

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

En Chiclayo a los 27 días, del mes de Febrero del 2020, ante el Jurado constituido por:

PRESIDENTE : DR. ZEGARRA SÁENZ JOSÉ ISRAEL
SECRETARIO : DRA. MONGRUT VILCHEZ CARMEN ROSA
VOCAL : DR. BACA DEJO FRANCISCO

La graduada:

BACH. CARBONEL LEÓN KATIA MARIQUELI

Sustentó la Tesis Titulada: "FRECUENCIA DE CRITERIOS DEL CONSENSO DE ROTTERDAM EN LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE 2017 – 2018"

Para optar el Título de Médico Cirujano, obteniendo el calificativo de:

EXCELENTE

Comentario:

Dr. José Israel Zegarra Sáenz
MÉDICO CIRUJANO
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
UROGINECOLOGÍA
CNP 43282 - RNE 21989
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE

PRESIDENTE

DR. ZEGARRA SÁENZ JOSÉ ISRAEL

SECRETARIA

DRA. MONGRUT VILCHEZ CARMEN ROSA

VOCAL

DR. BACA DEJO FRANCISCO



**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGIA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**



**FRECUENCIA DE CRITERIOS DEL CONSENSO DE ROTTERDAM EN LAS
PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO EN
EL HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE 2017 – 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

Bach. Carbonel León Katia Mariqueli

ASESOR

Med. Zegarra Sáenz José Israel

LAMBAYEQUE, PERÚ

2020

**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGIA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**



**FRECUENCIA DE CRITERIOS DEL CONSENSO DE ROTTERDAM EN LAS
PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO EN
EL HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE 2017 – 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

Bach. Carbonel León Katia Mariqueli

ASESOR

Med. Zegarra Sáenz José Israel

LAMBAYEQUE, PERÚ

2020

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre Mariquel del Pilar, como su nombre lo dice, por ser el pilar más importante, y por demostrarme siempre su amor, apoyo incondicional, dedicación y ser mi mejor amiga.

A mi padre José Orlando, a pesar de todas las adversidades vividas, hemos demostrado que podemos seguir luchando juntos como familia, y seguir saliendo adelante.

A Jeanpierre Orlando, porque te amo infinitamente hermanito, y estoy orgullosa de lo que vamos logrando cada uno, para beneficio propio y alegría de nuestros padres.

A mi Madrina Edita, a quien quiero como a una madre, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesta a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios, que con humildad, voluntad, perseverancia y fe me permite continuar este gran camino.

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de ésta tesis, sin embargo merecen reconocimiento especial mi Madre y mi Padre que con su esfuerzo y dedicación ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron el apoyo suficiente para no declinar cuando todo parecía complicado e imposible.

A mi Hermano, de manera infinita, que con sus palabras me hacía sentir orgullosa de lo que soy y de lo que le puedo enseñar. Espero seguir siendo su fuerza motora para que pueda seguir avanzando en su carrera.

A la Universidad Particular de Chiclayo, la cual me recibió con los brazos abiertos, me brindó apoyo y todas las excelentes enseñanzas adquiridas, para enfrentar los nuevos retos que continúan en adelante.

A mi asesor de Tesis, que gracias a sus consejos, orientaciones y correcciones hoy puedo culminar este trabajo.

A cada uno de los Doctores, docentes, que me han visto crecer como persona y profesional, gracias a sus conocimientos hoy puedo sentirme dichosa y contenta de haber culminado esta parte del camino, e inicio de un nuevo reto,

A mi segundo hogar, el Hospital Regional de Lambayeque, quien junto a los médicos y su personal de trabajadores en general, me brindó conocimientos y experiencia de calidad, hospitalidad y familiaridad para poder adquirir muchos aprendizajes durante mi año de internado, y también permitió realizar la ejecución de ésta tesis, dándome todas las facilidades.

TABLA DE CONTENIDOS

Jurado	i
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Tabla de contenidos	vi
Índice de cuadros y tabla de ilustraciones	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIALES Y MÉTODOS	5
1. Material:	5
1.1 Población	5
1.2 Muestra	5
1.3 Unidad de análisis	6
2. Método	6
2.1 Tipo de estudio	6
2.2 Diseño de investigación	6
2.3 Variables y operacionalización de variables	7
2.4 Instrumentos y recolección de datos	8
2.5 Procedimiento y análisis estadístico de datos	8
III. RESULTADOS	9
IV. DISCUSIÓN	17
V. CONCLUSIONES	19
VI. RECOMENDACIONES	20
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
VIII. MATERIAL COMPLEMENTARIO	23

