

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



UTILIDAD DE LOS CRITERIOS DE ROTTERDAM PARA SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO EN UN HOSPITAL MILITAR – 2018.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE: MÉDICO CIRUJANO

AUTOR: BACH. QUISPE USCUVILCA, KATHERINE HILARIA

ASESOR: DR. BERNARDO CANGAHUALA ROBERTO JESÚS

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL: SALUD Y GESTIÓN DE
LA SALUD**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
MEDICINA HUMANA: PATOLOGÍA MÉDICO - QUIRÚRGICA.**

**FECHA DE INICIO Y CULMINACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN: ENERO
DEL 2018 A DICIEMBRE DEL 2018.**

HUANCAYO – PERÚ

2019 - MARZO

DEDICATORIA

A Dios, por siempre guiarme en cada paso que doy para poder lograr mis sueños. A mis padres, Norma y Fernando por sus consejos, paciencia, apoyo y amor incondicional. A toda mi familia, que han sido un apoyo importante en mi vida para lograr cada una de mis metas. A mi asesor el Doctor Roberto Jesús Bernardo Cangahuala, por la confianza y la paciencia brindada durante todo el desarrollo de la tesis y por la orientación continúa gracias a su capacidad y conocimiento científico.

AGRADECIMIENTO

Al Hospital Militar Coronel Luis Arias Schreiber, que me permitió el ingreso a sus instalaciones y me brindó las facilidades para que esta tesis se hiciera posible.

A la Universidad Peruana Los Andes la cual me albergó durante estos siete maravillosos años de mi Educación Universitaria.

PRESENTACIÓN

La presente investigación es de gran importancia ya que se ha observado que en los últimos años la incidencia del Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) ha ido en aumento afectando principalmente a la población adolescente de nuestro país, por ello es necesario un diagnóstico temprano mediante la utilización de los Criterios Rotterdam el cual abarca aspectos clínicos, bioquímicos y ecográficos, con los cuales lograremos reducir la prevalencia del SOP y sus complicaciones.

En nuevos estudios realizados se ha evidenciado que esta patología no solo tiene repercusiones a nivel fisiológico, sino que también existen alteraciones psicosociales, siendo que la gran mayoría de mujeres presentan un estrés emocional debido a la presencia de manifestaciones como el acné severo y el hirsutismo.

Perú es uno de los países con gran incidencia de ovario poliquístico, pero debido a pocos estudios realizados en adolescentes mujeres sobre este tema no se puede establecer a ciencia cierta el porcentaje que lo padecen, en otros países como México se ha realizado investigaciones mediante la aplicación de los Criterios de Rotterdam 2003 con el cual se evidencio que un 67% de su población femenina padecía de esta enfermedad. Es por ello que esta investigación tiene como objetivo estudiar a la población adolescente empleando los Criterios de Rotterdam 2003 con el fin de validarlo y poder ser usada a nivel nacional en todos los centros de salud, con lo cual se lograría un diagnóstico temprano y una disminución en su morbilidad.

CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| Carátula | i |
| Dedicatoria | ii |
| Agradecimiento | iii |
| Presentación | iv |
| Contenido | v |
| Contenido de tablas | vii |
| Resumen/Abstract | viii |
| CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: | 10 |
| 1.1. Descripción de la realidad problemática | 10 |
| 1.2. Delimitación del problema | 12 |
| 1.3. Formulación del problema | 13 |
| 1.3.1. Problema General | 13 |
| 1.3.2. Problemas Específicos | 13 |
| 1.4. Justificación | 14 |
| 1.4.1. Social | 14 |
| 1.4.2. Teórica | 15 |
| 1.4.3. Metodológica | 16 |
| 1.5. Objetivos | 17 |
| 1.5.1. Objetivo General | 17 |
| 1.5.2. Objetivos Específicos | 17 |
| CAPITULO II MARCO TEÓRICO | 19 |
| 2.1. Antecedentes (internacionales, nacionales) | 19 |
| 2.2. Bases teóricas o científicas | 22 |
| 2.3. Marco conceptual (de las variables y dimensiones) | 23 |
| CAPITULO III HIPÓTESIS | 30 |
| 3.1. Hipótesis general | 30 |
| 3.2. Hipótesis específica | 30 |
| 3.3. Variables (Definición conceptual y operacional) | 31 |
| CAPITULO IV METODOLOGÍA | 33 |
| 4.1. Método de investigación | 33 |

| | |
|--|-----------|
| 4.2. Tipo de investigación | 33 |
| 4.3. Nivel de investigación | 34 |
| 4.4. Diseño de la investigación | 34 |
| 4.5. Población y muestra | 34 |
| 4.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos | 35 |
| 4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos | 37 |
| 4.8. Aspectos éticos de la Investigación | 37 |
| CAPITULO V RESULTADOS | 38 |
| 5.1. Descripción de resultados | 38 |
| ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 47 |
| CONCLUSIONES | 51 |
| RECOMENDACIONES | 53 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 54 |
| ANEXOS | 59 |
| Anexo 1. Matriz de consistencia | 59 |
| Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables | 60 |
| Anexo 3. Matriz de operacionalización de instrumento | 63 |
| Anexo 4. Instrumento de investigación | 66 |
| Anexo 5. Constancia de su aplicación | 68 |
| Anexo 6. Confiabilidad válida del instrumento | 69 |
| Anexo 7. La data de procesamiento de datos | 70 |
| Anexo 8. Autorización de hospital | 76 |
| Anexo 9. Fotos de la aplicación del instrumento | 77 |

CONTENIDO DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla N°1. Clasificación por subfenotipos según los Criterios de Rotterdam. | 39 |
| Tabla N°2. Edad de menarquia de las adolescentes diagnosticadas con Síndrome de Ovario Poliquístico. | 39 |
| Tabla N°3. Características generales de las adolescentes diagnosticadas con Síndrome de Ovario Poliquístico. | 40 |
| Tabla N°4. Antecedentes gineco-obstétricos de las adolescentes diagnosticadas con Síndrome de Ovario Poliquístico. | 41 |
| Tabla N°5. Características del ciclo menstrual en adolescentes que acuden al Hospital Militar Central Crl. Luis Arias Schreiber de Lima. | 42 |
| Tabla N°6. Índice de Masa Corporal en adolescentes que acuden al Hospital Militar Central Crl. Luis Arias Schreiber de Lima. | 42 |
| Tabla N°7. Características clínicas de las adolescentes diagnosticadas con Síndrome de Ovario Poliquístico según los Criterios de Rotterdam. | 43 |
| Tabla N°8. Grado de hirsutismo según la Escala de Ferriman y Gallwey Modificada en pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico. | 44 |
| Tabla N°9. Diagnóstico bioquímico de hiperandrogenismo en pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico. | 44 |
| Tabla N°10. Características Bioquímicas de las adolescentes diagnosticadas con Síndrome de Ovario Poliquístico. | 45 |
| Tabla N°11. Diagnóstico Ecográfico de Ovario Poliquístico según los Criterios de Rotterdam. | 46 |
| Tabla N°12. Tratamiento de Síndrome de Ovario Poliquístico. | 46 |

RESUMEN

Objetivo: Emplear los Criterios de Rotterdam para diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico en adolescentes que acuden al Hospital Militar Coronel Luis Arias Schreiber, Lima – 2018.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo simple, no experimental, de tipo cuantitativo, conformado por 51 pacientes entre los 15 y 19 años de edad con diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico. Se utilizó una ficha de recolección de datos y se procesó en el programa estadístico SPSS 20.

Resultados: La media de la edad fue de 17,15 años, el 92,2% fueron diagnosticadas con Síndrome de Ovario Poliquístico utilizando los Criterios de Rotterdam y el subfenotipo “B” fue el más frecuente con un 42,6%. Dentro de las características epidemiológicas: el 55,3% tienen grado de instrucción superior, el 78,7% son solteras, el 70,2% presentan una vida sexual activa y el 19,1% presentan antecedente materno de síndrome de ovario poliquístico. La media de la edad de menarquia fue de 11,25 años y el 66% presentó oligomenorrea como alteración menstrual. Con respecto a las características clínicas y bioquímicas, el 59,6% presentó sobrepeso y el 63,8% hirsutismo, el valor medio de testosterona total fue de 68,62 ng/ml y el índice LH/FSH se encontró aumentado en un 25,5%. La media del nivel de prolactina y glucosa basal fue de 17,64 ng/ml y 93,16 mg/dl respectivamente. El 57,4% de las pacientes presentó Ovario Poliquístico mediante el empleo de la ecografía y la terapéutica más utilizada fue la de anticonceptivos orales combinados asociados a una dieta balanceada (42,6%).

Conclusión: Los Criterios de Rotterdam son útiles para el diagnóstico precoz de Síndrome de Ovario Poliquístico en la población adolescente.

Palabras clave: Síndrome de Ovario Poliquístico, Criterios de Rotterdam, subfenotipos, diagnóstico.

ABSTRACT

Objective: To use the Rotterdam Criteria for diagnosis of Polycystic Ovarian Syndrome in adolescents attending the Coronel Luis Arias Schreiber Military Hospital, Lima - 2018.

Materials and methods: Simple descriptive, non-experimental, quantitative study, consisting of 51 patients between 15 and 19 years of age with a diagnosis of Polycystic Ovarian Syndrome. A data collection form is applied and processed in the statistical program SPSS 20.

Results: The mean age was 17.15 years, 92.2% were diagnosed with Polycystic Ovarian Syndrome on the Rotterdam Criteria and the subfenotype "B" was more frequent with 42.6%. Among the epidemiological characteristics: 55.3% have a higher level of education, 78.7% are single, 70.2% have an active sex life and 19.1% have a maternal history of polycystic ovarian syndrome. The mean age of the menarche was 11.25 years and 66% had oligomenorrhea as a menstrual disorder. With respect to the clinical and biochemical characteristics, 59.6% were overweight and 63.8% had hirsutism, the mean value of total testosterone was 68.62 ng / ml and the LH / FSH index was improved in a 25.5%. The mean level of prolactin and basal glucose was 17.64 ng / ml and 93.16 mg / dl respectively. 57.4% of patients presented a political framework using ultrasound and therapy more than combined oral contraceptives associated with a balanced diet (42.6%).

Conclusion: The Rotterdam criteria are useful for the early diagnosis of Polycystic Ovarian Syndrome in the adolescent population.

Key words: Polycystic Ovarian Syndrome, Rotterdam Criteria, subfenotypes, diagnosis.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática:

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un problema de salud pública que afecta principalmente a mujeres en edad fértil, ocurre entre el 5% al 10% de toda la población femenina a nivel mundial¹. La primera definición de esta enfermedad fue dada en 1935, por Irvin Stein y Michael Leventhal, quienes describieron este síndrome como la presencia de amenorrea, obesidad, hirsutismo y presencia de degeneración ovárica bilateral².

La disfunción en la ovulación, la presencia de hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico y la morfología de ovario poliquístico por ecografía, son los criterios que se manifiestan en las mujeres jóvenes que padecen este síndrome.

Asimismo, según algunos estudios la prevalencia de este trastorno en la adolescencia ha sido difícil de establecer, ya que algunos de los signos y síntomas de esta enfermedad suelen confundirse con los cambios fisiológicos relacionados a la pubertad (maduración del eje hipotálamo-hipófisis-ovario), motivo por el cual existe muchos conflictos acerca de la utilidad de los Criterios de Rotterdam para el diagnóstico del SOP en mujeres postmenárgicas durante sus primeros años³.

Muchas de las adolescentes en nuestro país desconocen las manifestaciones clínicas de esta patología ya que éste es un síndrome con presentación heterogénea y sus manifestaciones clínicas pueden variar según la edad del adolescente. Es por ello que la presencia de esta patología debe sospecharse en mujeres adolescentes o en edad reproductiva en las cuales se evidencie alteraciones cutáneas como: hirsutismo, acné severo y seborrea, las cuales se deben al hiperandrogenismo. Otra manifestación son las alteraciones en el ciclo menstrual (amenorrea y oligomenorrea) las cuales se presenta en un 70% de los adolescentes⁴.

El diagnóstico precoz y oportuno es de gran importancia, ya que este síndrome se relaciona con el riesgo de infertilidad debido a los periodos largos de anovulación. De igual manera se asocia a problemas oncológicos como el cáncer de endometrio y trastornos metabólicos que conllevan a la obesidad y al desarrollo de diabetes mellitus tipo 2. Por tal motivo las adolescentes al ser la población con mayor riesgo, deberían ser diagnosticadas de manera anticipada para así recibir el tratamiento indicado oportunamente, de igual

manera se debería educar e informar a las mujeres en edad fértil para disminuir su prevalencia⁵.

En conclusión, el diagnóstico del síndrome de ovario poliquístico en la población adolescente debe ser por exclusión, ya que sus manifestaciones clínicas suelen tener semejanza a los cambios fisiológicos propios de la pubertad o a trastornos hiperandrogénicos como hiperplasia suprarrenal congénita, neoplasias secretoras de andrógenos y el uso o abuso de drogas androgénicas³.

En la actualidad se ha encontrado que el SOP no solo afecta a la mujer postmenárquica, sino que también puede afectar a las niñas premenárquicas presentándose como una adrenarquia o pubarquia prematura, esta patología se asocia al hiperinsulinismo y a antecedentes de recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG)⁴.

1.2. Delimitación del problema:

Esta investigación se realizó en el “Hospital Militar Coronel Luis Arias Schreiber” del distrito de Jesús María - Lima, el cual ofrece una atención especializada a mujeres en edad reproductiva siendo posible el diagnóstico y tratamiento precoz en adolescentes que padecen de Síndrome de Ovario Poliquístico, debido a que esta enfermedad tiene una etiología desconocida por lo que es necesario estudios al respecto. La investigación se llevó a cabo desde el 15 de marzo al 31 de diciembre del 2018. El propósito de este trabajo de investigación radica en el hecho de emplear los Criterios de Rotterdam para un

diagnóstico temprano del Síndrome de Ovario Poliquístico en adolescentes entre los 15 años y 19 años, asimismo conocer las características epidemiológicas (Antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos y antecedentes maternos), manifestaciones clínicas (hirsutismo, acné, sobrepeso, alopecia), características bioquímicas y ecográficas, ya que es una patología muy predominante en la actualidad siendo las adolescentes la población con mayor riesgo de infertilidad en un futuro como consecuencia de esta enfermedad.

1.3. Formulación del problema:

1.3.1. Problema General:

¿Cuál es la utilidad de los Criterios de Rotterdam para el diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico en adolescentes que acuden al Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018?

