

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZAN”

ESCUELA DE POST GRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



TESIS

**FACTORES DEMOGRAFICOS Y SU INCIDENCIA DE OVARIOS
POLIQUISTICOS AL ESTUDIO ECOSONOGRAFICO TRANSVAGINAL.
PUESTO DE SALUD “SAN MARTÍN DE PORRAS” MARZO – JUNIO
2015. ICA.**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN
OBSTETRICIA.

AUTORA:

Obst: PATRICIA ESMERALDA CASTRO HERNANDEZ

ASESOR:

Mg. ROSARIO DE LA MATA HUAPAYA

HUÁNUCO – PERÚ

2015

TESIS

**FACTORES DEMOGRAFICOS Y SU INCIDENCIA DE OVARIOS
POLIQUISTICOS AL ESTUDIO ECOSONOGRAFICO TRANSVAGINAL.
PUESTO DE SALUD "SAN MARTÍN DE PORRAS" MARZO – JUNIO
2015. ICA.**

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco en primer lugar a Dios, fuente de inspiración en mis momentos de alegrías y tristezas que caracterizan el transitar por este camino que hoy veo realizado, sin cuyo empuje no hubiese sido posible.

Un agradecimiento muy importante son mis padres, porque me guiaron siempre por el camino del bien, me enseñaron que el esfuerzo y la constancia es indispensables para triunfar, me dieron ejemplos de superación y entrega que me impulsaron a seguir adelante.

A mi hijo, gracias a su compañía me inspiro siempre a tener latente mis aspiraciones de progreso en todo aspecto, lo cual me hace sentir una persona afortunada como madre, hija y profesional.

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	I
INDICE.....	II
RESUMEN.....	IV
SUMMARY.....	V
INTRODUCCION.....	V
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Fundamentación del Problema.....	1
1.2 Formulación del Problema.....	2
1.2.1 General.....	2
1.2.2 Específicos.....	3
1.3 Objetivos.....	3
1.3.1 General.....	3
1.3.2 Específicos.....	4
1.4 Justificación e Importancia.....	4
1.5 Limitaciones.....	5
II. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. Antecedentes.....	5
2.1.1 Internacionales.....	5
2.1.2 Nacionales.....	7
2.2. Bases Teóricas.....	9
2.3. Definición de Términos Básicos.....	26
III. ASPECTOS OPERACIONALES.....	27

3.1.Hipótesis: General y Específicas.....	27
3.2.Sistema de Variables, Dimensiones e Indicadores.....	29
IV. MARCO METODOLÓGICO	31
4.1. Dimensión Espacial y Temporal	31
4.2. Tipo de Investigación.....	31
4.3. Diseño de Investigación.....	32
4.4. Determinación del Universo/Población.....	32
4.5. Selección de la Muestra.....	32
4.6. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	32
4.7. Técnicas de Procesamiento, Análisis de Datos y Presentación de Datos.....	33
V. RESULTADOS.....	34
VI. DISCUSION.....	44
VII.CONCLUSIONES.....	46
VIII.RECOMENDACIONES.....	47
IX.BIBLIOGRAFICAS.....	48
ANEXOS	54

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo estudiar la relación que existe entre los factores demográficos, hormonales y de índice de masa corporal, y su Incidencia de Ovarios Poliquísticos al estudio ecosonografico transvaginal en el Puesto de Salud “San Martín De Porras” Marzo – Junio 2015. Ica. Se utilizó el diseño metodológico Descriptivo correlacional, transversal prospectivo, la selección de la muestra fue no probabilístico por conveniencia siendo en total 17 paciente que presentaron el síndrome de ovario poliquistico, para la recolección de los datos se utilizó la técnica de análisis documental, siendo el instrumento la ficha de recolección de los datos. Los resultados obtenidos muestran: que El 47% de mujeres con ovarios poliquisticos presentan edades entre Las 21 y 26 años, El 53% son nulíparas, un 76% proceden de la costa. El 94% mujeres en edad reproductiva presentan síndrome de ovario bilateral, el 65% no utilizan ningún método anticonceptivo, mientras que el 67% se protege con el inyectable trimestral y el 47% de mujeres presenta sobre peso y obesidad en un 12%. La incidencia del síndrome de ovarios poliquísticos al estudio ecosonografico transvaginal en el puesto de salud San Martin de Porras. Marzo-Junio, 2015.Ica es de 26.5 nuevos casos. Según la contratación de hipótesis de investigación se concluye que los factores demográficos, hormonales y de índice de masa corporal, están relacionados con la incidencia de ovario poliquistico al estudio ecosonografico transvaginal en el puesto de salud San Martin de Porras. Marzo-Junio, 2015.Ica

Palabras Clave: Síndrome de ovario poliquístico, método hormonal, índice de

masa corporal

SUMMARY

This research aims to study the relationship between demographic, hormonal and body mass index factors and the incidence of polycystic ovary ecosonographic transvaginal study Health Post "San Martin de Porras" March to June 2015. Ica. Correlational, cross prospective descriptive study design was used, the selection of the sample was not probabilistic for convenience being a total of 17 patients who presented polycystic ovary syndrome, for data collection document analysis technique was used, with the Record instrument of data collection. The results show, that 47% of women with polycystic ovaries have aged from 21 to 26 years, 53% were nulliparous, 76% come from the coast. 94% of women of reproductive age have bilateral ovarian syndrome, 65% do not use any contraceptive method, while 67% is secured with the quarterly injection and 47% of women are overweight.