INDICE DE CUADROS/ TABLA DE ILUSTRACIONES

TABLA 1: Tabla de frecuencias de las características generales de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico del hospital Regional Lambayeque 2017 – 2018	10
TABLA 2: Tabla de frecuencias de la distribución de criterios diagnósticos de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico del hospital Regional Lambayeque 2017 – 2018	11
TABLA 3: Tabla de frecuencias de la distribución de fenotipos diagnósticos según consenso de Rotterdam de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico del hospital Regional Lambayeque 2017 – 2018	12
TABLA 4: Tabla de frecuencias estado nutricional de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico del hospital Regional Lambayeque 2017 – 2018.	13
GRÁFICO 1: Histograma de Edad de pacientes con Síndrome de ovario poliquístico del Hospital Regional de Lambayeque 2017 – 2018.	14
GRÁFICO 2: Gráfico de barras de la distribución de pacientes con Síndrome de ovario poliquístico por año del Hospital Regional de Lambayeque 2017 – 2018.	15
GRÁFICO 3: Grafico de torta de estado nutricional por fenotipos diagnósticos según consenso de Rotterdam de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico del hospital Regional Lambayeque 2017 – 2018	16

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de criterios del consenso de Rotterdam en las pacientes diagnosticadas de Síndrome de Ovario poliquístico (SOP) La investigación realizada fue una investigación aplicada, observacional, retrospectiva, transversal.

Materiales y métodos: Se realizó el análisis de 463 historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de SOP. Las variables utilizadas fueron, las características generales de la población y los criterios de Rotterdam para SOP. Se utilizó una ficha de recolección de datos en base a los criterios del consenso de Rotterdam. **Resultados:** se observó que la media de la edad fue de 23.2 (DE $\pm$ 5.7 años) y el IMC de 26.4 (DE $\pm$ 5.61 k/m²). El 74.08% de la población conto con secundaria completa, se diagnosticaron más pacientes en el año 2017. Con respecto a las características de los criterios diagnósticos del Consenso de Rotterdam más del 60 % de la población presentan datos positivos para el régimen catamenial irregular y los criterios ecográficos. El fenotipo más frecuente el fenotipo clásico A, seguido del normoandrogénico. **Conclusión:** Los criterios ecográficos estuvieron presentes en más del 60 % de la población de pacientes diagnosticadas con SOP del hospital Regional de Lambayeque. El 69.55 % de los diagnósticos de SOP concuerdan con los criterios del consenso de Rotterdam en las pacientes del hospital Regional de Lambayeque.

Palabras clave: Síndrome del Ovario Poliquístico, consenso de Rotterdam.

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency of Rotterdam consensus criteria in patients diagnosed with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). The research carried out was an applied, observational, retrospective, cross-sectional investigation. **Materials and methods:** The analysis of 463 medical records of patients diagnosed with PCOS was performed. The variables used were the general characteristics of the population and the Rotterdam criteria for PCOS. A data collection sheet was used based on the Rotterdam consensus criteria. **Results:** it was observed that the mean age was 23.2 (SD $\pm$ 5.7 years) and the BMI of 26.4 (SD $\pm$ 5.61 kg / m²). 74.08% of the population had complete secondary education, more patients were diagnosed in 2017. Regarding the characteristics of the diagnostic criteria of the Rotterdam Consensus, more than 60% of the population present positive data for the irregular catamenial regimen and the ultrasound criteria. The most common phenotype is the classic A phenotype, followed by normoandrogenic. **Conclusion:** Ultrasound criteria were present in more than 60% of the population of patients diagnosed with PCOS from the Lambayeque Regional hospital. 69.55% of PCOS diagnoses agree with the Rotterdam consensus criteria in patients of the Lambayeque Regional hospital.

Keywords: Polycystic Ovary Syndrome, Rotterdam consensus.

I. INTRODUCCIÓN

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es una patología frecuente en la edad fértil de las mujeres, que para su diagnóstico requiere el uso de criterios tanto clínicos, laboratoriales como ecográficos, puede acompañarse en relación a estos criterios diagnósticos, de trastornos metabólicos y originar riesgo de progreso de enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus.(1)

En la población de mujeres en edad fértil el SOP tienen una prevalencia que puede variar entre 5 y 21% según el Consenso utilizado, para los criterios del Instituto Nacional de la Salud (NIH) de 1990, su prevalencia oscila entre el 5 al 10%; del 10 al 15% de acuerdo con los criterios Sociedad de Exceso de Andrógenos (AES) del 2006 y del 6 al 21% si se utiliza el Consenso de Rotterdam del 2003.(2)

Estas características determinan trastornos de fertilidad, trastornos metabólicos crónicos, que demandan costos elevados para el tratamiento propio de la patología y las consecuencias de padecerla, por lo que implica importancia el diagnóstico y tratamiento de la misma.