1.3.2. Problemas Específicos:

a) ¿Cuál es el subfenotipo más frecuente según los Criterios de Rotterdam en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018?

- b) ¿Cuáles son las características epidemiológicas en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018?

- c) ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más frecuente en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018?

- d) ¿Cuáles son las características bioquímicas en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018?

- e) ¿Cuál es la terapéutica de elección en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018?

1.4. Justificación:

1.4.1. Social:

En relación a la justificación práctica, la presente investigación es de gran importancia ya que se ha observado que en los últimos años la incidencia del Síndrome de Ovario Poliquístico ha ido en aumento afectando principalmente a la población adolescente, por ello es necesario un diagnóstico temprano mediante el empleo de los Criterios de Rotterdam

con el objetivo de lograr reducir la prevalencia del SOP y sus complicaciones.

Como se sabe esta patología con lleva a múltiples complicaciones siendo la más importante la infertilidad, seguido del aborto y óbito fetal en primigestas, asimismo tiene complicaciones oncológicas a futuro como el cáncer de endometrio y tiene una posible relación con el cáncer de mama. Muchas de las adolescentes que padecen de este síndrome presentan alteraciones metabólicas, de las cuales un 45% al 75% presenta obesidad y un 44% al 95% resistencia a la insulina⁶.

Por tal motivo también es importante promover actividades preventivo-promocionales en diversas instituciones públicas con el objetivo de aumentar el conocimiento sobre esta enfermedad en la población y así lograr un aumento significativo en el diagnóstico precoz de SOP evitando complicaciones posteriores en nuestras adolescentes.

1.4.2. Teórica:

El presente estudio de investigación se justifica teóricamente ya que aborda una de las patologías con mayor prevalencia en los últimos años en nuestro país, que afecta principalmente a la población en edad fértil, siendo las adolescentes las que presentan mayor riesgo. Es importante mencionar que un diagnóstico temprano del SOP mediante una buena evaluación clínica y la utilización de estudios complementario como la ecografía pélvica o transvaginal y exámenes de laboratorio por parte de

los médicos nos llevará a evitar complicaciones futuras como: infertilidad, obesidad, desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 y cáncer de endometrio.

Es imprescindible afrontar esta problemática ya que nos permitirá tener el control de la prevalencia y de las complicaciones del SOP mediante la utilización de los Criterios de Rotterdam para el diagnóstico precoz, además los datos recolectados nos podrán servir como base para la elaboración de otros estudios relacionados al tema de investigación dando cabida a otros estudios cuantitativos donde se aplique otras escalas para el diagnóstico de esta patología.

Existen numerosas publicaciones sobre la prevalencia del síndrome de ovario poliquístico en otros países, pero solo se ha encontrado un artículo realizado en México el cual determinó la diferencia en la frecuencia de síndrome de ovario poliquístico con los Criterios de Rotterdam 2003, diagnosticándose un 67% de la población con SOP⁷.

En nuestro país no se ha encontrado muchas publicaciones sobre la utilidad de los Criterios de Rotterdam para esta patología motivo por el cual es muy interesante la realización de este proyecto de investigación.

1.4.3. Metodológica:

El presente estudio se justifica metodológicamente debido a que se utilizó una ficha de recolección de datos de autoría propia en la cual se categoriza cada variable, y una vez que sea demostrada su confiabilidad

podrá ser utilizada en otros trabajos de investigación y en otros Hospitales Nacionales e Internacionales.

1.5. Objetivos:

1.5.1. Objetivo General:

Caracterización de las pacientes adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico mediante el empleo de los Criterios de Rotterdam en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018.

1.5.2. Objetivos Específicos:

- a) Determinar el subfenotipo más frecuente según los Criterios de Rotterdam en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018.

- b) Identificar las características epidemiológicas en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018.

- c) Establecer las manifestaciones clínicas más frecuente en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018.

- d) Determinar las características bioquímicas en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018.

- e) Identificar la terapéutica de elección en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes (internacionales, nacionales):

La necesidad de conocer la prevalencia, las complicaciones, las características clínicas y bioquímicas para el diagnóstico precoz del síndrome de ovario poliquístico ha conllevado a la realización de diversos estudios, los cuales nos ofrecen diversos enfoques sobre esta enfermedad. Se realizó una revisión de investigaciones internacionales previas sobre el tema en estudio, encontrándose múltiples estudios relacionados al tema.

El diagnóstico del síndrome de ovario poliquístico en las adolescentes es un tema muy controversial, es por ello que en México se estableció en el Tercer Taller de Consenso de Ámsterdam 2012, que los 3 elementos que conforman los Criterios de Rotterdam 2003 deberían ser utilizados para su diagnóstico. Se llegó a la conclusión que la frecuencia de esta patología variará según el criterio

diagnóstico que se utilice, encontrándose un mayor porcentaje de SOP si se utilizan los Criterios de Rotterdam⁷.

De igual forma se estableció que según los criterios diagnósticos del National Institute of Health (NIH), Rotterdam y AE-PCOS Society existe un aumento en la prevalencia del síndrome de ovario poliquístico en España predominando el fenotipo clásico (Oligomenorrea, hiperandrogenismo y ovarios poliquísticos)⁸. Según un estudio realizado en El Salvador, el criterio de poliquistosis ovárica por ecografía pélvica no establece el diagnóstico definitivo de Síndrome de Ovario Poliquístico, sino que es necesario la presencia de al menos 2 de los 3 Criterios de Rotterdam, asimismo se demostró un incremento en la incidencia en mujeres menores de 25 años, siendo la irregularidad menstrual el principal motivo de consulta⁹.

En Nicaragua se estableció que las principales manifestaciones clínicas que presentan las mujeres con esta patología son la alopecia y el acné severo, presentándose en un bajo porcentaje el hirsutismo, el 51% de las adolescentes fueron diagnosticadas mediante los Criterios de Rotterdam¹⁰. Dentro de las características bioquímicas, la mayoría de pacientes presentan como alteración hormonal más frecuente la elevación de la testosterona total y como hallazgo ecográfico un volumen ovárico ≥ 10 cc. Se ha demostrado en Cuba que existe una asociación significativa entre las manifestaciones clínicas (oligomenorrea) y el diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico, hecho que no ocurre entre las alteraciones hormonales y los criterios ecográficos¹¹.

Se sabe que el SOP es la alteración endocrina-metabólica más común en mujeres en edad reproductiva reportándose una prevalencia del 21% en Chile, asimismo se ha demostrado que este síndrome se asocia a otras enfermedades como: diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares, por lo cual es importante el desarrollo de nuevos métodos diagnósticos más eficaces^{12, 13}. La importancia de un diagnóstico temprano es evitar las futuras complicaciones, siendo las más importantes la infertilidad y el aborto recurrente según un estudio de investigación realizado en Ecuador¹⁴. Por lo tanto es necesario la aplicación de medidas de prevención primaria, en la cual se incluya al Síndrome de Ovario Poliquístico en programas de salud en especial en área de enfermedades no transmisibles¹⁵.

En nuestro país existe mayor prevalencia de SOP en mujeres entre los 27 y 30 años de edad, siendo en su mayoría solteras y sin antecedentes de embarazos previos¹⁶. Según otras investigaciones realizadas sobre este síndrome en nuestro país, se encontró que la complicación más frecuente es la infertilidad, seguido del aumento del IMC, alteraciones en el ciclo menstrual y la dismenorrea, de igual manera se demostró que existe una estrecha relación con el aumento en los niveles de testosterona¹⁷ y la presencia de diabetes mellitus (DM) en adolescentes¹⁸.

En nuevos estudios realizados se ha hallado que el síndrome de ovario poliquístico no solo tiene repercusiones a nivel fisiológico sino que también existen alteraciones psicosociales, la gran mayoría de mujeres presentan un

estrés emocional debido a la presencia de manifestaciones como el acné severo y el hirsutismo¹⁹. Pese a que múltiples investigadores indican que el SOP es un factor de riesgo para el desarrollo de la DM tipo 2, existe un estudio en nuestro país que difiere con ello, indicando que el SOP no se relaciona con el desarrollo de diabetes mellitus²⁰. Sin embargo se ha demostrado que la obesidad central posee un alto valor para predecir la presencia de hiperandrogenismo en mujeres con SOP²¹.

Los antecedentes que se dieron a conocer, sirvieron de modelo y orientación para el desarrollo de la investigación, cuya importancia radica en el hecho de que nos sirvieron como base para la realización de nuestra investigación y futuras investigaciones.

2.2 Bases teóricas o científicas:

El presente estudio se basa en la teoría de los determinantes de la salud, esta teoría define que la enfermedad esta influenciada por un conjunto de situaciones y factores a los cuales se les denomina “contradicciones” (determinación dialéctica), asimismo este puede corresponder a varios dominios y se encuentra bajo la influencia de otros procesos ocurridos tanto en niveles superiores (determinación holística) y en niveles inferiores (determinación estadística y causal)²².

Algunos autores como Testa, llegaron a definir a la determinación como un conjunto de condiciones bajo las cuales puede producirse otro fenómeno. Esto quiere decir que son importantes las condiciones y características de nuestro

entorno ya que influyen en la probabilidad que se desarrolle un evento o fenómeno. De igual forma se define que la eficacia es “la probabilidad de que un fenómeno produzca consecuencias”, por ello la determinación es entendida como una forma de la causalidad menos “fuerte”.

Se ha planteado la existencia de una jerarquía dentro de la determinación, basado en la complejidad y los ámbitos o espacios donde se desarrolla el proceso de salud-enfermedad. La realidad sanitaria ha llegado a ser definida como un conglomerado de situaciones que pueden abarcar procesos que se producen en niveles inferiores y superiores. La importancia de los determinantes de la salud radica en que existen relaciones de jerarquía, es decir que los procesos complejos tendrán una gran influencia y determinaran a los procesos simples. Del mismo modo los procesos se producen en diferentes espacios poblacionales y las estructuras mayores determinan el desarrollo de procesos menores. Para entender e intervenir en la realidad sanitaria se requiere tener una visión integrada y explicaciones en multiniveles²².

2.3. Marco conceptual:

SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO:

Definición:

En 1935 Irvin Stein y Michael Leventhal describieron al síndrome de ovario poliquístico como una patología que se caracteriza por la presencia de amenorrea, hirsutismo, obesidad y degeneración quística ovárica bilateral, esto sucedió durante una cirugía. En la actualidad la definición del SOP se basa en

criterios diagnósticos derivados de múltiples consensos, los cuales fueron desestimados con el transcurso de los años, dentro de los cuales encontramos los criterios de NIH, Rotterdam y de la Sociedad de Exceso de Andrógenos.

Fue en el último consenso de la Sociedad de Exceso de Andrógenos en la cual recién se pudo determinar una definición basada en la evidencia científica. Todas las clasificaciones ya mencionadas postulan 3 criterios básicos como son la disfunción ovulatoria, el hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico y la evaluación ecográfica de los ovarios (Morfología de ovario poliquístico, MOP), de estos elementos surgió los sub fenotipo que caracterizan a esta enfermedad³.

Fisiopatología:

Se destacan 4 tipos de alteraciones: a) Disfunción neuroendocrina: Se caracteriza por un aumento en la secreción de la hormona luteinizante (LH) pero con una secreción de FSH normal o disminuida. Algunos estudios indican que el origen de la alteración es una disfunción hipotalámica secundaria a los niveles elevados de andrógenos e insulina. b) Disfunción metabólica: Existe una resistencia a la insulina (RI) periférica la cual es expresada por una hipersecreción de insulina, que promueve la producción de andrógenos por el ovario y las glándulas suprarrenales; estimulando así la secreción de la hormona luteinizante lo que conlleva al aumento de fracción libre y actividad biológica de los andrógenos. Sin embargo, no todas las pacientes que padecen de SOP y resistencia a la insulina desarrollan una intolerancia a la glucosa y una diabetes mellitus tipo 2. c) Disfunción de la esteroidogénesis

ovárica/suprarrenal: Se produce una alteración de la biosíntesis de los andrógenos, encontrándose que la actividad secretora del ovario y la suprarrenal están determinadas por la enzima denominada citocromo P450c17 y se ha demostrado que el aumento de los andrógenos intraováricos, altera el desarrollo de los folículos y la ovulación. d) Disfunción de la foliculogénesis: La histología del síndrome de ovario poliquístico (SOP) se caracteriza por un aumento de folículos preantrales y antrales pequeños y un mayor reclutamiento folicular. Esto se acompaña además de una detención del proceso de selección folicular, lo que explica la ausencia de ovulación.

Etiopatogenia:

El SOP tiene un origen genético con lo cual puede comprometer a otros miembros de la familia en especial a los hijos e hijas (generación de primer grado). Se ha demostrado que tanto las hijas como las hermanas del caso principal pueden manifestar algún rasgo fenotípico de este síndrome, que es considerado en la actualidad una enfermedad familiar multigénica compleja, que afecta además al varón. Entre los factores ambientales destacan la obesidad y los eventos que ocurren en la vida intrauterina (hiperandrogenismo, diabetes gestacional y sobrepeso de la madre durante el embarazo)⁵.

Criterios Diagnósticos:

Se definió el Síndrome de Ovario Poliquístico por primera vez en la reunión de Consenso de 1990 de los National Institutes of Health con los siguientes criterios: Anovulación crónica, signos clínicos y/o bioquímicas de

hiperandrogenismo y la exclusión de otras afecciones. En el año 2003, se propuso los Criterios de Rotterdam por la Sociedad Europea de Reproducción Humana y la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, se estableció el diagnóstico de SOP si se cumplían al menos 2 de los siguientes criterios: a) Oligoamenorrea y/o anovulación, b) Clínica o bioquímica de hiperandrogenismo y c) Ovario poliquístico en la ecografía.

El hiperandrogenismo es el signo más frecuente en las adolescentes, sin embargo los Criterios de Rotterdam plantean que no es necesario su presencia para el diagnóstico.

En el año 2009 se establecieron los Criterios de la Sociedad del Síndrome de Ovario Poliquístico e Hiperandrogenismo (EA-PCOS): a) Hiperandrogenismo, con presencia de hirsutismo y/o elevación de andrógenos en sangre, b) Disfunción ovárica y c) Ovario poliquístico. Esta sociedad propone que para el diagnóstico es necesario que las pacientes cumplan el primer criterio y al menos uno de los otros 2 criterios siguientes, siendo indispensable la exclusión de otras causas de hiperandrogenismo.