The incidence of polycystic ovary syndrome transvaginal ecosonographic to study the health post in San Martin de Porras. March-June, is 26.5 2015.Ica casos.Según hiring new research hypotheses conclude that demographic, hormonal and body mass index factors are related to the incidence of polycystic ovary to study transvaginal ecosonographic since Health San Martin de Porras. March-June, 2015.Ica

Keywords: Polycystic ovary syndrome, hormonal method, body mass index

INTRODUCCION

En la actualidad el Síndrome de Ovario Poliquístico es la endocrinopatía más común que afecta a la población que pertenece al grupo etáreo en edad de procrear. Este síndrome se define por tres características específicas como, niveles elevados de andrógenos; periodos menstruales irregulares o ausencia de periodos menstruales y presencia de quistes en los ovarios.

El objetivo del presente trabajo está basado a identificar los factores demográficos, hormonales e índice de masa corporal que influyeron en la incidencia de Síndrome de Ovarios Poliquísticos, determinando como factores demográficos la edad, la paridad y su procedencia de cada mujer, métodos anticonceptivos hormonales y peso normal, sobrepeso y obesidad

Aunque este síndrome fue descrito hace varias décadas, sigue siendo un tema de gran controversia e interés debido a su heterogeneidad, su compleja fisiopatología y los riesgos de tipo reproductivo y metabólico que involucra.

A pesar de que las causas del Síndrome de Ovarios Poliquísticos son todavía desconocidas, parece que el desarrollo del síndrome viene condicionado por la interacción entre la predisposición genética y la exposición a distintos factores ambientales, tanto intra como extrauterinos, en este grupo de mujeres.

De tal manera que el síndrome de ovario poliquístico en la actualidad ha dejado de considerarse un trastorno meramente reproductivo y el abordaje y tratamiento de esta enfermedad también están enfocados en prevenir las alteraciones metabólicas y en corregirla medida de lo posible, los cambios hormonales propios de este síndrome.

Según los resultados se puede afirmar que los factores demográficos,

hormonales y de índice de masa corporal, están relacionados con la incidencia de ovario poliquístico al estudio ecosonográfico transvaginal en el puesto de salud San Martín de Porras. Marzo-Junio, 2015. Ica Finalmente el presente trabajo de investigación consta de I. Introducción, II. Planteamiento del Problema, III. Objetivos, IV. Marco Teórico, VI. Hipótesis y sistema de Variables, VII. Marco Metodológico, VIII. Resultados, IX. Discusión X. Conclusiones, y XI. Recomendaciones.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Fundamentación Del Problema

Desde hace algunos años se han incrementado los casos de mujeres que presentan ovarios poliquísticos en todo el mundo. Aunque al principio se pensaba que su incidencia era mayor pasados los 40 años, en la actualidad está apareciendo en etapas tempranas de la vida. Algunos estudios plantean que su incremento pudiera estar ligado al tipo de alimentación, el estrés, el uso indiscriminado de anticonceptivos, la obesidad o factores genéticos.¹

Se conoce como Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) porque es una patología multifuncional, en la cual se presentan diversos factores y las alternativas clínicas para las pacientes que lo padecen aún son muy reducidas. En la actualidad, no hay una evidencia contundente que indique por qué surgen los quistes y aunque no se puede prevenir, sí es posible evitar los factores de riesgo como son la obesidad o disminuir el consumo de alimentos con muchos conservadores, como los embutidos o los productos enlatados.¹

Desde esta primera definición, el concepto de este síndrome ha sufrido diversas variaciones a lo largo de la historia, debido fundamentalmente al avance en las técnicas de determinación hormonal y de imagen. Así, con posterioridad, se requería para el diagnóstico la elevación plasmática de la hormona luteinizante (LH) y del cociente LH/FSH, siendo años más tarde necesaria la visualización mediante ecografía de múltiples quistes ováricos.²

Durante los últimos años, no ha existido unanimidad en relación al concepto del SOP. En la mayoría de los países han sido empleados los criterios establecidos en el año 1990 en la reunión del National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). Según estos criterios, el diagnóstico de SOP viene definido por la existencia de hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico, oligo-ovulación, y por la exclusión de otras patologías como la hiperplasia suprarrenal congénita no clásica, hiperprolactinemia, síndrome de Cushing y los tumores productores de andrógenos. La existencia de hiperandrogenismo clínico queda definida por la existencia en la exploración física de hirsutismo, acné o alopecia de patrón androgénico. La expresión clínica más habitual de la oligo-ovulación es la existencia de oligomenorrea, es decir, la presencia de menos de 9 ciclos menstruales al año o la aparición de ciclos menstruales cada 36 o más días. La amenorrea también puede ser una manifestación clínica de las pacientes con anovulación, y se define por la ausencia de menstruación durante al menos 3 meses consecutivos.³

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la relación entre los Factores Demográficos, Hormonales y de Masa Corporal, y su Incidencia de Ovarios Poliquísticos al estudio ecosonográfico transvaginal en el Puesto de Salud “San Martín De Porras” Marzo – Junio 2015. Ica?