Con respecto a las características clínicas laboratoriales y ecográficas del SOP se han realizado algunos estudios, en Brasil Rocha determino en un grupo de adolescentes que la prevalencia de SOP fue de 6.2 %, siendo la edad de la menarquía un factor de protección para el síndrome. (3) Benavides también en Brasil en población de adolescentes se observó amenorrea en un 72.7% y oligomenorrea en un 27.3%; asimismo hirsutismo en el 86,4% y acné en el 56,8%; los ovarios poliquísticos fueron observados por ultrasonido solo en un 27.3%; el índice de masa corporal medio fue de $30,3 \pm 6,6 \text{ kg / m}^2$ (52,3% de los adolescentes eran obesos, el 13,6% tenía sobrepeso y el 6,8% tenía un peso saludable, (4)

En Brasil, Lópes de Sousa, en una población de 78 mujeres de 18 a 45 años diagnosticadas con SOP según los criterios de Rotterdam y estratificadas según el índice de masa corporal (IMC), observó una edad media de 26,3 años, además el 79,5% de ellas eran sedentarias y el 68% tenían hiperandrogenismo. (5) Oliveira en una población de edad media similar 27.4 años determino un IMC de 30.2. (6)

En Cuba, Hernández, en su estudio describir la relación que existe entre la insulinoresistencia y la génesis del síndrome de ovario poliquístico y de algunas de sus comorbilidades metabólicas.(7) Vásquez en 140 mujeres de una edad media de 26.3 años observo que de 96 mujeres (68,5 %) con alteraciones del ciclo menstrual, 76 (79,2 %) refirieron oligomenorrea; que hubo sobrepeso en 64 pacientes (45,7 %); la testosterona elevada fue la alteración hormonal predominante (52,7 %); el 84,3 % presentó volumen ovárico mayor o igual a 10 cc; asimismo hubo asociación significativa entre las alteraciones menstruales y la presencia de ovarios poliquísticos. (8) Finalmente, Gonzales en su estudio de 38 mujeres con SOP en relación al cumplimiento de los criterios de Rotterdam determinaron que el hiperandrogenismo tuvieron mayor frecuencia de obesidad (82,4 %; $p = 0,013$), circunferencia abdominal ≥ 88 cm (94,1 %; $p = 0,005$), tolerancia a la glucosa alterada (41,2 %; $p = 0,001$) e hiperuricemia (17,6 %; $p = 0,045$). (9)

El SOP afecta a la mujer en edad fértil de manera común, presentando una prevalencia que varía según los criterios diagnósticos utilizados, desde el 9% según los criterios de los NIH, hasta el 18%, con los criterios de Rotterdam. Es una patología multifactorial, y la susceptibilidad individual puede estar determinada por la presencia de múltiples factores de riesgo tanto genéticos y ambientales. Se caracteriza especialmente por disfunción ovulatoria e hiperandrogenismo, pero con respecto a la presentación clínica esta es heterogénea y las pacientes pueden presentar hirsutismo, acné, alopecia, ciclos menstruales irregulares, oligomenorrea, amenorrea, disfunción ovulatoria e infertilidad, asimismo mayor riesgo de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e hipertensión. (10)

Se asume que la heterogeneidad clínica esta modulada por múltiples factores, como la exposición prenatal a los andrógenos, el estado nutricional en el útero, que puede también exacerbar la predisposición genética, los factores genéticos, el origen étnico que producen diferencias en la presentación de síntomas como la presencia del hirsutismo en los asiáticos, la resistencia a la insulina de la pubertad con adrenarquía exagerada y los cambios en el peso corporal. (10,11)

Las diferencias de presentación clínica han hecho que sea necesario el uso de criterios diagnósticos y es por ello que desde 1990 se busque determinar las pautas diagnósticas mediante el Instituto Nacional de Salud, en el 2003 se realizó un consenso en Rotterdam auspiciado por la sociedad Europea de reproducción humana y embriología y la Sociedad Americana de Medicina reproductiva y el del 2006 criterios determinados por la sociedad de Exceso de Andrógenos; la existencia de tres criterios diagnósticos creó dificultad y controversia al momento del diagnóstico lo que hace que NIH en el 2012 reúna a expertos para llegar a un consenso, recomendando el uso de los criterios del Consenso de Rotterdam.(2)

Los criterios del consenso de Rotterdam consideran 2 de 3 de las siguientes características, oligoanovulación, hiperandrogenismo clínico o bioquímico, y la presencia de poliquistosis ecográfica, también la presentación diferente de estos tres criterios hace determinar varios fenotipos de presentación como se mencionan a continuación: Clásico A por la presencia de los tres, clásico B el cual considera el hiperandrogenismo y la oligoanovulación, el ovulatorio que incluye el hiperandrogenismo y el criterio ecográfico y finalmente el normoandrogénico que presenta la oligoanovulación y el criterio ecográfico.(1,2,12,13)

El SOP es una patología frecuente durante la edad fértil de la mujer y que el padecerla produce el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus en las mujeres de igual manera condiciona un riesgo mayor

de trastornos metabólicos en la mujer, por lo que es necesario realizar estudios que permitan determinar que se están utilizando en el entorno criterios adecuados en el diagnóstico, para que en función a los resultados se puedan utilizar esquemas de tratamiento y prevención adecuados en la población.