Según algunos estudios de investigación aún no se ha establecido criterios clínicos para el diagnóstico del Síndrome de Ovario Poliquístico en las adolescentes, por lo que es necesaria la utilización de los 2 criterios anteriores ya mencionados (Criterios de Rotterdam y los Criterios de la EA-PCOS) el cual se utiliza en mujeres adultas²³.

En base a los Criterios de Rotterdam se sub-clasifica en 4 subfenotipos: A) Oligo-ovulación, hiperandrogenismo clínico o de laboratorio y ecografía compatible con SOP, B) Oligo-ovulación e hiperandrogenismo clínico o de laboratorio, C) Hiperandrogenismo clínico o de laboratorio y ecografía compatible con SOP y D) Oligo-ovulación y ecografía compatible con SOP⁵.

Clínica:

La presentación de esta patología se manifiesta mediante alteraciones menstruales (oligomenorrea y/o amenorrea, algunos casos dismenorrea), signos de hiperandrogenismo como hirsutismo (crecimiento excesivo de pelo en zonas dependientes de andrógenos); acné severo el cual puede ser resistente al tratamiento; la seborrea y la alopecia frontoparietal son raras. La acantosis nigricans es considerada la manifestación clínica con menos frecuente.

Bioquímica:

El síndrome de ovario poliquístico muchas veces se acompaña por el Síndrome metabólico por lo cual existe el riesgo de enfermedad cardiovascular. Es común encontrar aumentado los niveles de la hormona luteinizante y la hormona folículo estimulante en pacientes que padecen de esta patología, sin embargo si encontramos el índice LH/FSH con valores normales no nos excluye de esta patología. Debido a que esta enfermedad se caracteriza por la hiperandrogenemia la medición del nivel de testosterona total será el examen más sensible a solicitar²³.

Tratamiento:

El objetivo del tratamiento es: normalizar los ciclos menstruales o alcanzar la ovulación, disminuir las principales complicaciones como el hirsutismo y el acné, en caso de obesidad obtener una pérdida de peso aceptable y por último tratar las dislipidemias o hiperglucemias con el fin de reducir las enfermedades cardiovasculares.

Dentro del tratamiento no farmacológico encontramos los cambios de los estilos de vida: consiste en cambiar los hábitos de la alimentación (no grasas saturadas), incremento de ejercicio físico. Según investigaciones la pérdida del 10% del peso corporal mejora la fertilidad y regula las alteraciones menstruales, asimismo la disminución de $IMC > 0,2$ se asocia a la disminución hormonal de la testosterona.

El tratamiento farmacológico consiste en la medicación de Anticonceptivos Hormonales Combinados (AHC) debido a que la combinación de etinilestradiol y progesterona suprime la producción de andrógenos y disminuye el nivel de testosterona libre. La dosis de 30mcg puede reducir la actividad folicular ovárica y disminuye los síntomas de hiperandrogenismo. Los AHC más utilizados son los que contienen progestágenos como el Acetato de Ciproterona (disminuye el hirsutismo) y la Drospirinona (disminuye el peso), se indica su medicación durante al menos 2 años. En las pacientes que padecen de: trombofilia, trombosis venosa, dislipidemias, hipertensión arterial e inmovilización prolongada, no está recomendado su uso. El Citrato de Clomifeno se utiliza en pacientes que padecen de anovulación.

La metformina es un sensibilizador de la insulina que disminuye la producción hepática de la glucosa. En pacientes obesas produce pérdida de peso, regula los ciclos menstruales y disminuye los niveles de andrógenos. La dosis recomendada es de 750 mg 2 veces al día. Su indicación es en pacientes con síndrome metabólico o con alteración de la tolerancia a la glucosa. La espironolactona (antiandrógeno) es utilizada en el hiperandrogenismo en especial en el hirsutismo²⁴.

Riesgo y enfermedades del síndrome de ovario poliquístico:

El Síndrome de Ovario Poliquístico puede conllevar al desarrollo de enfermedades metabólicas, como se sabe la insulinoresistencia casi siempre precede a la diabetes mellitus tipo 2, por lo tanto, la mayoría de las pacientes con SOP son insulinoresistentes, y presentan un riesgo incrementado de desarrollar diabetes mellitus.

Asimismo se ha establecido que está relacionada con patologías oncológicas ya que las mujeres que padecen de este síndrome tienen un mayor riesgo de desarrollar carcinoma de endometrio, esto se debe a la anovulación crónica por la constante estimulación estrogénica del endometrio sin oposición de la progesterona. En los últimos años se ha establecido la posibilidad de relación de esta patología con el cáncer de mama, debido a su asociación con la obesidad, pero todavía faltan estudios que concluyan esta relación¹⁸.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis General:

El presente estudio no presenta hipótesis general por constituir un trabajo de nivel descriptivo.

3.2. Hipótesis Específicas:

El presente estudio no presenta hipótesis específicas por constituir un trabajo de nivel descriptivo.

3.3. Variables (definición conceptual y operacionalización):

3.3.1. Definición de variables:

- **Síndrome de ovario Poliquístico:** Trastorno endocrino metabólico altamente prevalente que afecta a cualquier adolescente o mujer en edad reproductiva con hirsutismo u otras manifestaciones cutáneas de hiperandrogenismo, irregularidades menstruales y obesidad.
- **Criterios de Rotterdam:** Criterio establecido en el año 2003, por la Sociedad Europea de Reproducción Humana y la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, en la cual se estableció el diagnóstico de SOP si se cumplían al menos 2 de los siguientes criterios: a) Oligomenorrea y/o anovulación, b) Clínica o bioquímica de hiperandrogenismo y c) Ovario poliquístico en la ecografía.
- **Características Epidemiológicas:** Conjunto de características (poblacionales, medioambientales, étnicas, genéticas, laborales, ecológicas, etc.) de una determinada población o contexto sobre el cual se puede desarrollar una enfermedad.
- **Características Bioquímicas:** Conjunto de análisis de laboratorios cuyo fin es diagnosticar una enfermedad. En el Síndrome de Ovario Poliquístico existen alteraciones a hormonales por ello es necesario el análisis del nivel de dehidroepiandrosterona., testosterona total, hormona luteinizante y hormona folículo estimulante, asimismo puede encontrarse alterados el nivel de prolactina y glucosa basal.

- **Ecografía:** Técnica de imagen que utiliza ondas electromagnéticas para la exploración de ciertos órganos. Para el diagnóstico de SOP es necesario la presencia de 12 o más folículos de 2-9mm o volumen ovárico >10cc.
- **Tratamiento:** Conjunto de medios cuya finalidad es la curación o alivio de síntomas de una enfermedad. La terapéutica para el SOP puede incluir: dieta balanceada, anticonceptivos orales combinados (AOC), citrato de clomifeno, metformina y/o resección quirúrgica,

3.3.2: Variables:

- Criterios de Rotterdam.
- Características Epidemiológicas.
- Características Clínicas.
- Características Bioquímicas.
- Tamaño en milímetros de los folículos ováricos.
- Tratamiento.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación:

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizó el método descriptivo simple.

4.2. Tipo de investigación:

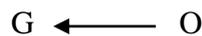
El estudio se define como una investigación de tipo cuantitativa, ya que este estudio usa como plataforma datos numéricos o cuantificables para hacer generalizaciones sobre un fenómeno. Los números se originan de escalas de medición objetiva para las unidades de estudio a analizar llamadas variables²⁵.

4.3. Nivel de investigación:

La investigación es de nivel descriptivo, ya que se busca describir los fenómenos a investigar, tal como es y cómo se manifiesta en el momento y utiliza la observación como método ²⁶.

4.4. Diseño gráfico de investigación:

La presente investigación es de diseño no experimental, transversal, descriptivo simple, retrospectivo en la cual no hay manipulación deliberadamente de variables²⁵.



O = Observación, una medición o una prueba.
G = Grupo de sujetos o muestra.

4.5. Población y muestra:

- **Población:**

La población estuvo conformada 51 pacientes entre los 15 y 19 años que fueron diagnosticadas con Síndrome de Ovario Poliquístico y tratadas durante el periodo de Enero a Diciembre del 2018, en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber - Lima.

- **Muestra:**

✓ **Unidad de análisis:** Paciente mujer con edad comprendida entre los 15 y 19 años con diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico atendida en el Hospital Militar Coronel Luis Arias Schreiber de Lima durante el periodo de Enero a Diciembre del 2018.

- ✓ **Tamaño de muestra:** La muestra del estudio de investigación fue de 51 pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico con edad comprendida entre los 15 y 19 años atendidas en el Hospital Militar Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, pero no todas las historias cumplieron con los criterios de inclusión, por lo que se trabajó con 47 pacientes.

- ✓ **Tipo de muestra:** Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia, se registró todos los casos presentados durante el periodo de Enero a Diciembre del 2018.

- **Criterios de inclusión, exclusión y eliminación:**

Criterios de inclusión:

- Adolescentes mujeres con edad comprendida entre 15 y 19 años.
- Mujeres con diagnóstico de Síndrome de Ovario poliquístico a través de alteraciones clínicas, bioquímica y/o por ecografía.
- Historias clínicas completas y accesibles.

Criterios de exclusión

- Adolescentes mujeres con diagnóstico de síndrome de Ovario Poliquístico cuya edad no este comprendida entre 15 y 19 años.
- Mujeres que acuden por otras patologías: hipertiroidismo, hiperprolactinemia, Síndrome de Cushing, etc.
- Historias clínicas no completas y no accesibles.

Criterios de eliminación:

- Mujeres sin alteraciones en el patrón menstrual.

- Mujeres con alteraciones clínicas, bioquímicas y/o ecográficas por otras patologías.

4.6.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

La etapa de recolección de datos se realizó con la técnica de la documentación, se utilizó una ficha de recolección de datos el cual nos permitió conocer el subfenotipos más frecuente mediante el empleo de los Criterios de Rotterdam, las características epidemiológicas, manifestaciones clínicas y bioquímicas, los datos ecográficos de ovario poliquístico y el tratamiento médico o quirúrgico más utilizado para esta patología.

Instrumento de recolección de datos: El instrumento de recolección de datos consta de una ficha de recolección de datos con 6 categorías: la primera categoría abarcó las características epidemiológicas (Características generales y antecedentes gineco-obstétricos), la segunda categoría las manifestaciones clínicas (Índice de masa corporal, alopecia, acné, acantosis nigricans e hirsutismo), la tercera categoría las características bioquímicas, la cuarta categoría los datos ecográficos, la quinta categoría los Criterios de Rotterdam (1: Oligomenorrea y/o anovulación, 2: Hiperandrogenismo clínico o de laboratorio y 3: Ovario poliquístico ecográficamente) y por último en la sexta categoría se incluyó el tratamiento médico o quirúrgico.

- ✓ **Validación de instrumento:** Se utilizó una ficha de recolección de datos por lo que no fue necesaria su validación.

- ✓ **Confiabilidad del instrumento:** Se realizó a través de Alfa de Cronbach mediante un conjunto de ítems de nuestro instrumento, se encontró un valor de 0,738 el cual nos indica un alto nivel de confiabilidad.

4.7.- Técnica de procesamiento y análisis de datos:

Una vez obtenida la resolución de aprobación del estudio por la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana Los Andes, se procedió a solicitar el permiso correspondiente al Hospital Militar Coronel Luis Arias Schreiber el cual nos permitió el acceso las historias para iniciar con la recolección de la información.

La información obtenida nos permitió crear una base de datos en una hoja de cálculo en Excel que fue utilizada para la tabulación de los datos recolectados. Posteriormente esta información fue analizada utilizando el software estadístico SPSS 20. Se elaboró tablas para presentar las frecuencias de cada variable de estudio.

4.8.- Aspectos éticos de la Investigación:

Para llevar a cabo la presente investigación se requirió el permiso otorgado por parte del Hospital Militar Coronel Luis Arias Schreiber. Esta consideración nos permitió respetar los principios éticos de beneficencia, justicia y confidencialidad, con los que se desarrollará el estudio.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de resultados:

A continuación se describen los resultados estadísticos obtenidos en función al diseño asumido para la investigación.

En el presente estudio la media de la edad de las adolescentes fue de 17,15 años (Desviación estándar 1,46) de las cuales el 27,7% tenía 19 años de edad.

En nuestra investigación se demostró que durante el año 2018, 47 pacientes fueron diagnosticadas con Síndrome de Ovario Poliquístico mediante la utilización de los Criterios de Rotterdam, el cual corresponde a un 92,2%.

Tabla N°1. Subfenotipos según los Criterios de Rotterdam para diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico en el Hospital Militar Central Crl. Luis Arias Schreiber, Lima 2018.

| Subfenotipos | n° | % |
|----------------|----|-------|
| Subfenotipo A* | 12 | 25,5 |
| Subfenotipo B* | 20 | 42,6 |
| Subfenotipo C* | 13 | 27,7 |
| Subfenotipo D* | 2 | 4,3 |
| Total | 47 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia en base a las historias clínicas.

*A: Oligo-ovulación, hiperandrogenismo clínico o de laboratorio y ecografía compatible con SOP.

*B: Oligo-ovulación e hiperandrogenismo clínico o de laboratorio.

*C: Hiperandrogenismo clínico o de laboratorio y ecografía compatible con SOP.

*D: Oligo-ovulación y ecografía compatible con SOP.

La Tabla N°1 muestra que el subfenotipo “B” es el más frecuente en las adolescentes estudiadas, representando un 42,6% y el subfenotipo “D” es el menos frecuente con un 4,3%.

Tabla N°2. Edad de menarquia de las adolescentes diagnosticadas con Síndrome de Ovario Poliquístico que acuden al Hospital Militar Central Crl. Luis Arias Schreiber de Lima, durante el periodo de Enero a Diciembre del 2018.

| Edad | n° | % |
|---------|----|-------|
| 9 años | 2 | 4,3 |
| 10 años | 9 | 19,1 |
| 11 años | 15 | 31,9 |
| 12 años | 14 | 29,8 |
| 13 años | 7 | 14,9 |
| Total | 47 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia en base a las historias clínicas.

En la Tabla N°2 se puede evidenciar que el 31,9% de las adolescentes inició su primera menstruación (menarquia) a los 11 años de edad, seguido de un 29,8%

a los 12 años y un 4,3% a los 9 años. La media de la edad de inicio de menarquia fue de $11,25 \pm 1,08$ años.