1.2.2 Problema Especifico

¿Cuál es grupo etario que presenta mayor incidencia de ovario poliquistico al estudio ecosonografico transvaginal en el puesto de salud “San Martin de Porras” Marzo – Junio 2015. Ica?

¿Cuál es la relación que existe entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y la incidencia de ovario poliquistico al estudio ecosonografico transvaginal en el puesto de salud “San Martin de Porras” Marzo – Junio 2015. Ica?

¿Cuál es la relación que existe entre el peso la incidencia de ovario poliquistico al estudio ecosonografico transvaginal en el puesto de salud “San Martin de Porras” Marzo – Junio 2015. Ica?

¿Cuál es la procedencia y su incidencia de ovario poliquístico al estudio ecosonografico transvaginal en mujeres en edad fértil en el puesto de salud “San Martin de Porras” Marzo – Junio 2015. Ica?

¿Cuál es la relación que existe entre la paridad y su incidencia de ovario poliquistico al estudio ecosonografico transvaginal en el puesto de salud “San Martin de Porras” Marzo – Junio 2015. Ica?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre los Factores Demográficos, Hormonales y de Masa Corporal, y su Incidencia de Ovarios Poliquísticos al estudio ecosonografico transvaginal en el Puesto de Salud “San Martín De Porras” Marzo – Junio 2015. Ica

1.3.2 Objetivo específico

- Identificar el grupo etario que presenta mayor incidencia de ovario poliquístico al estudio ecosonografico transvaginal en el puesto de salud “San Martin de Porras” Marzo – Junio 2015. Ica
- Identificar el uso de métodos anticonceptivos hormonales y la incidencia de ovario poliquístico al estudio ecosonografico transvaginal en el puesto de salud “San Martin de Porras” Marzo – Junio 2015. Ica
- Evaluar el índice de masa corporal y la incidencia de ovario poliquístico al estudio ecosonografico transvaginal en el puesto de salud “San Martin de Porras” Marzo – Junio 2015. Ica
- Evaluar la procedencia y su incidencia de ovario poliquístico al estudio ecosonografico transvaginal en mujeres en edad fértil en el puesto de salud “San Martin de Porras” Marzo – Junio 2015. Ica
- Evaluar la paridad y su incidencia de ovario poliquístico al estudio ecosonografico transvaginal en el puesto de salud “San Martin de Porras” Marzo – Junio 2015. Ica

1.4 Justificación e Importancia

La sospecha de la predisposición genética como origen del síndrome se basa en la frecuente agregación familiar que presenta el SOP, el hiperandrogenismo y las alteraciones metabólicas acompañantes. Así, inicialmente se planteó la posibilidad de una transmisión autosómica dominante, al encontrar en los familiares de primer grado de pacientes con SOP una incidencia aumentada de oligomenorrea en las mujeres, y un aumento de alopecia en los varones. Estudios posteriores han

demostrado en familiares de primer grado de estas pacientes, un aumento de prevalencia tanto de oligomenorrea, como de signos de hiperandrogenismo e infertilidad.¹¹

Su importancia radica en una fuente de investigación posterior.

1.5 Limitaciones

El presente trabajo tubo facilidades para el acceso de su investigación la limitación fue Tiempo limitado para la aplicación efectiva del trabajo de Investigación.

II MARCO TEORICO

2.1- Antecedentes

2.1.1 Internacionales

Ojaniemi M, Inglaterra. 2012. Management of polycystic ovary syndrome in childhood and adolescence. El síndrome de ovario Poliquístico (SOP) es la endocrinopatía más común en la mujer, afectando al 5-7% de las mujeres en edad fértil (N=215, (56.2%) 20-25 años); además del 41.3% de economía baja; 39.4% solteras con antecedentes de gestaciones nulas. Se caracteriza por oligomenorrea e hiperandrogenismo (49.6%), y por la aparición de quistes en los ovarios.⁷

Álvarez B. España. Madrid. 2013. Prevalencia del síndrome del ovario Poliquístico y de factores de riesgo cardiovascular en mujeres de edad Fértil. En el presente estudio se incluyeron de forma consecutiva un total de 103 pacientes referidas a nuestras consultas. De las pacientes reclutadas, un total de 32 mujeres (28 %, IC 95%: 20- 37 %) fueron diagnosticadas de síndrome del ovario Poliquístico. Con edades entre

los 21 – 30 años de edad. 56.2% de áreas costeñas. 43.1% Nulíparas. 56.7% de educación completa secundaria. Dentro de los signos clínicos de hiperandrogenismo, destacó la existencia de hirsutismo en el 47 % de las pacientes. El hallazgo de la elevación de los andrógenos séricos y alteraciones menstruales como oligomenorrea y/o amenorrea se demostró en el 72 % y 81 % de los casos, respectivamente. En 6 pacientes con síndrome del ovario poliquístico (19 %) que presentaban menstruaciones regulares, la existencia de oligoovulación se confirmó por la ausencia de elevación de la temperatura corporal central o de progesterona sérica determinadas en fase lútea.²⁴