Por ello se formula la pregunta ¿Cuál es la frecuencia de criterios del consenso de Rotterdam en las pacientes diagnosticadas de síndrome de ovario poliquístico en el Hospital Regional de Lambayeque 2017 - 2018? Con el objetivo de determinar la frecuencia de criterios del consenso de Rotterdam en las pacientes diagnosticadas de SOP; así también, determinar la concordancia de diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico y el diagnóstico según los criterios del consenso de Rotterdam; identificar la frecuencia de criterios del consenso de Rotterdam en las pacientes diagnosticadas de síndrome de ovario poliquístico por sub fenotipo y las características clínicas generales de las pacientes diagnosticadas de síndrome de ovario poliquístico en el Hospital Regional de Lambayeque 2017 – 2018

II. MATERIALES Y MÉTODOS

1. Material:

1.1 Población:

La población diana del estudio estuvo conformada por las historias de las pacientes diagnosticadas de síndrome de ovario poliquístico atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital Regional de Lambayeque 2017 – 2018.

Se consideró los criterios de selección siguientes; historias clínicas de las pacientes mayores de 18 años diagnosticadas de síndrome de ovario poliquístico en el consultorio de ginecología, en el Hospital Regional de Lambayeque 2017 - 2018. Excluyendo las historias con documentación incompleta o datos extraviados.

1.2 Muestra

La muestra considerada fueron todas las historias de las pacientes mayores de 18 años diagnosticadas de síndrome de ovario poliquístico atendidas en consultorio externo de ginecología del hospital Regional de Lambayeque, desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre del 2018, haciendo un total de 463 después revisar las 500 historias proporcionadas en relación al cumplimiento de los criterios de selección.

1.3 Unidad de análisis

Historia de pacientes con diagnóstico de SOP.

2. Método

2.1 Tipo de estudio:

La investigación realizada fue una investigación aplicada, cuantitativa de nivel descriptivo.

2.2 Diseño de investigación

Estudio observacional, retrospectivo, transversal. Para la contrastación se determinarán prevalencias.

2.3 Variables y operacionalización de variables

Las variables utilizadas fueron, las características generales de la población y los criterios de Rotterdam para SOP

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDICIÓN	DATO
EDAD	Cuantitativa	Número de años de una persona en relación a la fecha de su nacimiento	Razón	Fecha de nacimiento
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Cualitativa	Grado o nivel más elevado de estudios realizados o en curso	Ordinal	Analfabeto/Primaria/secundaria/Superior
ESTADO CIVIL	Cualitativa	Condición de una persona según el registro civil o en función de si tiene o no pareja	Nominal	Soltera / Casada / Conviviente / Viuda/ Divorciada
OCUPACIÓN	Cualitativa	Es el oficio o profesión con el que se desempeña una persona.	Nominal	Ama de casa/ estudiante / Oficio / profesión
INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	Cuantitativa	Relación de peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros	Razón	P/T^2
EDAD DE MENARQUIA	Cuantitativa	Edad de inicio de la presentación de periodos menstruales	Razón	Edad
HIPERANDROGENISMO	Cualitativa	Presencia o no de signos clínicos y bioquímicos de hiperandrogenismo, como la presencia de hirsutismo, acné y testosterona elevada	Nominal	Si/no
OLIGOANOVLACIÓN	Cualitativa	Ausencia de menstruación en 6 meses o ciclos menstruales con una separación mayor a 35 días	Nominal	Si/no
CRITERIOS ECOGRÁFICOS	Cualitativa	Tener resultados ecograficos con uno o los dos ovarios con un volumen $>10\text{cm}^3$ y/o presentar 12 o más folículos de 2 a 9 mm de diámetro	Nominal	Si/no
FENOTIPO	Cualitativa	Tipos clínicos de presentación de SOP en relación a la presencia o no de las características de hioerandrogenism, oligoanovulación y criterios ecográficos	Nominal	Clásico A/ Clasico B / ovulatorio/ Normoandrogénico

2.4 Instrumentos y recolección de datos

Para el proyecto de investigación se realizó una ficha de recolección de datos, considerando una parte informativa en donde se consignarán datos generales de las historias clínicas de los pacientes. Y en la siguiente parte se considerará los criterios del Consenso de Rotterdam que se consignaron para el diagnóstico del síndrome de ovario poliquístico.

Para la ejecución del siguiente proyecto se solicitó autorización a la dirección del Hospital Regional Lambayeque con copia al área de capacitación y archivo para que permitan la búsqueda de las historias y el registro de los datos, para ello se presentó el proyecto para revisión.

Se mantuvo la confidencialidad de la información de los participantes del estudio, protegiendo los datos, manteniendo la información de las historias clínicas de manera confidencial.