Tabla N°3. Características Generales de las adolescentes diagnosticadas con Síndrome de Ovario Poliquístico en el Hospital Militar Central Crl. Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018.

| Características Generales | n° | % |
|---------------------------|----|------|
| Grado de Instrucción | | |
| Secundaria | 15 | 31,9 |
| Técnica | 6 | 12,8 |
| Superior | 26 | 55,3 |
| Estado Civil | | |
| Soltera | 37 | 78,7 |
| Casada | 2 | 4,3 |
| Conviviente | 8 | 17 |
| Hábitos Nocivos | | |
| Ninguno | 4 | 8,5 |
| Tabaco | 4 | 8,5 |
| Alcohol | 25 | 53,2 |
| Alcohol + Tabaco | 14 | 29,8 |

Fuente: Elaboración propia en base a las historias clínicas.

La Tabla N°3 muestra las características generales de las adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico, el 55,3% de las pacientes tienen grado de instrucción superior y el 12,8% técnica. Asimismo se muestra que el 78,7% son solteras y el 4,3% son casadas, con respecto a los hábitos nocivos el 53,2% de las adolescentes consume sólo alcohol y el 29,8% consume alcohol más tabaco, el 8,5% no tienen ningún hábito nocivo.

Tabla N°4. Antecedentes Gineco-obstétricos de las adolescentes diagnosticadas con Síndrome de Ovario Poliquístico en el Hospital Militar Central Crl. Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018.

| Antecedentes | n° | % |
|----------------------------|----|------|
| Gineco-obstétricos | | |
| Antecedente Ginecológico | | |
| Actividad Sexual | | |
| No | 14 | 29,8 |
| Si | 33 | 70,2 |
| Número de parejas sexuales | | |
| Ninguno | 14 | 29,8 |
| Una pareja | 16 | 34 |
| Dos parejas | 10 | 21,3 |
| Más de tres parejas | 7 | 14,9 |
| Dismenorrea | | |
| No | 25 | 53,2 |
| Si | 22 | 46,8 |
| Antecedente Materno | | |
| Ninguno | 27 | 57,4 |
| Hipertensión Arterial | 3 | 6,4 |
| Diabetes Mellitus Tipo 2 | 6 | 12,8 |
| SOP | 9 | 19,1 |
| Otros | 2 | 4,3 |
| Antecedente Obstétrico | | |
| Multigesta | 6 | 12,8 |
| Nuligesta | 34 | 72,3 |
| Aborto | 7 | 14,9 |

Fuente: Elaboración propia en base a las historias clínicas.

*SOP: Síndrome de Ovario Poliquístico

En la Tabla N°4 se aprecia los antecedentes ginecológicos, el 70,2% de las pacientes presentan una vida sexual activa, de las cuales el 14,9% ha tenido más de 3 parejas sexuales y el 34% sólo una pareja sexual, por otro lado el 46,8% de las adolescentes padece de dismenorrea durante la menstruación. En relación a los antecedentes maternos, el 19,1% refirió presentar antecedente

materno de Síndrome de Ovario Poliquístico, el 6,4% de hipertensión arterial y el 12,8% de diabetes mellitus tipo 2. Sobre los antecedentes obstétricos el 72,3% son nuligestas y el 12,8% multigestas.

Tabla N°5. Características del ciclo menstrual en adolescentes que acuden al Hospital Militar Central Crl. Luis Arias Schreiber de Lima, durante el periodo de Enero a Diciembre del 2018.

| Menstruación | n° | % |
|---------------|----|-------|
| Regular | 13 | 27,7 |
| Oligomenorrea | 31 | 66 |
| Anovulación | 3 | 6,4 |
| Total | 47 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia en base a las historias clínicas.

La Tabla N°5 contiene las características del ciclo menstrual de las adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico donde se concluye que el 66% de las pacientes presentan oligomenorrea y el 6,4% anovulación.

Tabla N°6. Índice de Masa Corporal en adolescentes que acuden al Hospital Militar Central Crl. Luis Arias Schreiber de Lima, durante el periodo de Enero a Diciembre del 2018.

| Índice de Masa Corporal | n° | % |
|-------------------------|----|-------|
| Normal | 16 | 34 |
| Sobrepeso | 28 | 59,6 |
| Obesidad Clase I | 3 | 6,4 |
| Obesidad Clase II | - | - |
| Obesidad Clase III | - | - |
| Total | 47 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia en base a las historias clínicas.

De la Tabla N°6 se puede concluir que el Síndrome de Ovario Poliquístico está relacionado con el incremento de la masa corporal. El 59,6% de las pacientes

presentó sobrepeso y el 6,4% obesidad clase I. La media del peso de las adolescentes fue de $65,61 \pm 9,22$ kg y la media de la talla fue $1,58 \pm 0,07$ m.

Tabla N°7. Características Clínicas de las adolescentes diagnosticadas con Síndrome de Ovario Poliquístico según los Criterios de Rotterdam en el Hospital Militar Central Crl. Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018.

| Características Clínicas | n° | % |
|----------------------------|----|------|
| Alopecia | | |
| No | 34 | 72,3 |
| Si | 13 | 27,7 |
| Acné | | |
| No | 24 | 51,1 |
| Leve | 17 | 36,2 |
| Moderado | 5 | 10,6 |
| Severo | 1 | 2,1 |
| Acantosis Nigricans | | |
| No | 40 | 85,1 |
| Si | 7 | 14,9 |
| Hirsutismo | | |
| No | 17 | 36,2 |
| Si | 30 | 63,8 |

Fuente: Elaboración propia en base a las historias clínicas.

En la Tabla N°7 se presenta las características clínicas más frecuentes de las adolescentes que padecen SOP. El hirsutismo fue la manifestación clínica más frecuente con un 63,8% seguido de la presencia de acné con un 48,9% y alopecia con un 27,7%, la acantosis nigricans sólo se presentó en 14,9% de la población estudiada. Con respecto al acné el grado de presentación más frecuente fue el leve con un 36,2%.

Tabla N°8. Grado de hirsutismo según la Escala de Ferriman y Gallwey Modificada en pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico que acuden al Hospital Militar Central Crl. Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018.

| Grado de Hirsutismo | n° | % |
|---------------------|----|-------|
| Leve | 25 | 83,3 |
| Moderado | 5 | 16,7 |
| Severo | - | - |
| Total | 30 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia en base a las historias clínicas.

*Leve: <15 puntos.

*Moderado: 15 – 25 puntos.

*Severo: >25 puntos.

La Tabla N°8 muestra que el 83,3% de las adolescentes que padecen esta patología presentan hirsutismo leve como manifestación clínica y el 16,7% hirsutismo moderado, ninguna paciente presentó hirsutismo severo. Asimismo la media del puntaje obtenido según la Escala de Ferriman y Gallwey Modificada fue de $12,40 \pm 3,15$ puntos, el puntaje mínimo fue 8 puntos y el máximo fue 21 puntos. Al estudiar cada región corporal se evidenció que el hirsutismo se presenta con más frecuencia en abdomen inferior, brazos y muslos.

Tabla N°9. Diagnóstico bioquímico de hiperandrogenismo en pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico que acuden al Hospital Militar Central Crl. Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018

| Criterio Hormonal | n° | % |
|--------------------|----|------|
| Índice LH/FSH | | |
| Normal | 35 | 74,5 |
| Aumentado | 12 | 25,5 |
| Testosterona Total | | |
| Normal | 38 | 80,9 |
| Aumentado | 9 | 19,1 |

Fuente: Elaboración propia en base a las historias clínicas.

En la Tabla N°9 se observa que el 25,5% de las pacientes presenta un Índice LH/FSH >2 mUI/ml y sólo el 19,1% presenta un nivel elevado de testosterona total, estos 2 criterios hormonales son útiles para el diagnóstico de hiperandrogenismo según los Criterios de Rotterdam.

Tabla N°10. Características Bioquímicas de las adolescentes diagnosticadas con Síndrome de Ovario Poliquístico en el Hospital Militar Central Crl. Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018.

| Datos Bioquímicos | Media | Desviación Estándar | Rango | Valores normales |
|--------------------|-------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| DHEA | 2,99 µg/ml | 0,80 | 1,31 - 4,93 µg/ml | 0,32 - 3,8 µg/ml |
| Testosterona Total | 68,62 ng/dl | 13,46 | 32 - 90 ng/dl | 20 - 80 ng/dl |
| LH | 9,27 mUI/ml | 4,66 | 3,91 - 25,18 mUI/ml | 1 - 12 mUI/ml |
| FSH | 7,36 mUI/ml | 1,79 | 4,54 - 11,40 mUI/ml | 3,5 - 12 mUI/ml |
| Prolactina | 17,64 ng/ml | 3,50 | 9,7- 22,8 ng/ml | 4,79 - 23,3 ng/ml |
| Glucosa Basal | 93,16 mg/dl | 16,94 | 71-135 mg/dl | 60 - 110 mg/dl |

Fuente: Elaboración propia en base a las historias clínicas

*DHEA: Hormona Dehidroepiandrosterona.

*LH: Hormona Luteinizante.

*FSH: Hormona Folículo Estimulante.

De la Tabla N°10 se concluye que la hormona dehidroepiandrosterona tuvo un valor medio de $2,99 \pm 0,80$ µg/ml y la media del nivel de la testosterona total fue de $68,62 \pm 13,46$ ng/dl, en el caso de la hormona luteinizante la media fue de $9,27 \pm 4,66$ mUI/ml. La hormona folículo estimulante obtuvo un valor medio de $7,36 \pm 1,79$ mUI/ml y asimismo la media del nivel de prolactina fue de $17,64 \pm 3,50$ ng/ml. El valor máximo de la glucosa basal fue de 135 mg/dl la cual se puede relacionar con la presencia de acantosis nigricans en algunas pacientes y su media fue de $93,16 \pm 16,94$ mg/dl.

Tabla N°11. Diagnóstico Ecográfico de Ovario Poliquístico según los Criterios de Rotterdam en las pacientes que acuden al Hospital Militar Central Crl. Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018.

| Ecografía | n° | % |
|---------------------------|-----------|--------------|
| Sin criterios ecográficos | 20 | 42,6 |
| Con criterios ecográficos | | |
| Derecho | 12 | 25,5 |
| Izquierdo | 5 | 10,6 |
| Bilateral | 10 | 21,3 |
| Total | 47 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia en base a las historias clínicas.

La Tabla N°11 evidencia que el 57,4% de las pacientes fueron diagnosticadas de Ovario Poliquístico mediante el empleo de la ecografía, de las cuales el 25,5% presentó ovario poliquístico derecho y el 21,3 bilateral.

Tabla N°12. Tratamiento del Síndrome de Ovario Poliquístico en pacientes atendidas en el Hospital Militar Central Crl. Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018.

| Tratamiento | n° | % |
|-----------------------------------|-----------|--------------|
| Anticonceptivos Orales Combinados | 15 | 31,9 |
| ACO* + Dieta balanceada | 20 | 42,6 |
| Citrato de Clomifeno | 3 | 6,4 |
| Metformina + Dieta balanceada | 9 | 19,1 |
| Resección Quirúrgica | - | - |
| Total | 47 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia en base a las historias clínicas

*AOC: Anticonceptivos orales combinados

De la Tabla N°12 se concluye que el 42,6% de las pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico recibieron anticonceptivos orales combinados más dieta balanceada como tratamiento de elección y ninguna paciente fue tratada quirúrgicamente. El citrato de clomifeno fue el tratamiento de elección en pacientes con anovulación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) es considerado como una de las patologías más frecuentes que afecta a mujeres en edad fértil a nivel mundial y se caracteriza principalmente por la presencia de alteraciones menstruales, hiperandrogenismo y degeneración ovárica.

En el presente estudio se investigó la utilidad de los Criterios de Rotterdam para el diagnóstico precoz del Síndrome de Ovario Poliquístico y asimismo conocer las características epidemiológicas, clínicas, bioquímicas y terapéuticas de las adolescentes que padecen esta patología.

La población estudiada estuvo conformada por pacientes mujeres entre los 15 y 19 años de edad, de las cuales el 92,2% fueron diagnosticadas mediante el empleo de los Criterios de Rotterdam, este resultado coincide con otro estudio de investigación realizado en México en el cual el 67% de las adolescentes estudiadas fueron diagnosticadas mediante estos criterios⁷.

Los Criterios de Rotterdam establecen que la presencia de ovario poliquístico por sí solo no define el diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico motivo por el cual se propuso su clasificación en 4 subfenotipos. En nuestra población se evidenció que el subfenotipo “B” fue el más frecuente, el cual se caracteriza por la presencia de alteraciones en el ciclo menstrual (oligomenorrea o anovulación) asociado a la presencia de hiperandrogenismo clínico o de laboratorio, este hallazgo se diferencia con los datos obtenidos en México en la cual el subfenotipo “A” o “Clásico” es el más habitual⁸.

El estudio de la edad de inicio de la menarquia es de suma importancia debido a que es considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad. Se encontró similar información en nuestro país y en El Salvador, donde se destaca que la edad de menarquia más frecuente es entre los 11 años y 12 años de edad⁹. Según la pesquisa realizada se reportó que más del 50% de las jóvenes de la ciudad de Lima consumen alcohol, sin embargo no se encontró bibliografías similares sobre la frecuencia de hábitos nocivos con las cuales comparar.

Dentro de las características epidemiológicas, la investigación estuvo conformada en su mayoría por adolescentes con grado de instrucción superior y estado civil soltero. En cuanto a los antecedentes ginecológicos los datos encontrados coincidieron con otro estudio realizado en nuestro país, donde se evidencia que en la actualidad la edad de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes es antes de los 19 años de edad¹⁷. Poco se menciona acerca del componente genético del SOP en familiares de primer grado, un estudio y otro similar realizado en México demuestran que existe este componente pese a que sólo una minoría de la población

presenta antecedente materno de Síndrome de Ovario Poliquístico⁷. De los resultados obtenidos sobre los antecedentes obstétricos, se pudo concluir que más del 50% de las adolescentes en nuestro país hoy en día presentan una vida sexual activa pero sin historia de embarazos previos¹⁷.

La alteración en el ciclo menstrual de las mujeres en edad reproductiva es considerada como uno de los principales motivos de consulta ginecológica, el cual sugiere al médico la sospecha en el diagnóstico del Síndrome de Ovario Poliquístico. Según nuestro estudio y otro realizado en nuestro país, la oligomenorrea es la alteración del ciclo menstrual más frecuente y sólo una minoría presenta anovulación como manifestación de esta enfermedad¹⁸.

Se ha establecido que el Síndrome de Ovario Poliquístico está asociado a otras enfermedades como el síndrome metabólico, es por ello que una de las variables estudiadas en nuestra investigación fue el Índice de Masa Corporal y se demostró que más de la mitad de las pacientes con esta patología padecían de sobrepeso e incluso algunas presentaron obesidad clase I, estos resultados coincidieron con otros 2 estudios realizados en el país de Chile^{13, 15}.