Maulino N. Venezuela. 2014. Síndrome de ovario Poliquístico y adolescencia. En su descriptivo en 273 adolescentes; encontró que el síndrome de ovario Poliquístico (SOP) es la causa más frecuente de hiperandrogenismo en adolescentes (15-17 años) (53.6%), Los criterios para el diagnóstico de SOP se establecieron para adultas, y no para la edad infanto-juvenil. Los síntomas y signos clásicos que forman parte de esos criterios, (56.8%) anovulación crónica e hiperandrogenismo, no son aplicables fácilmente a las adolescentes, puesto que ellas los pueden presentar fisiológicamente (anovulación, trastornos menstruales, acné, seborrea). La identificación de hiperandrogenemia durante la pubertad se complica debido a la ausencia de niveles de corte bien definidos, los cuales deben relacionarse más con los estadios de Tanner que con la edad cronológica de la paciente. El hiperandrogenismo está presente en un 66 % de las adolescentes con SOP. pero un hiperandrogenismo leve puede ser parte normal de la pubertad en muchas adolescentes. En

relación con la anovulación, en adolescentes normales, en el tercer año posmenarquia, 59 % de los ciclos permanecen anovulatorios y se ha reportado que el 50 % de las adolescentes con oligomenorrea a los 15 años, permanecen oligomenorreicas a los 18 años; por otra parte, se ha descrito anovulación en adolescentes eumenorreicas. Las irregularidades menstruales se presentan aproximadamente en 2/3 de las adolescentes, y pueden manifestarse como oligomenorrea, amenorrea secundaria, sangrado uterino disfuncional, ciclos menstruales regulares, pero anovulatorios o amenorrea primaria.²⁶

2.1.2 Nacionales

Beneyto D. S. 2014. Síndrome de ovarios poliquísticos en mujeres en edad fértil en el Hospital Cayetano Heredia Lima. Estudio descriptivo en 267 mujeres en edad fértil, donde El síndrome de ovarios poliquísticos (SOPQ) afecta aproximadamente a un 4% de mujeres en edad reproductiva y se caracteriza por anovulación crónica e hiperandrogenismo. Es la causa más común de infertilidad en mujeres, en especial 71.1% sin antecedente de gestación previa, siendo en su mayoría (49.2%) de la región costeña. Se caracteriza clínicamente por acné, alopecia, hirsutismo, irregularidades menstruales e infertilidad. Los hallazgos de laboratorio más frecuentes son: aumento de la hormona luteinizante (LH), aumento de la relación LH/FSH (hormona folículoestimulante), aumento de andrógenos (tanto ováricos como adrenales) y de estrógenos circulantes. Otros hallazgos de laboratorio habituales son una prueba tolerancia oral a la glucosa anormal y alteraciones en el perfil lipídico. Todo esto junto con las imágenes

ecocardiográficas características define al síndrome. La terapéutica permite dos grandes enfoques que pueden superponerse: la corrección de las manifestaciones de hiperandrogenismo y el tratamiento de las alteraciones del eje reproductivo (anovulación, esterilidad). Los antiandrógenos están fundamentalmente indicados para tratar los síntomas virilizantes. Las alternativas para inducir la ovulación son numerosas: al citrato de clomifeno y a la antigua resección en cuña se agregan las gonadotrofinas humanas, pulsos de GnRH (hormona liberadora de gonadotrofinas), medidas o fármacos para modificar los niveles de insulina, y finalmente técnicas quirúrgicas endoscópicas para reducir la masa ovárica.²⁵

Erika Matos Olivera, Lima 2014. Características clínicas y bioquímicas del síndrome de ovarios poliquísticos en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé, durante el periodo 2010-2012, muestra de 170 paciente atendidas donde, donde el 53.5% tiene entre 26 a 35 años, estado civil conviviente (57.6%) y grado de instrucción secundaria (86.6%). La mitad de las pacientes manifestó que su inicio sexual fue a partir de los 19 años a más, con antecedentes de una sola pareja sexual principalmente, casi el 40% no tuvo gestaciones, el 28.8% fueron primíparas al igual que secundíparas. El 37.1% tuvieron partos a término, el 35.9% tuvieron abortos. La mayoría no usaban algún método anticonceptivo, con respecto a las características del ciclo menstrual la alteración más frecuente fue la oligomenorrea (18.2%) seguida de la amenorrea (1.8%).