2.5 Procedimiento y análisis estadístico de datos

Los datos recopilados se ingresaron en una base de datos en Excel, se hizo el análisis de la existencia de datos extremos o datos perdidos. Una vez culminado el procedimiento de revisión se trasladó la base al software estadístico de Stata versión 15, donde se determinaron datos descriptivos de la población de estudio y se determinaron las frecuencias de criterios de Rotterdam y la frecuencia de concordancia de diagnóstico según los criterios.

III. RESULTADOS

De las 500 historias presentadas por el área de archivo del hospital de los años 2017 – 2018 se tomaron datos de 463, de las cuales se observó que la media de la edad es 23.2 (DE $\pm$ 5.7 años) y el IMC de 26.4 (DE $\pm$ 5.61 k/m²). El 74.08% de la población cuenta con secundaria completa, se diagnosticaron más pacientes en el año 2017. (Tabla 1) (Gráfico 1, 2)

Con respecto a las características de los criterios diagnósticos del Consenso de Rotterdam más del 60 % de la población presentan datos positivos para el régimen catamenial irregular y los criterios ecográficos (Tabla 2)

No se encontraron datos para la clasificación de los fenotipos según consenso de Rotterdam en 30.45 % de la población siendo más frecuente el fenotipo clásico A, seguido del normoandrogénico. (Tabla 3)

Más del 50 % de la población presenta aumento de peso, apreciándose de manera similar por estado nutricional (Tabla 4) (Gráfico 3)

TABLA 1: Tabla de frecuencias de las características generales de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico del hospital Regional Lambayeque 2017 - 2018

Característica	N°	Media / porcentaje
Edad	463	23.2 (DE $\pm$ 5.7 años)
Edad de menarquia	463	12.2 (DE $\pm$ 1.4 años)
Índice de masa corporal	463	26.4 (DE $\pm$ 5.61 k/m ²)
Ocupación		
• Ama de casa	119	25.7
• Estudiante	282	60.91
• Empleada	62	13.39
Estado civil		
• Soltera	279	60.26
• Casada	24	5.18
• Conviviente	159	34.34
Grado de instrucción		
• Superior	94	20.30
• Secundaria	343	74.08
• Primaria	25	5.4
• Analfabeta	1	0.22

TABLA 2: Tabla de frecuencias de la distribución de criterios diagnósticos de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico del hospital Regional Lambayeque 2017 - 2018

Característica	N°	Porcentaje
Hiperandrogenismo		
• Hirsutismo	161	34.77
• Acné	156	33.69
• Testosterona elevada	4	0.86
Oligoanovulación		
• Regimen catamenial irregular	290	62.63
• Anovulación	316	45.36
Criterio ecográfico		
• Volúmen de uno o los dos ovarios > 10 cm ³	316	68.25
• Folículos > de 12 de 2 – 9 mm de diámetro	317	68.47

TABLA 3: Tabla de frecuencias de la distribución de fenotipos diagnósticos según consenso de Rotterdam de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico del hospital Regional Lambayeque 2017 - 2018

Característica	N°	Porcentaje
Fenotipos diagnósticos de Rotterdam		
• No	141	30.45
• Clásico A	128	27.65
• Clásico B	39	8.42
• Ovulatorio	56	12.10
• Normoandrogénico	99	21.38

Clásico A: Hiperandrogenismo + oligoanovulación + y criterio ecográfico +

Clásico B: Hiperandrogenismo + oligoanovulación + y criterio ecográfico -

Ovulatorio: Hiperandrogenismo + oligoanovulación - y criterio ecográfico +

Normoandrogénico: Hiperandrogenismo - oligoanovulación + y criterio ecográfico +

TABLA 4: Tabla de frecuencias estado nutricional de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico del hospital Regional Lambayeque 2017 - 2018

Característica	N°	Porcentaje
Estado nutricional		
• Desnutrición	9	1.94
• Normal	204	44.06
• Sobrepeso	141	30.45
• Obesidad	109	23.54

GRÁFICO 1: Histograma de Edad de pacientes con Síndrome de ovario poliquístico del Hospital Regional de Lambayeque 2017 - 2018

