABDOMINALES	ANTECEDENTES DE MIOMAS UTERINOS	TABAQUISMO	MANEJO
				G	P	P	A	V												
1	102841334	30	MEDIA	2	1	0	0	1	58	1.47	26.8	NO USO	NO	NO	NO	1	2	SI	No dato	medico
2	112935209	20	Basica	1	0	0	0	0	60	1.65	22.0	Inyectable	No	No	No	1	0	NO	No dato	Medico
3	111924070	23	Basica	3	2	0	0	2	79	1.6	30.9	No Uso	No	No	No	1	3	No	No dato	Medico
4	93744328	32	Basica	1	0	0	0	0	55	1.57	22.3	Inyectable	No	No	NO	1	0	No	No dato	Medico
5	196771928	36	Basica	2	1	0	0	1	56	1.5	24.9	Inyectable	si	No	No	1	1	no	No dato	Medico
6	100751165	38	Basica	1	0	0	0	0	65	1.5	28.9	NO USO	No	No	No	1	0	No	No dato	Medico
7	101800929	35	Superior	3	2	0	0	2	50	1.5	22.2	EQB	No	No	No	2	1	No	No dato	medico

	N° DE EXPEDIENTE	EDAD	EDUCACION	FORMULA OBSTETRICA					PESO	TALLA	IMC	METODO DE PLANIFICACION	DE TRANSMISION SEXUAL	ECTOPICO PREVIO	TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD	PAREJAS SEXUALES	O DE CIRUGIAS ABDOMINALES	DENTES DE MIOMAS	TABAQUISMO	MANEJO
				G	P	P	A	V												
8	107893090	29	Basica	2	1	0	0	1	60	1.55	25.0	NO USO	No	NO	No	1	0	No	No dato	Medico
9	1088211283	39	Superior	4	3	0	0	3	65	1.6	25.4	EQB	No	No	No	2	0	No	No dato	Expectante
10	105814888	33	Superior	2	1	0	0	0	57	1.55	23.7	Barrera	No	No	No	1	1	No	No dato	medico
11	103845767	31	Basica	3	2	0	0	2	60	1.63	22.6	Inyectable	NO	No	No	2	0	No	No dato	Medico
12	105802032	34	Medio	3	1	0	1	1	75	1.6	29.3	Inyectable	No	Si	No	1	1	No	No dato	Medico
13	197794006	35	Basica	2	1	0	0	1	74	1.58	29.6	NO USO	no	no	no	2	0	no	no dato	Medico
14	103843049	30	Superior	2	1	0	0	1	63	1.58	25.2	Inyectable	No	No	No	1	0	Si	No dato	Medico

	N° DE EXPEDIENTE	EDAD	EDUCACION	FORMULA OBSTETRICA					PESO	TALLA	IMC	METODO DE PLANIFICACION	INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL	ECTOPICO PREVIO	TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD	N° DE PAREJAS SEXUALES	NUMERO DE CIRUGIAS ABDOMINALES NOPELVICAS	ANTECEDENTES DE MIOMAS UTERINOS	TABAQUISMO	MANEJO
				G	P	P	A	V												
15	104846827	30	Media	2	1	0	0	1	70	1.57	28.4	ACO	No	No	No	No dato	0	No	No dato	Medico
16	105871102	27	Basica	2	1	0	0	1	80	1.55	33.3	No Uso	No	No	No	3	0	No	No dato	Medico
17	106869980	27	Superior	1	0	0	0	0	70	1.6	27.3	No Uso	No	No	No	No dato	0	No	No dato	Medico
18	108790933	22	Basica	1	0	0	0	0	61	1.59	24.1	No Uso	No	No	No	1	0	No	No dato	Medico
19	101827388	31	Basica	2	1	0	0	1	70	1.6	27.3	No dato	No dato	No	No	No dato	1	No	No dato	Medico
20	104772599	37	Basica	6	3	0	2	3	69	1.62	26.3	No dato	No dato	Si	No	No dato	2	No	No dato	Medico
21	104847379	30	Media	1	0	0	0	0	64	1.62	24.4	Barrera	No	No	No	1	0	No	No dato	Medico
22	106850112	30	Superior	3	1	0	1	1	70	1.6	27.3	ACO	No dato	No	No	No dato	1	No	No dato	Medico
23	109897019	26	Basica	2	1	0	0	1	67	1.49	30.2	Inyectable	No dato	No	No	2	0	No	No dato	Medico
24	111920951	23	Basica	3	1	0	1	0	49	1.6	19.1	No	condiloma	No	No	No dato	2	No	No dato	Medico
25	108800417	35	Superior	2	0	0	1	0	70	1.57	28.4	Inyectable	No dato	No	No	No dato	1	No	No dato	Medico
26	106881689	26	Basica	2	1	0	0	1	70	1.47	32.4	Inyectable	No dato	No	No	No dato	0	No	No dato	Medico
27	111911188	23	Basica	2	1	0	0	1	65	1.49	29.3	No	No	No	No	No dato	0	No	No dato	Medico
28	105814888	33	Basica	1	0	0	0	0	56	1.5	24.8889	no	No dato	no	no	No dato	1	no	No dato	Medico

## ANEXO III

### CRITERIOS DE INCLUSION

SEGÚN MINSAL	SEGÚN ACOG
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hemodinámicamente estable</li><li>• Sangrado vaginal leve sin dolor o con dolor leve</li><li>• Ausencia de hemoperitoneo.</li><li>• BHCG cuantitativa igual a 6,000 - 15,000 mUI/ml</li><li>• Ultrasonografía: masa ectópica con diámetro 40mm</li><li>• Pruebas hematológicas, hepáticas y renales normales.</li><li>• Consentimiento informado.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hemodinámicamente estable,</li><li>• Dispuesto y capaz de cumplir con el post-tratamiento de seguimiento,</li><li>• Tienen una gonadotropina coriónica subunidad beta humana concentración <math>\leq 5000</math> mUI / ml,</li><li>• Sin actividad cardiaca fetal.</li><li>• Tamaño ectópico masa inferior a <math>&lt; 35</math> mm.</li></ul>