Entre las características clínicas más frecuentes, el 55.3% tuvieron IMC aumentado, el 62.4% presentó dismenorrea y el 35.3% presentó irregularidad menstrual; entre las características clínicas menos frecuentes fueron dislipidemia (5.3%), hirsutismo (8.2%), acné (5.9%), acantosis nigricans (1.8%) y dispareunia (2.9%). Las características bioquímicas en estas pacientes fueron: el nivel de testosterona, FSH, glucosa, prolactina se mantuvieron en rangos normales en la mayoría de las pacientes. No obstante, se presentaron pacientes (2% y 33%) con rangos aumentados de testosterona, FSH y prolactina. Entre los exámenes menos solicitados se encontraban la prueba del TSH y DHEAS y solo se presentaron entre 3 a 6 casos con valores aumentados en estas pruebas. La complicación más frecuente del SOP fue la infertilidad en el 57.1% y solo se encontró un caso de diabetes mellitus tipo 2. Al comparar las características clínicas entre las pacientes que presentaron y no infertilidad, se presentaron diferencias entre la proporción de pacientes que presentaron irregularidad menstrual y dismenorrea; y al comparar los resultados bioquímicos se encontró que los niveles de FSH, prolactina y TSH fueron diferentes entre los grupos²⁶.

2.2 Bases teóricas

Aunque la etiología exacta del Síndrome de Ovario Poliquísticos(SOP) permanece sin aclarar, existen datos que orientan hacia una predisposición genética del mismo. Los estudios dirigidos a encontrar los genes relacionados con su etiología presentan la dificultad inicial ya mencionada, de no haber existido un consenso unánime sobre el diagnóstico, lo que conlleva una probable heterogeneidad en los grupos

estudiados. Además, en estos estudios se añade otro inconveniente como es la ausencia de un fenotipo masculino del síndrome. La sospecha de la predisposición genética como origen del síndrome se basa en la frecuente agregación familiar que presenta el SOP, el hiperandrogenismo y las alteraciones metabólicas acompañantes. Así, inicialmente se planteó la posibilidad de una transmisión autosómica dominante, al encontrar en los familiares de primer grado de pacientes con SOP una incidencia aumentada de oligomenorrea en las mujeres, y un aumento de alopecia en los varones. Estudios posteriores han demostrado en familiares de primer grado de estas pacientes, un aumento de prevalencia tanto de oligomenorrea, como de signos de hiperandrogenismo e infertilidad.¹¹

Además, esta agregación familiar no sólo se limita al hiperandrogenismo y sus manifestaciones clínicas, sino también a las alteraciones metabólicas frecuentemente encontradas en las pacientes con SOP. Así, la diabetes mellitus, la resistencia insulínica y las alteraciones en el metabolismo lipídico, parecen ser más frecuentes en sus familiares de primer grado.^{12,13}

Sin embargo, además de la predisposición genética, es posible que los factores ambientales puedan jugar un papel importante en la etiología del síndrome. Una de las teorías actuales establece la posibilidad de que determinados daños durante la gestación produzcan un retraso en el crecimiento intrauterino, dando lugar a un recién nacido con bajo peso para la edad gestacional. Estos niños presentarían una predisposición en el futuro de presentar resistencia insulínica, alteraciones del metabolismo hidrocarbonado, hiperandrogenismo y SOP. Esa susceptibilidad individual

se pondría de manifiesto con factores externos, como una alimentación rica en grasas saturadas y pobre en hidratos de carbono, la adquisición de hábitos de vida sedentarios, y la existencia de obesidad.¹⁴

Aunque esta teoría resulta muy llamativa, y existen estudios que relacionan el bajo peso al nacer con un desarrollo en el futuro de pubarquia precoz, resistencia insulínica, e hiperandrogenismo ovárico y suprarrenal funcional,¹⁵ algunos autores no encuentran dicha asociación.¹⁶

Por otro lado, la frecuente asociación entre el hiperandrogenismo y la resistencia a la insulina ha conllevado la aparición de la teoría de la existencia de genes que producirían la denominada ventaja de supervivencia.¹⁷

Estas variantes genéticas son compartidas en muchas ocasiones en enfermedades como la diabetes mellitus, obesidad y SOP. En esta teoría se postula que el metabolismo humano puede estar adaptado genéticamente a las condiciones que han predominado durante años, es decir, la realización de actividad física de forma frecuente, ingesta de dietas ricas en hidratos de carbono y proteínas y pobre en grasas, y largos periodos de escasa ingesta alimentaria. La existencia de resistencia insulínica y el hiperinsulinismo consiguiente, produciría efectos beneficiosos como un mayor aporte de glucosa al cerebro, una mayor retención de sal y agua y un aumento del tono simpático que conduciría a un incremento de la presión arterial. El aumento de factores que favorecen la coagulación y disminuyen la fibrinólisis favorecidos por el hiperinsulinismo, evitaría un sangrado excesivo en caso de heridas. Por

su parte, la obesidad ejercería un papel protector contra los periodos de hambre, y al incrementar la producción de citoquinas inflamatorias, contra la infección. El hiperandrogenismo produciría una infertilidad relativa en las mujeres, con un descenso en la tasa de nacimientos, favoreciendo a su vez la supervivencia materno- infantil. Sin embargo, estos mecanismos que a lo largo de la evolución han sido protectores, en las sociedades occidentales actuales en las que no existe limitación en la alimentación, se ha incrementado la expectativa de vida, se consumen dietas ricas en grasas y el estilo de vida es sedentario, pueden desencadenar una mayor prevalencia de enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia, SOP, y en definitiva, arterioesclerosis y enfermedades cardiovasculares.¹⁸