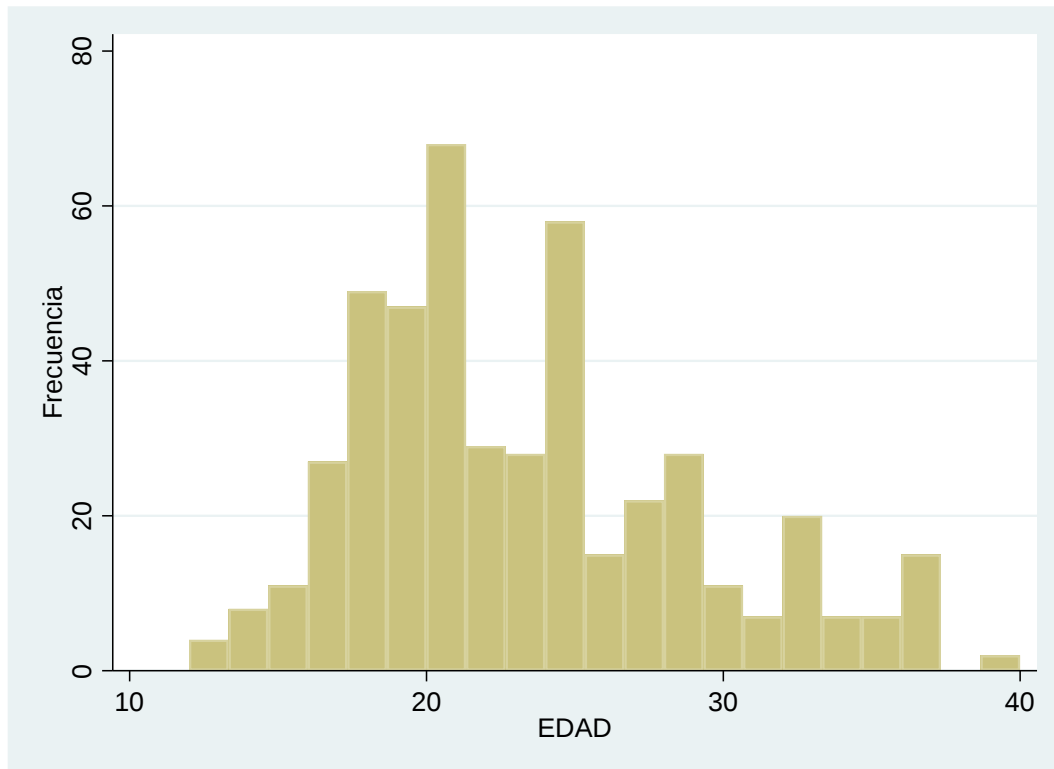
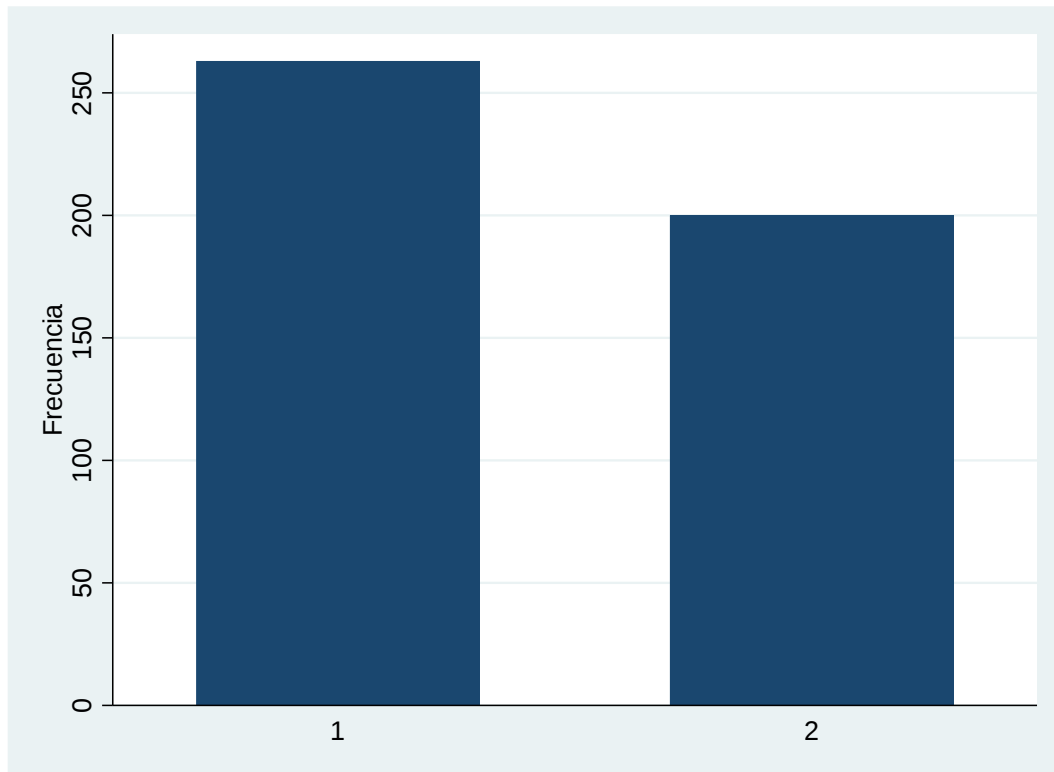
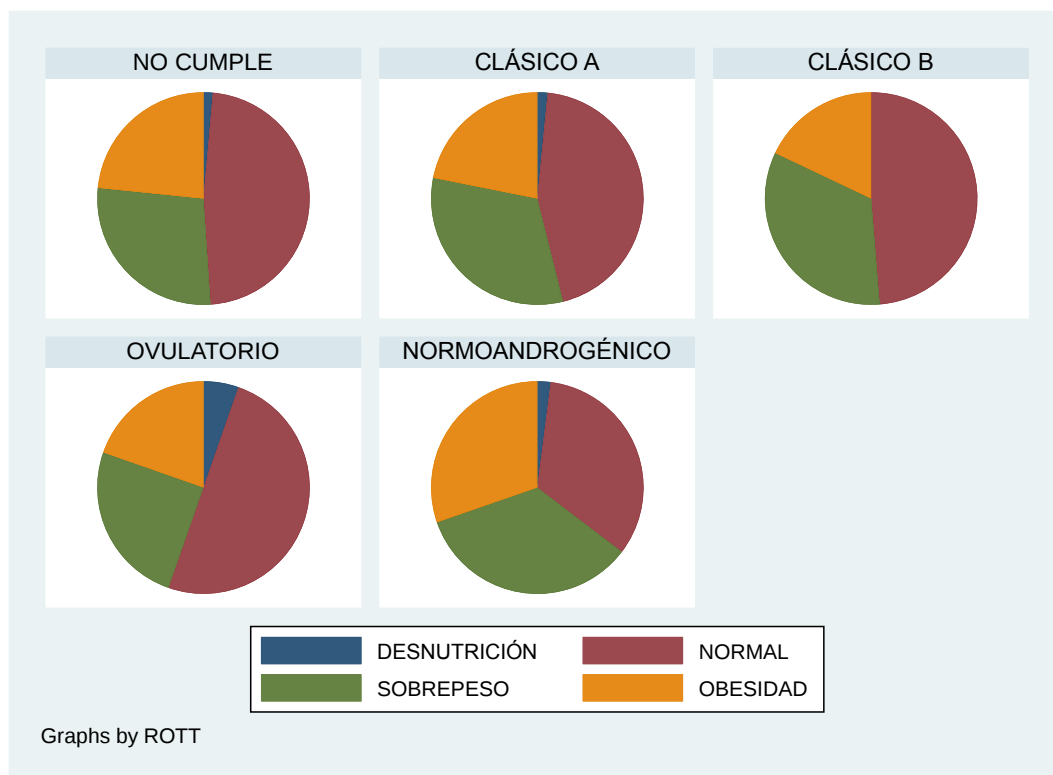