La principal manifestación clínica de esta enfermedad en nuestras adolescentes es el hirsutismo leve, evidenciándose principalmente en regiones corporales como abdomen inferior, brazos y muslos. El acné leve y la alopecia se presentan en un porcentaje moderado de la población y sólo una minoría presenta acantosis nigricans, estos resultados difieren del estudio realizado en Nicaragua donde se concluye que la alopecia y el acné severo son las principales manifestaciones clínicas de esta patología¹⁰.

El diagnóstico bioquímico de hiperandrogenismo se establece mediante la presencia de niveles elevados de hormona dehidroepiandrosterona y testosterona total, así como de un Índice LH/FSH $>2\text{mUI/ml}$. Un estudio realizado en Cuba concluyó que las pacientes que padecen de Síndrome de Ovario Poliquístico presentan en su mayoría niveles elevados de testosterona total y un Índice e LH/FSH $>3\text{mUI/ml}$, contrario a lo que ocurrió en nuestra investigación donde se halló un bajo porcentaje de pacientes con niveles elevados de hormona dehidroepiandrosterona y testosterona total, asimismo el índice LH/FSH se encontró elevado solo en un 25,5% de las adolescentes¹¹. Respecto al diagnóstico ecográfico de ovario poliquístico, se ha demostrado que la poliquistosis ovárica derecha es la más frecuente, este resultado fue similar a un estudio realizado en Nicaragua, sin embargo en dicho estudio se menciona que la poliquistosis ovárica izquierda es la segunda más frecuente el cual no concordó con nuestros hallazgos¹⁰.

En relación al tratamiento médico o quirúrgico más utilizado para el SOP en el país, se evidenció que la medicación de anticonceptivos orales combinados asociado a una dieta balanceada reduce la presencia hiperandrogenismo, regula las alteraciones menstruales y disminuye la presencia de ovario poliquístico, de igual forma se comprobó que la terapia de elección en pacientes con sobrepeso es la metformina asociado a una dieta balanceada y en las pacientes con alteración menstrual como amenorrea el Citrato de Clomifeno es la más utilizada. Al revisar las literaturas no se halló estudios en similares en relación al tratamiento de elección.

CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del presente estudio son:

1. Los Criterios de Rotterdam son útiles para el diagnóstico del Síndrome de Ovario Poliquístico en adolescentes del Hospital Militar Coronel Luis Arias Schreiber, durante al año 2018.
2. El subfenotipo B es el más frecuente según los Criterios de Rotterdam en las pacientes diagnosticadas con Síndrome de Ovario Poliquístico que acuden al Hospital Militar Coronel Luis Arias Schreiber.
3. Las características epidemiológicas más frecuentes de las adolescentes fueron: oligomenorrea, edad de menarquia a los 11 años de edad, vida sexual activa sin historia de embarazos previos y no se encontró relación de la presencia de esta patología con el antecedente materno.

4. La manifestación clínica más frecuente de las adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico que acudieron al Hospital Militar Coronel Luis Arias Schreiber durante el año 2018 fueron el hirsutismo leve y el sobrepeso.
5. Dentro de las características bioquímicas de las pacientes un bajo porcentaje presenta niveles elevados de hormona dehidroepiandrosterona y testosterona total, asimismo más de la mitad de las pacientes presentaron un índice LH/FSH normales.
6. La terapéutica más utilizada en adolescentes que padecen de Síndrome de Ovario Poliquístico es la de anticonceptivos orales combinados asociados a una dieta balanceada y el uso de citrato de Clomifeno sólo está indicado en pacientes que padecen de anovulación.

RECOMENDACIONES

- Utilizar adecuadamente los Criterios de Rotterdam para un correcto diagnóstico del Síndrome de Ovario Poliquístico el cual propone el cumplimiento al menos 2 de sus 3 criterios: Oligo-ovulación, hiperandrogenismo clínico o de laboratorio y ecografía compatible con SOP.
- Se recomienda a los ginecólogos del Hospital Militar Central prestar mayor atención a las adolescentes que presenta alteraciones menstruales y signos de hiperandrogenismo, con el objetivo de identificar de diagnosticar de forma precoz esta patología.
- Según el resultado obtenido se debe promover charlas educativas en las diversas instituciones educativas sobre el Síndrome de Ovario Poliquístico y sus complicaciones posteriores por parte del Personal de Salud capacitado con la finalidad de que las paciente acudan a los chequeos ginecológicos a una edad temprana.
- Capacitar a los médicos ginecólogos sobre esta patología para realizar un correcto diagnóstico tanto clínico como ecográfico de Ovario Poliquístico en relación a los criterios ya establecidos.
- Implementar los laboratorios en los hospitales a nivel nacional con el fin de realizar exámenes especializados para el diagnóstico temprano de hiperandrogenismo.
- Elaborar un adecuado registro de las pacientes diagnosticadas con Síndrome de Ovario Poliquístico con el propósito de que reciban un tratamiento adecuado y oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Borbón Cordero M, Robles Quirós F. TEMA 11-2016: Síndrome de Ovario Poliquístico. Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD. 2016 [Consultado: 21 enero 2018]; 6(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161q.pdf>
2. Stein IF, Leventhal ML. Amenorrhoea associated with bilateral polycystic ovaries. Am J Obstet Gynecol 1935 [Consultado: 21 enero 2018]; 29; 181-91. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937815306426>
3. Merino P, Schulin-Zeuthen P, Cannoni B, Conejero R. Síndrome de ovario poliquístico: diagnóstico en la adolescencia. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015 [Consultado: 21 enero 2018]; 26(1):88-93. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-sindrome-ovario-poliquistico-diagnostico-adolescencia-S0716864015000140>
4. Sir Peterman T. Síndrome de ovario poliquístico, obesidad e hiperinsulinismo: un camino a la diabetes. Medwave. 2002 [Consultado: 21 enero 2018]; 2(4). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3187>
5. Teresa Sir P, Jessica Preisler R, Amiram Magendzo N. Síndrome de ovario poliquístico. diagnóstico y manejo. Revista Médica Clínica Las Condes. 2013 [Consultado: 21 enero 2018]; 24(5):818-826. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-sindrome-ovario-poliquistico-diagnostico-manejo-S0716864013702293>

6. Ehrman DA. Polycystic ovary syndrome. N Engl J Med 2005 [Consultado: 21 enero 2018]; 352:1223-36.
Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra041536>
7. Machain Vázquez RG, Hernández Marín I. Rotterdam 2003. Criterio vigente para el diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico en población adolescente. Reproducción (México) 2014 [Consultado: 21 enero 2018]; 7:83-95. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/reproduccion/mr-2014/mr142d.pdf>
8. Carmona Ruiz IO, Saucedo de la Llata E, Morraga Sánchez MR, Romeu sarró A. Síndrome de ovario poliquístico: ¿Ha aumentado su prevalencia? Ginecol Obstet Mex 2015 [Consultado: 24 enero 2018]; 83:750-759.
Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom1512c.pdf>
9. García Reyes HM, Guevara Romero EJ, Hernández Aparicio JL. Incidencia del Síndrome de Ovarios Poliquísticos en Mujeres de 15 a 35 años de edad que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Corinto y Jocoro del Departamento de Morazán, y Agua Caliente del Departamento de la Unión año 2016 [Tesis]. San Miguel, Universidad de El Salvador. Facultad Multidisciplinaria Oriental; 2016 [Consultado: 26 enero 2018].
Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16961/1/50108326.pdf>
10. Gadea MS, Martínez VJ. Abordaje diagnóstico del Síndrome de Ovario Poliquístico en mujeres en edad reproductiva en el servicio de ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense de enero del 2009 a diciembre del 2014 [Tesis]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Médicas; 2015 [Consultado: 26 enero 2018].
Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/3254/1/76425.pdf>

11. Vázquez Niebla JC, Calero Ricardo JL, Carías JP, Monteagudo Peña G. Correspondencia clínica, hormonal y ecográfica en el diagnóstico del síndrome de ovarios poliquísticos. Revista Cubana de Endocrinología 2016 [Consultado: 26 enero 2018]; 27(1):4-17.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532016000100002
12. Lince GA, Pérez PM, Molina VJ, Martínez SL. Síndrome de ovario poliquístico y complicaciones metabólicas: más allá del exceso de andrógenos. Rev Chil Obstet Ginecol 2015[Consultado: 26 enero 2018]; 80(6): 515 – 519.
Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v80n6/art13.pdf>
13. Marcela Jiménez M, et al. Características clínicas y metabólicas de síndrome de ovario poliquístico en la ciudad de Temuco. Rev Chil Endocrinol Diabetes 2014 [Consultado: 27 enero 2018]; 7(3): 85-88.
Disponible en: http://revistasoched.cl/3_2014/2-Jimenez.pdf
14. Alejandro Montalván DE. Poliquistosis Ovárica en pacientes que acuden a Consulta Externa de Ginecología en el Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso - Loja [Tesis]. Loja, Universidad Nacional de Loja. Área de la Salud Humana; 2016 [Consultado: 21 enero 2018]. Disponible en:
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/17657/3/Tesis.%20Daniel%20E.%20Alejandro%20M.pdf>
15. Sáez C, Rocha A, Torres M, Urra CA, Muñoz J. Epidemiology of polycystic ovary syndrome in Chillan-Chile. Rev ANACEM 2016 [Consultado: 25 enero 2018]; 10(1): 15-21. Disponible en:
<https://journals.indexcopernicus.com/search/article?articleId=1777106>
16. Fernández Anccas CE. Prevalencia del Síndrome de Ovario Poliquístico en pacientes que acuden al Hospital Nacional Sergio Enrique Bernaldes en el año

2017 [Tesis]. Lima, Universidad Privada San Juan Bautista. Facultad de Ciencias de la Salud; 2018 [Consultado: 26 enero 2018].

Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1462>

17. Matos OE. Complicaciones, características clínicas y bioquímicas del síndrome de ovario poliquístico en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé, durante el periodo 2010-2012 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2014 [Consultado: 26 enero 2018].

Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3849/Matos_oe.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. Ascenzo Mccallum UP. Características del Síndrome de Ovario Poliquístico en Adolescentes en un Hospital Militar en la ciudad de Lima [Tesis]. Lima: Universidad Científica del Sur. Facultad de Ciencias de la Salud; 2016 [Consultado: 26 enero 2018].

Disponible en: <http://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/UCS/194>

19. Duarte Ratto CI. Experiencias de mujeres jóvenes diagnosticadas con síndrome de ovario poliquístico [Tesis]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Facultad de Letra y Ciencias Humanas; 2016 [Consultado: 26 enero 2018].

Disponible en:

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/7477/DUARTE_RATTO_CAROLINA_EXPERIENCIAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

20. Hinostroza BM. Síndrome ovario Poliquístico como factor asociado para diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de 15 a 45 años, atendidas en el Servicio de Endocrinología del Hospital María Auxiliadora Enero-Julio del 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana; 2016 [Consultado: 28 enero 2018]. Disponible en:

http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/529/Hinostroza_m.pdf?sequence=1&isAllowed=y

21. Urcia Peláez AR. Obesidad central como factor predictor de hiperandrogenismo en mujeres con síndrome de ovario Poliquístico [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana; 2017 [Consultado: 28 enero 2018].
Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2671>
22. Ministerio de Salud [Internet] n.d. Determinantes Sociales de la Salud en el Perú [Consultado 2 Diciembre 2017].
Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/12_determinantes_sociales_salud.pdf
23. Salmerón Ruiz MA, Casas Rivero J. Síndrome de ovario poliquístico en adolescentes. An Pediatr Contin. 2012 [Consultado: 27 enero 2018]; 10(5):257-63 257. Disponible en:
<http://www.apcontinuada.com/es-sindrome-ovario-poliquistico-adolescentes-articulo-S1696281812700963>
24. Muñoz Calvo MT. Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP). Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia 2016 [Consultado: 26 enero 2018]; 4(2): 20-31.
Disponible en:
https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol4num2-2016/20_sindrome_de_ovario_poliquistico_sop.pdf
25. Hernández, Fernández y Baptista, Metodología de la Investigación. Ed. Mc Graw hill. Pg.23. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
26. Sánchez Carlessi H. y Reyes Meza C. Ed. (2006)

ANEXOS: Anexo 1. Matriz de consistencia.

| PROBLEMA GENERAL | OBJETIVO PRINCIPAL | MARCO TEÓRICO | METODOLOGÍA |
|--|--|--|---|
| ¿Cuál es la utilidad de los Criterios de Rotterdam para el diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico en adolescentes que acuden al Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018? | Emplear los Criterios de Rotterdam para diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico en adolescentes que acuden al Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018. | Síndrome de ovario poliquístico: <ul style="list-style-type: none"> Merino P, Schulin-Zeuthen P, Cannoni B, Conejero R. Síndrome de ovario poliquístico: diagnóstico en la adolescencia. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015; 26(1):88-93. Teresa Sir P, Jessica Preisler R, Amiram Magendzo N. Síndrome de ovario poliquístico. Diagnóstico y manejo. Revista Médica Clínica Las Condes. 2013; 24(5):818-826. Salmerón Ruiz MA, Casas Rivero J. Síndrome de ovario poliquístico en adolescentes. An Pediatr Contin. 2012; 10(5):257-63 257. Machain Vázquez RG, Hernández Marín I. Rotterdam 2003. Criterio vigente para el diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico en población adolescente. Reproducción (México) 2014; 7:83-95. | Método de investigación: Descriptivo simple. |
| PROBLEMAS ESPECÍFICOS | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | | Tipo de investigación: Investigación de tipo cuantitativa. |
| ¿Cuál es el subfenotipo más frecuente según los Criterios de Rotterdam en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018? | <ul style="list-style-type: none"> Determinar el subfenotipo más frecuente según los Criterios de Rotterdam en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018. | | Nivel de investigación: Nivel Descriptivo. |
| ¿Cuáles son las características epidemiológicas en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018? | Identificar las características epidemiológicas en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018. | | Población y muestra: <ul style="list-style-type: none"> Población: 51 pacientes. Muestra: La muestra fue igual a la población. Conformada por las 51 pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico. Tipo de muestra: Muestreo no probabilístico por conveniencia. |
| ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más frecuente en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018? | Establecer las manifestaciones clínicas más frecuente en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018. | VARIABLES Y DIMENSIONES | Técnicas e instrumentos de recolección de datos: <ul style="list-style-type: none"> Técnica de la documentación. Ficha de recolección de datos: Consta de 6 categorías y nos permitió conocer los subfenotipos más frecuentes según los Criterios de Rotterdam, las características epidemiológicas, clínicas y bioquímicas, los datos ecográficos de ovarios poliquísticos y el tratamiento médico o quirúrgico. |
| ¿Cuáles son las características bioquímicas en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018? | Determinar las características bioquímicas en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018. | <ul style="list-style-type: none"> Criterios de Rotterdam. Características epidemiológicas Características clínicas Características bioquímicas Datos ecográficos compatible con Síndrome de Ovario Poliquístico. Tratamiento. | Técnica de procesamiento y análisis de datos: <ul style="list-style-type: none"> Base de datos en Excel. Software estadístico SPSS 20. Se elaboró tablas para cada variable. |
| ¿Cuál es la terapéutica de elección en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018? | Identificar la terapéutica de elección en adolescentes con Síndrome de Ovario Poliquístico atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber de Lima, durante el año 2018. | | |

Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables.

| VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIÓN | TIPO DE VARIABLE | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | CATEGORÍA Y VALORES |
|--|---|---|-----------------------|--|--------------------|---|
| CRITERIOS DE ROTTERDAM | Criterio establecido en el año 2003, utilizado para el diagnóstico de SOP | Criterios de Rotterdam para diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico. | Cuantitativa | - Oligo-ovulación. - Hiperandrogenismo clínico o de laboratorio. - Ecografía compatible con SOP. | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Subfenotipo A = 4 • Subfenotipo B = 3 • Subfenotipo C = 2 • Subfenotipo D = 1 • Ninguno = 0 |
| CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS | Conjunto de características (poblacionales, medioambientales, étnicas, genéticas, laborales, ecológicas, etc.) de una determinada población o contexto sobre el cual se puede desarrollar una enfermedad. | Edad. | Cuantitativa discreta | - Años cumplidos. | Razón | <ul style="list-style-type: none"> • 15 años. • 16 años. • 17 años. • 18 años. • 19 años. |
| | | Grado de Instrucción. | Cuantitativa | - Analfabeta - Secundaria - Técnica - Superior | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta = 0 • Secundaria = 1 • Técnica = 2 • Superior = 3 |
| | | Estado Civil. | Cuantitativa | - Soltera - Casada - Conviviente | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Soltera = 0 • Casada = 1 • Conviviente = 2 |
| | | Hábitos Nocivos | Cuantitativa | - Drogas - Tabaco - Alcohol | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno = 0 • Drogas = 1 • Tabaco = 2 • Alcohol = 3 • Alcohol + Tabaco = 4 |
| | | Menarquía. | Cuantitativa discreta | - Edad de inicio de menstruación | Razón | <ul style="list-style-type: none"> • 9 años. • 10 años. • 11 años. • 12 años. • 13 años. |
| | | Actividad Sexual. | Cuantitativa | - Vida sexual activa | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Si = 1 • No = 0 |

| | | | | | | |
|---------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------|---|---------|---|
| | | Número de Parejas Sexuales. | Cuantitativa | - Número de Parejas Sexuales | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Una pareja = 1 • Dos parejas = 2 • Más de tres parejas = 3 |
| | | Ciclo menstrual. | Cuantitativa | - Regular - Oligomenorrea - Anovulación | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Regular = 0 • Anovulación = 1 • Oligomenorrea = 2 |
| | | Dismenorrea. | Cuantitativa | - Dismenorrea | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Si = 1 • No = 0 |
| | | Antecedentes maternos. | Cuantitativa | - Hipertensión Arterial (HTA) - Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM 2) - Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno = 0 • Otros = 1 • HTA = 2 • DM 2 = 3 • SOP = 4 |
| | | Antecedente Obstétrico. | Cuantitativa | - Aborto previo - Nuligesta - Multigesta | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Multigesta = 0 • Nuligesta = 1 • Aborto previo = 2 |
| CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS | Denominado como cuadro clínico o manifestación clínica y está compuesta por signos y/o síntomas que caracterizan a una determinada enfermedad. | Índice de masa corporal. | Cuantitativa Continua | - Relación Peso/ (Talla) ² | Ordinal | <ul style="list-style-type: none"> • Normal: 18.5- 24.99 kg/m² • Sobrepeso: ≥25-29.99 kg/m² • Obeso clase I: ≥30-34.99 kg/m² • Obeso clase II: ≥35-39.99 kg/m² • Obeso clase III: ≥40 kg/m² |
| | | Alopecia. | Cuantitativa | - Alopecia | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Si = 0 • No = 1 |
| | | Acné. | Cuantitativa | - Acné | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • No = 0 • Leve = 1 • Moderado = 2 • Severo = 3 |

| | | | | | | |
|------------------------------------|---|--|--------------|--|---------|--|
| | | Acantosis nigricans. | Cuantitativa | - Acantosis nigricans | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Si = 0 • No = 1 |
| | | Hirsutismo. | Cuantitativa | - Hirsutismo - Escala de Ferriman y Gallwey Modificada | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • No = 0 • Leve = 1 • Moderado = 2 • Severo = 3 |
| CARACTERÍSTICAS BIOQUÍMICAS | Conjunto de análisis clínicos cuyo fin es diagnosticar una enfermedad. | Índice LH/FSH | Cuantitativa | - Índice LH/FSH | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Normal = 0 • Aumentado = 1 |
| | | Nivel de testosterona total. | Cuantitativa | - Nivel de testosterona total | Razón | Valor: 20 - 80 ng/dl <ul style="list-style-type: none"> • Normal = 0 • Aumentado = 1 |
| | | Nivel de dehidroepiandrosterona | Cuantitativa | - Nivel de dehidroepiandrosterona | Razón | <ul style="list-style-type: none"> • 0,32 - 3,8 µg/ml |
| | | Nivel de hormona luteinizante. | Cuantitativa | - Nivel de hormona luteinizante | Razón | <ul style="list-style-type: none"> • 1 - 12 mUI/ml |
| | | Nivel de hormona folículo estimulante. | Cuantitativa | - Nivel de hormona folículo estimulante | Razón | <ul style="list-style-type: none"> • 3,5 - 12 mUI/ml |
| | | Nivel de prolactina | Cuantitativa | - Nivel de prolactina | Razón | <ul style="list-style-type: none"> • 4,79 - 23,3 ng/ml |
| | | Glucosa basal. | Cuantitativa | - Glucosa basal | Razón | Valor: 60 - 110 mg/dl <ul style="list-style-type: none"> • Normal = 0 • Aumentado = 1 |
| ECOGRAFÍA | Técnica de imagen que utiliza ondas electromagnéticas para la exploración de ciertos órganos. | Diagnóstico de Ovario poliquístico ecográficamente. | Cuantitativa | - Presencia de 12 o más folículos de 2-9mm o volumen ovárico >10cc. | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Izquierdo = 0 • Derecho = 1 • Bilateral = 2 • Sin criterios ecográficos = 3 |
| TRATAMIENTO | Conjunto de medios (físicos, farmacológicos, quirúrgicos u otros) cuya finalidad es la curación o alivio de síntomas de una enfermedad. | Tratamiento médico o quirúrgico para Síndrome de Ovario Poliquístico | Cuantitativa | <ul style="list-style-type: none"> - Anticonceptivos orales combinados (AOC). - Dieta balanceada. - Citrato de clomifeno - Metformina - Resección quirúrgica. | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Resección quirúrgica = 0 • Citrato de clomifeno = 1 • Metformina + Dieta = 2 • AOC = 3 • AOC + Dieta = 4 |

Anexo 3. Matriz de operacionalización del Instrumento.

| NOMBRE DE VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES | ITEMS | ESACALA DE MEDICIÓN | TECNICA INSTRUMENTO |
|--|---|--|---|---|--|
| CRITERIOS DE ROTTERDAM | Criterios de Rotterdam para diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico. | - Oligo-ovulación. - Hiperandrogenismo clínico o de laboratorio. - Ecografía compatible con SOP. | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Subfenotipo A = 4 • Subfenotipo B = 3 • Subfenotipo C = 2 • Subfenotipo D = 1 • Ninguno = 0 | <p>FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p> <p>Consto de 6 categorías el cual nos permitió conocer los subfenotipos más frecuentes según los Criterios de Rotterdam, las características: epidemiológica, clínicas y bioquímicas, los datos ecográficos de ovarios poliquísticos y el tratamiento médico o quirúrgico.</p> |
| CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS | Edad. | - Años cumplidos. | 1 | • Edad en años. | |
| | Grado de Instrucción. | - Analfabeta - Secundaria - Técnica - Superior | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta = 0 • Secundaria = 1 • Técnica = 2 • Superior = 3 | |
| | Estado Civil. | - Soltera - Casada - Conviviente | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Soltera = 0 • Casada = 1 • Conviviente = 2 | |
| | Hábitos Nocivos | - Drogas - Tabaco - Alcohol | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno = 0 • Drogas = 1 • Tabaco = 2 • Alcohol = 3 • Alcohol + Tabaco = 4 | |
| | Menarquia. | - Menstruación | 1 | • Edad en años. | |
| | Actividad Sexual. | - Vida sexual activa | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Si = 1 • No = 0 | |
| | Número de Parejas Sexuales | - Número de Parejas Sexuales | | <ul style="list-style-type: none"> • Una pareja = 1 • Dos parejas = 2 • Más de tres parejas = 3 | |
| | Ciclo menstrual. | - Regular - Oligomenorrea - Anovulación | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Regular = 0 • Anovulación = 1 • Oligomenorrea = 2 | |
| Antecedentes maternos. | - Hipertensión Arterial (HTA) - Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM 2) | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno = 0 • Otros = 1 • HTA = 2 | | |

| | | | | |
|------------------------------------|--|---|----------|---|
| | | - Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) | | <ul style="list-style-type: none"> • DM 2 = 3 • SOP = 4 |
| | Antecedente Obstétrico. | <ul style="list-style-type: none"> - Aborto previo - Nuligesta - Multigesta | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Multigesta = 0 • Nuligesta = 1 • Aborto previo = 2 |
| CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS | Índice de masa corporal. | - Relación Peso/ (Talla) ² | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Normal: 18.5- 24.99 kg/m² • Sobrepeso: ≥25-29.99 kg/m² • Obeso clase I: ≥30-34.99 kg/m² • Obeso clase II: ≥35-39.99 kg/m² • Obeso clase III: ≥40 kg/m² |
| | Alopecia. | - Alopecia | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Si = 0 • No = 1 |
| | Acné. | - Acné | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • No = 0 • Leve = 1 • Moderado = 2 • Severo = 3 |
| | Acantosis nigricans. | - Acantosis nigricans | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Si = 0 • No = 1 |
| | Hirsutismo. | <ul style="list-style-type: none"> - Hirsutismo - Escala de Ferriman y Gallwey Modificada | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • No = 0 • Leve = 1 • Moderado = 2 • Severo = 3 |
| CARACTERÍSTICAS BIOQUÍMICAS | Índice LH/FSH | Índice LH/FSH | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Normal = 0 • Aumentado = 1 |
| | Nivel de testosterona total. | Nivel de testosterona total. Valor normal | 1 | <ul style="list-style-type: none"> Valor normal: 20 - 80 ng/dl • Normal = 0 • Aumentado = 1 |
| | Nivel de dehidroepiandrosterona | Nivel de dehidroepiandrosterona | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 0,32 - 3,8 µg/ml |
| | Nivel de hormona luteinizante. | Nivel de hormona luteinizante. | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 1 - 12 mUI/ml |
| | Nivel de hormona folículo estimulante. | Nivel de hormona folículo estimulante. | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 3,5 - 12 mUI/ml |
| | Nivel de prolactina | Nivel de prolactina | 1 | <ul style="list-style-type: none"> • 4,79 - 23,3 ng/ml |

| | | | | |
|--------------------|--|--|---|--|
| | Glucosa basal. | Glucosa basal. | 1 | Valor normal: 60 - 110 mg/dl • Normal = 0 • Aumentado = 1 |
| ECOGRAFÍA | Diagnóstico de Ovario poliquístico ecográficamente. | - Presencia de 12 o más folículos de 2-9mm o volumen ovárico >10cc. | 1 | • Izquierdo = 0 • Derecho = 1 • Bilateral = 2 • Sin criterios ecográficos = 3 |
| TRATAMIENTO | Tratamiento médico o quirúrgico para Síndrome de Ovario Poliquístico | - Anticonceptivos orales combinados (AOC). - Dieta balanceada. - Citrato de clomifeno - Metformina - Resección quirúrgica. | 1 | • Resección quirúrgica = 0 • Citrato de clomifeno = 1 • Metformina + Dieta = 2 • AOC = 3 • AOC + Dieta = 4 |

Anexo 4. Ficha de recolección de datos:

| “UTILIDAD DE LOS CRITERIOS DE ROTTERDAM PARA SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL CORONEL LUIS ARIAS SCHREIBER, LIMA” | |
|--|--|
| Número Administrativo: _____ | Edad: _____ años. |
| I. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS | |
| CARACTERÍSTICAS GENERALES 1. Grado de Instrucción: <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Superior 2. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Conviviente 3. Hábitos Nocivos: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Alcohol + Tabaco | 6. Número de Parejas Sexuales: <input type="checkbox"/> Una pareja. <input type="checkbox"/> Dos parejas. <input type="checkbox"/> Más de tres parejas 7. Ciclo menstrual: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Oligomenorrea <input type="checkbox"/> Anovulación 8. Dismenorrea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 9. Antecedentes maternos: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Tipo 2 <input type="checkbox"/> Síndrome de Ovario Poliquístico <input type="checkbox"/> Otros 10. Antecedente Obstétrico: <input type="checkbox"/> Aborto previo <input type="checkbox"/> Nuligesta <input type="checkbox"/> Multigesta |
| ANTECEDENTES GINE-OBSTÉTRICOS: 4. Menarquia: _____ años. 5. Actividad sexual: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| II. MANIFESTACIONES CLÍNICAS | |
| 11. IMC: Peso: _____ Talla: _____ 12. Acné: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo | 13. Acantosis nigricans: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 14. Alopecia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 15. Hirsutismo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Escala de Ferriman y Gallwey Modificada: | |

| III. cCARACTERÍSTICAS BIOQUÍMICAS | |
|--|---|
| 16. Índice LH/FSH: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado | <ul style="list-style-type: none"> • Dehidroepiandrosterona: _____ µg/ml • Hormona luteinizante: _____ UI/ml • Hormona folículo estimulante: _____ mUI/ml • Prolactina: _____ ng/ml |
| 17. Testosterona total: _____ ng/dl <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado | |
| 18. Glucosa basal: _____ mg/dl <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado | |
| IV. DATOS ECOGRÁFICOS: | |
| 19. Diagnóstico de Ovario Poliquístico: 12 o más folículos de 2-9mm o volumen ovárico $\geq 10c$. <input type="checkbox"/> No cumple criterios ecográficos. <input type="checkbox"/> Derecho. <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Bilateral. | |
| V. CRITERIOS DE ROTTERDAM: | |
| 20. Subfenotipos: <input type="checkbox"/> A: Oligo-ovulación, hiperandrogenismo clínico o de laboratorio y ecografía compatible con SOP. <input type="checkbox"/> B: Oligo-ovulación e hiperandrogenismo clínico o de laboratorio. <input type="checkbox"/> C: Hiperandrogenismo clínico o de laboratorio y ecografía compatible con SOP. <input type="checkbox"/> D: Oligo-ovulación y ecografía compatible con SOP. <input type="checkbox"/> No clasificado. | |
| VI. TRATAMIENTO: | |
| 21. Tratamiento: <input type="checkbox"/> Anticonceptivos orales combinados. <input type="checkbox"/> Anticonceptivos orales combinados + Dieta balanceada. <input type="checkbox"/> Citrato de clomifeno <input type="checkbox"/> Metformina + Dieta balanceada. <input type="checkbox"/> Resección quirúrgica. | |

Anexo 5. Constancia de aplicación de la Ficha de Recolección de Datos:

Jesús María, 17 de Enero del 2019

**Asunto: Constancia de la aplicación de Ficha de Recolección de Datos
(Instrumento de Investigación).**

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Para comunicarle que visto el proyecto de Investigación de la Señorita QUISPE USCUVILCA KATHERINE HILARIA se autorizó la ejecución de la Investigación titulada: "UTILIDAD DE LOS CRITERIOS DE ROTTERDAM PARA SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO EN UN HOSPITAL MILITAR - 2018".