1.3. Fisiopatología

Las pacientes con SOP presentan una serie de alteraciones hormonales y metabólicas que condicionan las manifestaciones clínicas del síndrome. Estas alteraciones no afectan a un único eje hormonal, sino que se encuentran involucradas distintas glándulas. La resistencia insulínica, una de las características más significativas en la fisiopatología de este síndrome, será expuesta de forma detallada en otro apartado debido a su relevancia clínica.

1.3.1. Alteraciones ováricas

El defecto primordial que presentan las pacientes con SOP es el aumento de la secreción de andrógenos por las células tecaes del ovario.¹⁸ Estas células se encuentran reguladas fundamentalmente por la LH que estimula la secreción androgénica, aunque otras hormonas como la

insulina y los factores de crecimiento similares a la insulina (IGFs), podrían presentar acciones metabólicas sobre las mismas, al existir en el ovario receptores para ambas hormonas. La esteroidogénesis, tanto la de origen ovárico como la producida en la suprarrenal, es un proceso complejo en el que intervienen distintas enzimas. Dado que en la etiología del síndrome los factores genéticos desempeñan un papel fundamental, han sido estudiadas posibles alteraciones en los genes que codifican dichas enzimas. Hasta el momento, diversos estudios dirigidos a encontrar alteraciones en los genes que codifican distintas enzimas involucradas en la esteroidogénesis, como el citocromo CYP17, que presenta actividad 17- α hidroxilasa y 17,20 desmolasa, el CYP11A, la 3- β - hidroxisteroide deshidrogenasa y la proteína reguladora de la esteroidogénesis (StAR), no han podido demostrar anomalías significativas.¹⁷

Aunque de una manera indirecta, ya se había objetivado que las células tecaes de pacientes con SOP presentaban una respuesta exagerada ante estímulos como la hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRH) o sus análogos mediante la demostración de un aumento en la síntesis de 17-OH progesterona,¹⁹ el trabajo más riguroso que ha conseguido demostrar un exceso de secreción androgénica por parte de las células tecaes del ovario ha sido el desarrollado por Nelson y cols.¹⁸ En este estudio se confirmó que estas células presentan una hiperexpresión de enzimas como la enzima de escisión de la cadena lateral de colesterol, CYP17, 3 β -hidroxisteroide deshidrogenasa, pero no de la proteína StAR, cuya consecuencia clínica sería un aumento en la síntesis de andrógenos. La relevancia de este estudio reside en la metodología aplicada, ya que fue

realizado en células tecales tanto de pacientes con SOP como de mujeres sanas, tras varios pases de cultivo, confirmando así un trastorno primario de estas células no dependiente de otros estímulos extraováricos.¹⁹

1.3.2. Alteraciones suprarrenales

Aunque el ovario es la principal glándula secretora de andrógenos en la mujer, las glándulas suprarrenales también contribuyen a sus concentraciones plasmáticas. Así, el principal andrógeno secretado, que es sintetizado en la zona reticular y se emplea como marcador de la secreción androgénica suprarrenal, es el sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S). Así, en un 20-30 % de las mujeres con SOP han sido encontrados niveles plasmáticos aumentados de DHEA-S.²⁰

El mecanismo exacto por el que se produce dicha elevación permanece sin aclarar, aunque han sido relacionados tanto factores propios de la suprarrenal como externos.²¹ La secreción androgénica suprarrenal ante su estímulo más potente, la hormona adrenocorticotrofina (ACTH), presenta una variabilidad individual importante, observando diferencias muy significativas de esa respuesta en individuos sanos.²²

Esta variabilidad en la respuesta fisiológica ante el estímulo con ACTH no aparece en la secreción de cortisol, cuya secreción entre distintos sujetos es mucho más homogénea. También ha sido demostrada la existencia de una heterogeneidad en las concentraciones de DHEA-S en función de la edad. Con estos datos, sería razonable plantear la posibilidad de que las mujeres con SOP presentaran una predisposición genética que desembocara en una mayor síntesis de andrógenos suprarrenales. De

hecho, en un estudio realizado en hermanos de pacientes afectas del síndrome, se apreció un aumento en las cifras plasmáticas de este andrógeno.²³

Entre los factores externos relacionados con la elevación de DHEA-S encontramos a los andrógenos ováricos y la insulina, cuyas acciones serán detalladas con posterioridad. En relación a los andrógenos ováricos, es conocido que la supresión de la esteroidogénesis ovárica mediante la administración prolongada de análogos de GnRH disminuye los niveles de DHEA-S en un 20-25 %, aunque sin llegar a normalizarlos.²⁴