GRÁFICO 2: Gráfico de barras de la distribución de pacientes con Síndrome de ovario poliquístico por año del Hospital Regional de Lambayeque 2017 - 2018



1: 2017
2: 2018

GRÁFICO 3: Grafico de torta de estado nutricional por fenotipos diagnósticos según consenso de Rotterdam de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico del hospital Regional Lambayeque 2017 - 2018



IV. DISCUSIÓN

En el estudio, se encontró una media de edad de 23.16 años con una media de IMC de 26.49 k/m², valores menores a los reportados por Benavides Vásquez y Oliveira, la diferencia puede explicarse en relación al número de muestra trabajada es mayor a los antecedentes referidos. (4,6,8)

La frecuencia de presentación de características de hiperandrogenismo como el acné e hirsutismo distan de las evidenciadas por Benavides observándose mayores frecuencias en este último de la misma manera con respecto a los criterios ecográficos en el presente estudio se reportan alteraciones en un 68 % de las pacientes en referencia al 27 % de Benavides. Se han determinado datos de régimen catamenial y datos de anovulación, considerados como criterios de oligoanovulación siendo un poco más del 50 % en nuestro estudio mayor al reportado en los antecedentes. La frecuencia del hiperandrogenismo del estudio se compara a la reportada por López. (4,5)

Con respecto a las características reportadas en el estudio se encontraron en la historia un 0.86 % de valores de testosterona aumentada y el 27.28 % con datos ausentes, una de las limitaciones que se evidencian en el estudio y nos hacen plantear la necesidad de realizar estudios prospectivos.

Referente al sobrepeso y obesidad en el estudio tenemos valores de 30.45 % y 23.54 % menores a los reportados en otras investigaciones, así también la frecuencia de aumento del volumen ovárico es menor en el presente informe. (8,9)

Finalmente, referente a los fenotipos reportados predomina el Clásico A o el de hiperandrogenismo, menos de la mitad de lo que evidencia Lopes de Sousa en Brasil, puede explicarse este hecho a la falta de datos de alguna de

las características del consenso de Rotterdam que no permiten realizar la valoración adecuada, no estableciendo fenotipos para el 30.45 % de la población. (5)

V. CONCLUSIONES

Los criterios ecográficos estuvieron presentes en más del 60 % de la población de pacientes diagnosticadas con SOP del hospital Regional de Lambayeque.

El 69.55 % de los diagnósticos de SOP concuerdan con los criterios del consenso de Rotterdam en las pacientes del hospital Regional de Lambayeque.