Por tal motivo se deja CONSTANCIA DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN (Ficha de Recolección de Datos), para lo cual previamente se coordinó con el Departamento de Historias Clínicas de nuestro hospital, la ejecución de dicho Proyecto de Investigación no ocasiono gastos a la Institución y se sujeto a las normas de seguridad existentes, incluyendo los permisos correspondientes para actividades de docencia e investigación.

Es propicia la oportunidad para expresarle nuestra consideración más distinguida.

Atentamente.


CIP - 312495900
HUGO VALENZUELA QUIROZ
TC1 EP
JEFE ARCHIVO MSP. CUMILAS.

Anexo 6. Confiabilidad válida del Instrumento:

Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | N de elementos |
|------------------|--|----------------|
| ,738 | ,744 | 21 |

Anexo 7. La data de procesamiento de datos:

| ID | EDAD | GRADO DE INSTRUCCIÓN | ESTADO CIVIL | HÁBITOS NOCIVOS | MENARQUIA | ACTIVIDAD SEXUAL | N° DE PAREJAS SEXUALES | CICLO MENSTRUAL | DISMENORREA |
|----|------|----------------------|--------------|------------------|-----------|------------------|------------------------|-----------------|-------------|
| 1 | 16 | Secundaria | Soltera | Alcohol | 12 | Si | Uno | Oligomenorrea | Si |
| 2 | 19 | Superior | Soltera | Alcohol | 10 | Si | Uno | Regular | No |
| 3 | 17 | Superior | Soltera | Alcohol | 11 | Si | Dos | Oligomenorrea | Si |
| 4 | 19 | Superior | Conviviente | Alcohol | 12 | Si | Uno | Oligomenorrea | No |
| 5 | 15 | Secundaria | Soltera | Ninguno | 11 | No | Ninguno | Anovulación | No |
| 6 | 18 | Superior | Soltera | Alcohol | 13 | Si | Dos | Oligomenorrea | No |
| 7 | 15 | Secundaria | Soltera | Ninguno | 13 | No | Ninguno | Regular | Si |
| 8 | 19 | Superior | Conviviente | Alcohol + Tabaco | 10 | Si | Más de tres | Oligomenorrea | Si |
| 9 | 15 | Secundaria | Soltera | Alcohol | 11 | No | Ninguno | Oligomenorrea | Si |
| 10 | 19 | Técnica | Casada | Alcohol | 12 | Si | Más de tres | Oligomenorrea | No |
| 11 | 18 | Superior | Soltera | Alcohol + Tabaco | 12 | Si | Más de tres | Oligomenorrea | Si |
| 12 | 17 | Superior | Soltera | Alcohol + Tabaco | 12 | No | Ninguno | Oligomenorrea | Si |
| 13 | 15 | Secundaria | Soltera | Alcohol | 11 | No | Ninguno | Anovulación | No |
| 14 | 19 | Superior | Soltera | Alcohol + Tabaco | 11 | Si | Uno | Regular | No |
| 15 | 16 | Secundaria | Soltera | Alcohol + Tabaco | 10 | Si | Uno | Regular | No |
| 16 | 19 | Superior | Conviviente | Alcohol | 13 | Si | Dos | Oligomenorrea | No |
| 17 | 19 | Técnica | Soltera | Alcohol + Tabaco | 12 | Si | Dos | Regular | No |
| 18 | 19 | Superior | Soltera | Alcohol + Tabaco | 12 | Si | Uno | Oligomenorrea | Si |
| 19 | 19 | Superior | Soltera | Alcohol + Tabaco | 13 | Si | Dos | Oligomenorrea | No |
| 20 | 17 | Secundaria | Conviviente | Alcohol | 10 | Si | Uno | Oligomenorrea | No |
| 21 | 15 | Secundaria | Soltera | Ninguno | 9 | No | Ninguno | Regular | No |
| 22 | 16 | Secundaria | Soltera | Alcohol | 11 | No | Ninguno | Anovulación | No |
| 23 | 16 | Superior | Soltera | Alcohol + Tabaco | 9 | Si | Dos | Oligomenorrea | Si |
| 24 | 15 | Secundaria | Soltera | Alcohol | 11 | Si | Uno | Oligomenorrea | Si |
| 25 | 19 | Superior | Soltera | Alcohol | 11 | Si | Uno | Regular | Si |
| 26 | 17 | Superior | Soltera | Tabaco | 12 | No | Ninguno | Oligomenorrea | No |

| | | | | | | | | | |
|----|----|------------|-------------|------------------|----|----|-------------|---------------|----|
| 27 | 17 | Superior | Conviviente | Alcohol + Tabaco | 12 | Si | Más de tres | Oligomenorrea | Si |
| 28 | 16 | Secundaria | Soltera | Tabaco | 11 | No | Ninguno | Regular | No |
| 29 | 17 | Secundaria | Soltera | Alcohol | 12 | Si | Uno | Regular | No |
| 30 | 18 | Superior | Conviviente | Alcohol | 10 | Si | Dos | Regular | Si |
| 31 | 18 | Superior | Soltera | Tabaco | 13 | Si | Uno | Regular | Si |
| 32 | 17 | Técnica | Soltera | Alcohol | 11 | Si | Dos | Oligomenorrea | No |
| 33 | 17 | Superior | Soltera | Alcohol | 12 | Si | Uno | Oligomenorrea | No |
| 34 | 16 | Técnica | Conviviente | Alcohol + Tabaco | 10 | Si | Uno | Regular | No |
| 35 | 17 | Superior | Soltera | Alcohol | 10 | No | Ninguno | Oligomenorrea | Si |
| 36 | 16 | Técnica | Soltera | Ninguno | 11 | No | Ninguno | Oligomenorrea | No |
| 37 | 17 | Superior | Soltera | Alcohol | 11 | Si | Más de tres | Oligomenorrea | Si |
| 38 | 19 | Superior | Soltera | Alcohol | 12 | Si | Uno | Regular | No |
| 39 | 15 | Secundaria | Soltera | Alcohol | 11 | No | Ninguno | Oligomenorrea | No |
| 40 | 16 | Superior | Soltera | Alcohol + Tabaco | 12 | Si | Uno | Oligomenorrea | Si |
| 41 | 19 | Superior | Casada | Alcohol | 10 | Si | Dos | Regular | Si |
| 42 | 15 | Secundaria | Soltera | Alcohol | 12 | No | Ninguno | Oligomenorrea | Si |
| 43 | 16 | Secundaria | Soltera | Alcohol | 9 | Si | Dos | Regular | No |
| 44 | 15 | Secundaria | Soltera | Ninguno | 11 | No | Ninguno | Regular | No |
| 45 | 19 | Superior | Soltera | Tabaco | 13 | Si | Más de tres | Oligomenorrea | No |
| 46 | 18 | Superior | Conviviente | Alcohol + Tabaco | 10 | Si | Más de tres | Oligomenorrea | No |
| 47 | 16 | Secundaria | Soltera | Alcohol | 10 | Si | Uno | Oligomenorrea | Si |
| 48 | 19 | Técnica | Soltera | Alcohol + Tabaco | 11 | No | Ninguno | Oligomenorrea | Si |
| 49 | 15 | Secundaria | Soltera | Ninguno | 12 | No | Ninguno | Oligomenorrea | Si |
| 50 | 18 | Superior | Soltera | Alcohol | 11 | Si | Uno | Oligomenorrea | No |
| 51 | 17 | Superior | Soltera | Alcohol + Tabaco | 13 | Si | Uno | Regular | No |

| ID | ANTECEDENTE MATERNO | ANTECEDENTE GÍNECO-OBSTÉTRICO | PESO | TALLA | IMC | ALOPECIA | ACNÉ | ACANTOSIS NIGRICANS | HIRSUTISMO | DHEA |
|----|--------------------------|-------------------------------|------|-------|-------|----------|----------|---------------------|------------|------|
| 1 | SOP | Nuligesta | 75.8 | 1.67 | 27.18 | No | No | Si | No | 3.15 |
| 2 | Ninguno | Nuligesta | 65.0 | 1.65 | 23.88 | No | No | No | Leve | 3.27 |
| 3 | SOP | Nuligesta | 69.5 | 1.48 | 31.73 | Si | Moderado | No | No | 2.41 |
| 4 | Ninguno | Multigesta | 51.0 | 1.52 | 22.07 | No | No | No | No | 1.73 |
| 5 | Ninguno | Nuligesta | 84.0 | 1.75 | 27.43 | No | Moderado | Si | Leve | 4.10 |
| 6 | Ninguno | Nuligesta | 68.8 | 1.65 | 25.27 | No | No | No | No | 1.80 |
| 7 | Ninguno | Nuligesta | 45.2 | 1.50 | 20.09 | Si | Leve | No | Leve | 2.31 |
| 8 | Ninguno | Multigesta | 67.0 | 1.65 | 24.61 | No | Leve | No | Leve | 3.17 |
| 9 | Ninguno | Nuligesta | 60.0 | 1.55 | 24.97 | No | No | No | No | 4.14 |
| 10 | Ninguno | Nuligesta | 60.0 | 1.52 | 25.97 | Si | No | No | Leve | 2.20 |
| 11 | Ninguno | Nuligesta | 68.0 | 1.60 | 26.56 | No | Moderado | No | Moderado | 3.50 |
| 12 | SOP | Nuligesta | 77.0 | 1.64 | 28.63 | No | Leve | No | Moderado | 3.63 |
| 13 | SOP | Nuligesta | 56.0 | 1.46 | 26.27 | No | Leve | No | No | 2.71 |
| 14 | Ninguno | Nuligesta | 60.0 | 1.62 | 22.86 | Si | No | No | No | 1.32 |
| 15 | Ninguno | Nuligesta | 57.0 | 1.65 | 20.94 | No | No | No | No | 1.98 |
| 16 | Diabetes Mellitus Tipo 2 | Aborto | 68.0 | 1.54 | 28.67 | No | No | No | No | 3.07 |
| 17 | Ninguno | Nuligesta | 70.0 | 1.63 | 26.35 | Si | No | No | Leve | 2.73 |
| 18 | Hipertensión Arterial | Aborto | 65.0 | 1.52 | 28.13 | No | Moderado | No | Moderado | 2.93 |
| 19 | Ninguno | Nuligesta | 70.5 | 1.63 | 26.53 | No | Severo | No | Leve | 4.20 |
| 20 | SOP | Multigesta | 82.0 | 1.63 | 30.86 | No | Leve | Si | Leve | 3.17 |
| 21 | Ninguno | Nuligesta | 55.0 | 1.62 | 20.96 | No | No | No | No | 2.40 |
| 22 | Ninguno | Nuligesta | 49.0 | 1.55 | 20.40 | Si | No | Si | Leve | 1.31 |
| 23 | Ninguno | Aborto | 64.0 | 1.54 | 26.99 | No | Leve | No | Leve | 3.51 |
| 24 | Hipertensión Arterial | Nuligesta | 57.0 | 1.53 | 24.35 | No | No | No | Leve | 1.90 |
| 25 | Diabetes Mellitus Tipo 2 | Nuligesta | 62.3 | 1.54 | 26.27 | No | Leve | No | Leve | 3.40 |
| 26 | Ninguno | Nuligesta | 60.0 | 1.65 | 22.04 | Si | No | Si | No | 3.17 |
| 27 | Hipertensión Arterial | Aborto | 80.0 | 1.65 | 29.38 | No | Moderado | Si | No | 2.45 |