Por otro lado, las pacientes con SOP suelen asociar con frecuencia obesidad, con una distribución abdominal de la grasa, presentando un fenotipo similar al observado en las pacientes con síndrome de Cushing. Este hecho ha motivado el estudio de posibles alteraciones en la secreción de cortisol que podrían formar parte de la fisiopatología del síndrome. En un estudio realizado por Rodin y cols.²⁵ ha sido sugerida la existencia de un aumento en la actividad del enzima 11 β -hidroxiesteroide deshidrogenasa tipo 2, que cataliza la formación de cortisona a partir de cortisol. Este incremento en la actividad conllevaría un hipotético descenso en los niveles de cortisol, con la consiguiente respuesta compensadora de la ACTH que incrementaría su secreción, y por lo tanto, produciría también un mayor estímulo para la secreción de andrógenos suprarrenales. Sin embargo, estudios posteriores no han confirmado estos resultados, por lo que el papel fisiopatológico del metabolismo del cortisol en el SOP permanece aún sin aclarar.²⁶ En resumen, la secreción androgénica suprarrenal parece estar aumentada en las pacientes con

SOP, probablemente originada tanto por una predisposición genética, como por la acción de factores extrínsecos como los andrógenos ováricos y la insulina.

1.3.3. Alteraciones en la secreción de gonadotrofinas

Inicialmente se consideró que la causa del aumento de producción de andrógenos ováricos era debida exclusivamente a una alteración en la secreción de LH, hormona responsable de estimular la secreción androgénica por parte de las células tecales, incluyendo su elevación plasmática como criterio fundamental para del diagnóstico del síndrome. De hecho, las pacientes con SOP presentan alteraciones en la secreción de LH, que consisten en un aumento en el número y en la amplitud de sus pulsos de liberación.²⁷

Sin embargo, estas anomalías en su secreción podrían deberse a alteraciones primarias en la liberación de la GnRH hipotalámica. Esta hormona, cuando presenta un aumento en sus pulsos de liberación favorece la transcripción y síntesis de LH, y por el contrario, una disminución en los mismos genera una mayor síntesis de FSH.²⁸

A pesar de los estudios realizados hasta el momento, no se ha podido dilucidar si el aumento en los pulsos de liberación de la GnRH es producida por una anomalía intrínseca de esta hormona, o por una disminución de la retroalimentación negativa que ejercen hormonas periféricas, en especial la progesterona, cuya disminución plasmática en estas pacientes es un hallazgo frecuente debido a la existencia de ciclos menstruales anovulatorios. Por último, señalar que en relación a las

alteraciones en la concentración plasmática y en la liberación de la FSH, no se han apreciado anomalías de interés.²⁸

1.3.4. Alteraciones en el eje somatotrofo

Debido a que las primeras manifestaciones clínicas del SOP comienzan en la etapa peripuberal, otro mecanismo fisiopatológico que se ha intentado relacionar con este síndrome es el de la hormona de crecimiento (GH) y los factores de crecimiento similares a la insulina (IGFs). La GH es una hormona hipofisaria de secreción pulsátil, que actúa fundamentalmente a nivel hepático estimulando la síntesis de los IGFs, que son las hormonas que desencadenan los efectos biológicos. Estos IGFs, son transportados por el plasma por medio de las proteínas transportadoras de factores de crecimiento similares a la insulina (IGFBP). Las acciones biológicas son mediadas por la fracción libre no unida a estas proteínas.²⁹

La acción fundamental de los IGFs a nivel ovárico y suprarrenal consiste en el aumento de la esteroidogénesis y secreción androgénica, fundamentalmente mediadas a través de su unión con el receptor tipo 1. En los estudios realizados hasta la fecha, los resultados han sido contradictorios. En la mayoría de los trabajos, las concentraciones de GH son similares a los de la población sana, aunque se aprecian alteraciones en sus pulsos de secreción dependiendo de la existencia o no de obesidad, y por lo tanto, fundamentalmente derivadas de las acciones de la insulina.²⁷ También ha sido demostrada una disminución de las concentraciones de las IGFBP, tanto del tipo 1 como del 3, que conllevaría

un aumento de biodisponibilidad de los IGFs, y por lo tanto, un incremento en sus acciones biológicas.³⁰ Por lo tanto, aunque cabe plantear la posibilidad de la existencia de alteraciones en este eje y una posible relación con la fisiopatología del SOP, el papel desempeñado por este eje hormonal permanece aún sin dilucidar.³⁰

1.4. Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas del SOP comienzan a aparecer de forma característica en la etapa peripuberal, aunque ha sido descrito que la existencia de pubarquia prematura, definida como la aparición de vello púbico en niñas menores de 8 años, podría predisponer a padecer SOP tras la pubertad, y ser por lo tanto la primera manifestación cronológica del síndrome.³¹ Estos síntomas derivan tanto del hiperandrogenismo como de la resistencia insulínica que presentan estas pacientes. Las alteraciones menstruales, en forma de oligo o amenorrea, suelen ser las manifestaciones clínicas más frecuentes, y son consecuencia de la existencia de ciclos anovulatorios en estas pacientes. La polimenorrea, definida como la existencia de ciclos menstruales en un periodo de tiempo inferior a 26 días, no es una manifestación habitual, pero que en caso de producirse obligaría a descartar la existencia de una hiperplasia endometrial mediante la realización de una ecografía transvaginal o pélvica. En la mayoría de las ocasiones, la siguiente manifestación clínica en aparecer es el hirsutismo, que está presente en aproximadamente el 60-80 % de las pacientes.³² El hirsutismo se define por la existencia de pelo terminal en zonas corporales dependientes de andrógenos, y aunque

existen distintos métodos para su cuantificación subjetiva, la más extendida es la escala de Ferriman-Gallwey modificada,³³ considerándose patológico una puntuación superior a 7.