El 53.9 % de las pacientes diagnosticadas con SOP presentan sobrepeso y obesidad y el fenotipo hiperandrogénico o clásico A es el más frecuente en la población de pacientes diagnosticadas con SOP del hospital Regional de Lambayeque.

VI. RECOMENDACIONES

Se deben realizar investigaciones desde pre grado y post grado de manera prospectiva para poder corroborar los datos encontrados en el estudio. Así mismo realizar estudios para determinar asociación con factores de riesgo en nuestra población en relación a los datos encontrados.

Se recomienda trabajar con un formato de historia clínica para consignar datos clínicos laboratoriales, ecográficos y factores de riesgo del SOP y otros diagnósticos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. del Valle Rosales F. Síndrome de ovario poliquístico y síndrome metabólico. *Rev Guatem Cardiol Impresa*. 2014;24(2):18-20.
2. Winnykamien I. Síndrome de ovario poliquístico. 2017;37:11.
3. Faria FR de, Gusmão LS, Faria ER de, Gonçalves VSS, Cecon RS, Franceschini S do CC, et al. Síndrome do ovário policístico e fatores relacionados em adolescentes de 15 a 18 anos. *Rev Assoc Med Bras* 1992. 2013;59(4):341-6.
4. Rehme MFB, Pontes AG, Goldberg TBL, Corrente JE, Pontes A. Manifestações clínicas, bioquímicas, ultrassonográficas e metabólicas da síndrome dos ovários policísticos em adolescentes. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(6):249-54.
5. Sousa RML de, Chein MB da C, Silva DSM da, Dutra MB, Navarro PA de AS, Figueiredo Neto JA de, et al. Metabolic profile in women of different body mass indices with polycystic ovary syndrome. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia*. septiembre de 2013;35(9):413-20.
6. Oliveira R do SM de, Redorat RG, Ziehe GH, Mansur VA, Conceição FL. Arterial hypertension and metabolic profile in patients with polycystic ovary syndrome. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia*. enero de 2013;35(1):21-6.
7. Hernández Rodríguez J, Licea Puig ME. Relación entre la insulinoresistencia y el síndrome de ovario poliquístico y sus comorbilidades metabólicas. *Rev Cuba Med Gen Integral*. diciembre de 2015;31(4):0-0.
8. Vázquez Niebla JC, Calero Ricardo JL, Carías JP, Monteagudo Peña G. Correspondencia clínica, hormonal y ecográfica en el diagnóstico del síndrome de ovarios poliquísticos. *Rev Cuba Endocrinol*. abril de 2016;27(1):0-0.
9. González Tabares R, Díaz León A, Trimiño Galindo L, Suárez González A, Guardarrama Linares L, Acosta González FA. Hiperandrogenismo y trastornos metabólicos en mujeres con síndrome de ovario poliquístico. *Rev Cuba Endocrinol*. 2018;29(3):1-11.

10. Spritzer PM, Spritzer PM. Polycystic ovary syndrome: reviewing diagnosis and management of metabolic disturbances. *Arq Bras Endocrinol Amp Metabol.* marzo de 2014;58(2):182-7.
11. Borbón Cordero MF, Robles Quirós F. Síndrome de Ovario Poliquístico. *Rev Clínica Esc Med Univ Costa Rica.* 15 de febrero de 2016;6(1):134-7.
12. Witchel SF, Oberfield S, Rosenfield RL, Codner E, Bonny A, Ibáñez L, et al. The Diagnosis of Polycystic Ovary Syndrome during Adolescence. *Horm Res Paediatr.* 2015;83(6):376-89.
13. Fonseca Villanea C. Síndrome de ovario poliquístico. *Rev Medica Sinerg.* 1 de junio de 2018;3(6):9-15.

VIII. MATERIAL COMPLEMENTARIO

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL PROYECTO FRECUENCIA DE CRITERIOS DEL CONSENSO DE ROTTERDAN EN LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE 2017 - 2018						
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FACTORES DE RIESGO						
EDAD				CODIGO		
ESTADO CIVIL	Soltera		Viuda		Conviviente	
	Casada		Divorciada			
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto		Primaria		Otro	
	Secundaria		Superior			
OCUPACIÓN						
EDAD DE MENARQUIA						
PESO		TALLA		IMC		
HIPERANDROGENISMO	Hirsutismo		SÍ		NO	
	Acné		SÍ		NO	
	Valor de testosterona					
OLIGOANOVULACIÓN	REGIMEN CATAMENIAL					
	PERIODOS DE ANOVULACIÓN		SÍ		NO	
CRITERIOS ECOGRÁFICOS	Volumen de uno o dos ovarios > 10 cm ³		SÍ		NO	
	folículos > a 12, de 2 - 9 mm de diámetro		SÍ		NO	
FENOTIPO	CLASICO A		SÍ		NO	
	CLÁSICO B		SÍ		NO	
	OVULATRIO		SÍ		NO	
	NORMOANDROGÉNICO		SÍ		NO	

ANEXO 2