| | | | | | | | | | | |
|----|--------------------------|------------|------|------|-------|----|------|----|----------|------|
| 28 | Ninguno | Nuligesta | 70.0 | 1.62 | 26.67 | No | Leve | No | Leve | 3.72 |
| 29 | Ninguno | Nuligesta | 62.0 | 1.69 | 21.71 | No | No | No | Leve | 2.83 |
| 30 | Ninguno | Nuligesta | 67.0 | 1.56 | 27.53 | No | Leve | No | No | 3.59 |
| 31 | Ninguno | Nuligesta | 70.0 | 1.65 | 25.71 | No | Leve | No | Leve | 2.74 |
| 32 | Otros | Nuligesta | 68.0 | 1.58 | 27.24 | Si | Leve | No | Leve | 3.62 |
| 33 | Ninguno | Multigesta | 64.0 | 1.56 | 26.30 | No | Leve | No | Moderado | 2.98 |
| 34 | SOP | Aborto | 55.0 | 1.54 | 23.19 | No | No | No | No | 4.93 |
| 35 | Ninguno | Nuligesta | 57.0 | 1.50 | 25.33 | No | Leve | No | No | 2.24 |
| 36 | Ninguno | Nuligesta | 69.0 | 1.58 | 27.64 | No | No | No | No | 3.45 |
| 37 | SOP | Nuligesta | 63.0 | 1.52 | 27.27 | No | No | No | Moderado | 3.40 |
| 38 | Ninguno | Nuligesta | 65.0 | 1.69 | 22.76 | No | No | No | No | 1.87 |
| 39 | Otros | Nuligesta | 74.0 | 1.66 | 26.85 | No | No | No | Leve | 2.45 |
| 40 | SOP | Aborto | 65.0 | 1.62 | 24.77 | No | Leve | No | Leve | 2.83 |
| 41 | Ninguno | Multigesta | 59.0 | 1.55 | 24.56 | No | No | No | No | 3.50 |
| 42 | Diabetes Mellitus Tipo 2 | Nuligesta | 76.0 | 1.60 | 29.69 | No | Leve | Si | Leve | 3.21 |
| 43 | Diabetes Mellitus Tipo 2 | Nuligesta | 83.0 | 1.69 | 29.06 | No | No | No | No | 4.53 |
| 44 | Ninguno | Nuligesta | 50.0 | 1.52 | 21.64 | No | No | No | No | 2.92 |
| 45 | Ninguno | Nuligesta | 58.0 | 1.51 | 25.44 | No | No | No | Leve | 3.61 |
| 46 | Diabetes Mellitus Tipo 2 | Multigesta | 78.0 | 1.58 | 31.24 | Si | No | No | Leve | 2.97 |
| 47 | Ninguno | Nuligesta | 54.0 | 1.52 | 23.37 | No | Leve | No | No | 3.21 |
| 48 | Diabetes Mellitus | Nuligesta | 66.0 | 1.55 | 27.47 | Si | No | No | Leve | 2.07 |
| 49 | Ninguno | Nuligesta | 57.0 | 1.52 | 24.67 | Si | Leve | No | Leve | 1.79 |
| 50 | Ninguno | Aborto | 53.5 | 1.52 | 23.16 | Si | No | No | Leve | 3.12 |
| 51 | SOP | Nuligesta | 80.0 | 1.68 | 28.34 | Si | No | No | Leve | 2.34 |

| ID | TESTOSTERONA TOTAL | LH | FSH | ÍNDICE LH/FSH | PROLACTINA | GLUCOSA BASAL | ECOGRAFÍA | SUBFENOTIPO | TRATAMIENTO |
|----|--------------------|-------|-------|---------------|------------|---------------|------------------|---------------|----------------------|
| 1 | 47 | 5.23 | 7.10 | 0.74 | 13.0 | 94 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | AOC + Dieta |
| 2 | 86 | 11.22 | 5.20 | 2.16 | 16.2 | 90 | Bilateral | Subfenotipo C | AOC |
| 3 | 76 | 10.59 | 7.92 | 1.34 | 20.5 | 129 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | Metformina + Dieta |
| 4 | 32 | 7.91 | 4.54 | 1.74 | 17.6 | 90 | Derecho | Subfenotipo D | AOC |
| 5 | 78 | 13.00 | 5.60 | 2.32 | 22.0 | 73 | Bilateral | Subfenotipo A | Citrato de Clomifeno |
| 6 | 46 | 6.72 | 8.52 | 0.79 | 16.4 | 95 | Derecho | Subfenotipo D | AOC + Dieta |
| 7 | 81 | 5.54 | 7.71 | 0.72 | 12.5 | 89 | Izquierdo | Subfenotipo C | AOC |
| 8 | 79 | 4.62 | 8.19 | 0.56 | 17.0 | 71 | Derecho | Subfenotipo A | AOC |
| 9 | 63 | 15.00 | 6.40 | 2.34 | 20.3 | 89 | Derecho | Subfenotipo A | AOC |
| 10 | 75 | 10.00 | 4.96 | 2.02 | 15.6 | 95 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | AOC + Dieta |
| 11 | 83 | 8.42 | 5.61 | 1.50 | 21.0 | 86 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | AOC + Dieta |
| 12 | 90 | 4.30 | 8.17 | 0.53 | 11.4 | 94 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | AOC + Dieta |
| 13 | 49 | 11.20 | 7.82 | 1.43 | 16.7 | 89 | Bilateral | Subfenotipo A | Citrato de Clomifeno |
| 14 | 56 | 10.50 | 7.30 | 1.44 | 9.7 | 79 | Izquierdo | Subfenotipo C | AOC |
| 15 | 53 | 5.61 | 9.20 | 0.61 | 10.5 | 74 | Izquierdo | Ninguno | AOC |
| 16 | 37 | 14.00 | 6.04 | 2.32 | 18.5 | 90 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | AOC + Dieta |
| 17 | 75 | 5.58 | 8.51 | 0.66 | 18.0 | 76,0 | Izquierdo | Subfenotipo C | AOC + Dieta |
| 18 | 64 | 8.75 | 6.40 | 1.37 | 12.3 | 121 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | Metformina + Dieta |
| 19 | 85 | 17.00 | 6.30 | 2.70 | 16.0 | 92 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | AOC + Dieta |
| 20 | 81 | 6.24 | 10.30 | 0.61 | 22.8 | 130 | Bilateral | Subfenotipo A | Metformina + Dieta |
| 21 | 58 | 9.30 | 6.99 | 1.33 | 17.1 | 77 | Bilateral | Ninguno | AOC |
| 22 | 74 | 6.52 | 8.31 | 0.78 | 20.5 | 83 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | Citrato de Clomifeno |
| 23 | 81 | 5.30 | 9.10 | 0.58 | 21.7 | 77 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | AOC + Dieta |
| 24 | 72 | 6.61 | 9.28 | 0.71 | 10.5 | 89 | Derecho | Subfenotipo A | AOC |
| 25 | 78 | 9.72 | 5.40 | 1.80 | 22.3 | 75 | Derecho | Subfenotipo C | AOC + Dieta |
| 26 | 65 | 3.91 | 10.12 | 0.39 | 19.5 | 98 | Izquierdo | Subfenotipo A | AOC |
| 27 | 61 | 6.02 | 9.75 | 0.62 | 20.5 | 132 | Derecho | Subfenotipo A | Metformina + Dieta |
| 28 | 52 | 10.40 | 5.70 | 1.82 | 19.7 | 97 | Derecho | Subfenotipo C | AOC + Dieta |

| | | | | | | | | | |
|----|----|-------|-------|------|------|------|------------------|---------------|--------------------|
| 29 | 76 | 4.71 | 8.91 | 0.53 | 15.8 | 81 | Bilateral | Subfenotipo C | AOC |
| 30 | 49 | 5.49 | 11.03 | 0.50 | 22.1 | 120 | Derecho | Subfenotipo C | Metformina + Dieta |
| 31 | 63 | 9.53 | 5.26 | 1.81 | 17.3 | 96 | Bilateral | Subfenotipo C | AOC + Dieta |
| 32 | 75 | 4.97 | 10.20 | 0.49 | 20.5 | 72 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | AOC + Dieta |
| 33 | 68 | 5.60 | 9.01 | 0.62 | 16.5 | 87 | Derecho | Subfenotipo A | AOC + Dieta |
| 34 | 86 | 16.42 | 7.21 | 2.28 | 18.9 | 74 | Bilateral | Subfenotipo C | AOC |
| 35 | 51 | 6.74 | 10.88 | 0.62 | 14.2 | 92 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | AOC + Dieta |
| 36 | 77 | 20.00 | 6.10 | 3.28 | 15.7 | 86 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | AOC + Dieta |
| 37 | 87 | 25.18 | 7.50 | 3.36 | 16.6 | 90 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | AOC + Dieta |
| 38 | 65 | 4.91 | 9.45 | 0.52 | 20.3 | 72 | Derecho | Ninguno | AOC |
| 39 | 59 | 11.20 | 6.13 | 1.83 | 20.6 | 84.5 | Derecho | Subfenotipo A | AOC + Dieta |
| 40 | 71 | 4.24 | 8.50 | 0.50 | 18.3 | 82 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | AOC |
| 41 | 69 | 17.50 | 5.80 | 3.02 | 19.4 | 91 | Izquierdo | Subfenotipo C | AOC |
| 42 | 64 | 6.42 | 9.71 | 0.66 | 13.7 | 122 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | Metformina + Dieta |
| 43 | 76 | 13.00 | 5.40 | 2.41 | 22.1 | 135 | Derecho | Subfenotipo C | Metformina + Dieta |
| 44 | 53 | 7.60 | 11.40 | 0.67 | 17.6 | 77 | Derecho | Ninguno | AOC |
| 45 | 73 | 5.12 | 8.67 | 0.59 | 20.4 | 76 | Bilateral | Subfenotipo A | AOC + Dieta |
| 46 | 61 | 10.70 | 5.42 | 1.97 | 22.8 | 87 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | Metformina + Dieta |
| 47 | 68 | 14.19 | 6.90 | 2.06 | 17.6 | 78 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | AOC |
| 48 | 72 | 7.60 | 5.20 | 1.46 | 21.3 | 98 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | AOC + Dieta |
| 49 | 78 | 9.00 | 5.70 | 1.58 | 12.8 | 86 | Bilateral | Subfenotipo A | AOC |
| 50 | 64 | 9.14 | 5.38 | 1.70 | 16.7 | 97 | Sin alteraciones | Subfenotipo B | AOC |
| 51 | 72 | 4.53 | 7.10 | 0.64 | 13.6 | 121 | Bilateral | Subfenotipo C | Metformina + Dieta |

*SOP: Síndrome de Ovario Poliquístico.

*DHEA: Dehidroepiandrosterona.

*LH: Hormona luteinizante.

*FSH: Hormona Folículo Estimulante.

*LH/FSH: Índice LH/FSH

*PRL: Prolactina.

Anexo 8. Autorización del “Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber” para el desarrollo de la tesis.

| | | | | | | |
|---|------|-----------------------|-------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|  | PERÚ | Ministerio de Defensa | Ejército Del Perú | Comando de Salud del Ejército | Hospital Militar Central | Departamento de Apoyo a la Docencia |
|---|------|-----------------------|-------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|

Jesús María, 04 de Enero del 2019

Oficio N° 011/ AA-11/8/HMC/DADCI

Señorita QUISPE USCULVICA KATHERINE

Asunto: Autorización para ejecución de Proyecto de Investigación que se indica

Ref: a. Solicitud del interesado s/n del 29 NOV 2018
b. Proyecto de investigación
c. Directiva N° 002/ Y- 6.j.3.c./05.00 "Normas para la realización de trabajos de investigación y ensayos clínicos en el Sistema de Salud Del Ejército".

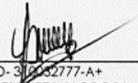
Tengo el agrado de dirigirme a Ud., para comunicarle que visto el proyecto de Investigación, el Comité de Ética del HMC, aprueba que Ud. QUISPE USCULVICA KATHERINE, ejecute el Trabajo de investigación titulado: "UTILIDAD DE LOS CRITERIOS DE ROTTERDAM PARA SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO EN EL HMC-2018"

Por tal motivo como investigador debe coordinar con el Departamento de Historias Clínicas a partir del 01 de Enero 2019 al 01 de Febrero 2019 de nuestro hospital, sin irrogar gastos a la institución, sujetándose a las normas de seguridad existentes, incluyendo el consentimiento informado para actividades de docencia e investigación, a fin de no comprometer a la Institución bajo ninguna circunstancia, asimismo al finalizar el estudio deberá remitir una copia del trabajo en físico y virtual al Departamento de Capacitación del HMC (DADCI) para su conocimiento y difusión.

Es propicia la oportunidad para expresarle nuestra consideración más distinguida.

Dios Guarde a Ud.




O-31032777-A+
LUIS MENDIETA MORODIAZ
CRL EP
Jefe del DADCI
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

DISTRIBUCIÓN:

| | |
|-----------------------------------|-------|
| - Interesado..... | 01 |
| - Dpto. Seguridad..... | 01 |
| - Dpto de Historias Clínicas..... | 01 |
| - Archivo..... | 01/04 |

Anexo 9. Fotos de la aplicación del instrumento:

Ilustración N°1. Ingresando a la base de datos del “Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber”.



Ilustración N°2. Registrando los datos en el instrumento de investigación.



Ilustración N°3. Registrando los datos ecográficos de una paciente en la Ficha de recolección de Datos.



Ilustración N°4. Aplicando el instrumento de recolección de dato en el Departamento de Archivo de Historias Clínicas del “Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber”.



Ilustración N°5. Revisando las Historias Clínicas de las pacientes.



Ilustración N°6. Ecografía transvaginal de una paciente con Síndrome de Ovario Poliquístico que formo parte del estudio de investigación.

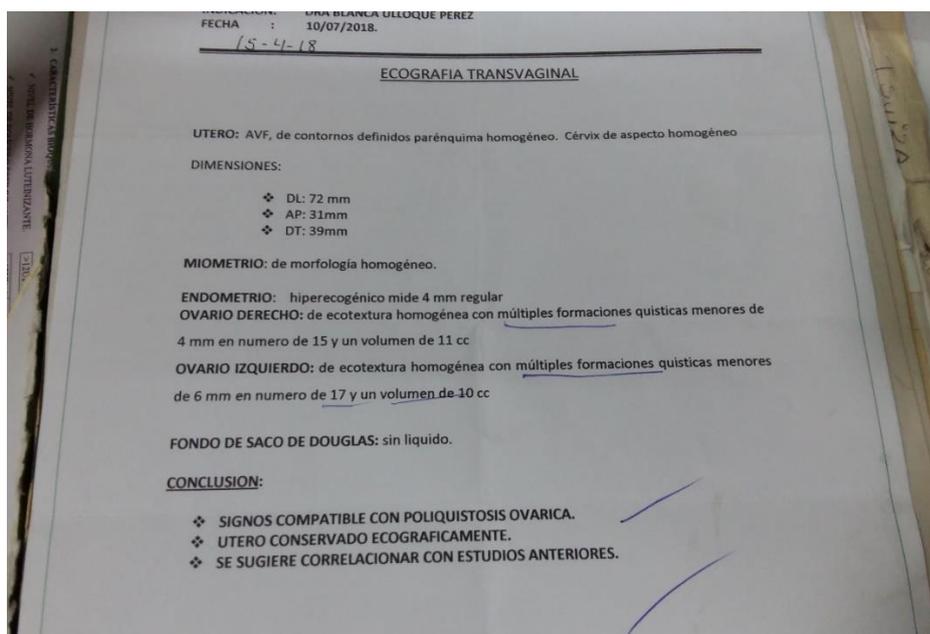


Ilustración N°7. Culminando con la recolección de datos en el Departamento de Archivo de Historias Clínicas del “Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber”.