Otros signos de hiperandrogenismo menos frecuentes que los anteriores serían la alopecia de patrón masculino (de predominio frontoparietal), y el acné, cuando aparece más allá de la segunda década de la vida. Sin embargo, signos de virilización grave como la clitoromegalia y el incremento de la masa muscular y los de desfeminización, como la atrofia mamaria, son excepcionales en el SOP, y obligarían a descartar la existencia de un tumor productor de andrógenos. Otra manifestación clínica derivada del hiperandrogenismo y de los ciclos anovulatorios resultantes es la existencia de infertilidad.³⁴

Además parece que estas pacientes presentan un mayor riesgo de aborto espontáneo durante el primer trimestre de embarazo, aunque su origen no está aclarado.³⁵ La existencia de oligoovulación, que impide la secreción lútea de progesterona y por tanto la inhibición de la proliferación endometrial que ejerce dicha hormona, junto a la frecuente coexistencia de obesidad, que favorece la conversión de andrógenos a estrógenos, conlleva que las pacientes con SOP presenten un riesgo de presentar cáncer de endometrio superior al de la población general.³⁶ Una posible asociación con el cáncer de mama y ovario no ha podido ser demostrada hasta el momento. En cuanto a las manifestaciones metabólicas, la existencia de obesidad es uno de los signos físicos más relevantes, apreciándose en más del 50 % de las pacientes.³⁷

La obesidad de estas pacientes presenta una distribución central de la grasa, que desemboca en el empeoramiento o aparición de resistencia insulínica, manifestación esta última característica del SOP. Como consecuencia de la resistencia insulínica y de la obesidad, manifestaciones clínicas asociadas como las alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado, dislipemias e hipertensión arterial son frecuentes en este síndrome. Otra entidad que presenta una mayor incidencia en estas mujeres es el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS). Aunque su etiología en el SOP no sea conocida, parece que el mayor predictor para su desarrollo es la resistencia insulínica, más que la propia obesidad o los niveles de andrógenos circulantes.³⁸ Es importante señalar que las manifestaciones clínicas de las pacientes con SOP, no sólo quedan limitadas a la aparición de determinados síntomas o signos físicos. Estas pacientes presentan también alteraciones psicológicas y emocionales, que en la mayoría de las ocasiones son subestimadas, y que vienen derivadas de la aparición de síntomas derivados del hiperandrogenismo y la infertilidad. No hay que olvidar que los síntomas del SOP, como el hirsutismo, acné y el mayor riesgo de infertilidad, comienzan a manifestarse en la etapa peripuberal, aumentando en intensidad de forma progresiva. De hecho, ya han sido descritas en estas pacientes una disminución en la calidad de vida, bienestar psicosocial y satisfacción sexual en relación a mujeres sanas.³⁹ Para concluir, se debe incidir en el hecho de que la prevalencia de las distintas manifestaciones clínicas del SOP varía en función del área geográfica y de la etnia de las pacientes estudiadas. Así, las pacientes

con SOP en España presentan un menor grado de obesidad que las estadounidenses, y las pacientes asiáticas un menor grado de hirsutismo y obesidad.^{7,40}

1.5. Diagnóstico

El diagnóstico del SOP es fundamentalmente clínico, aunque para su confirmación sea preciso el descartar otras patologías que asemejen sus manifestaciones clínicas, como la hiperprolactinemia, la hiperplasia suprarrenal congénita en su forma no clásica, y los tumores secretores de andrógenos. Uno de los requisitos fundamentales para su diagnóstico es la presencia de oligo- ovulación. Para confirmar dicha alteración, es necesaria la determinación de progesterona sérica entre los días 22-24 del ciclo menstrual, considerándose patológica una concentración inferior a 4 ng/mL. Otra manera de llegar a confirmar la oligoovulación, consistiría en confirmar la ausencia de elevación de la temperatura corporal central de aproximadamente 0.3 °C que se produce en los 2 días posteriores a la ovulación, y se mantiene hasta la siguiente menstruación. Aunque la existencia de hiperandrogenismo clínico en la exploración física, es decir, la presencia de hirsutismo o acné, sean suficientes para confirmar el diagnóstico, es conveniente la realización de un perfil hormonal. Esta evaluación debe ser realizada en la fase folicular precoz, entre el 3-8º día del ciclo menstrual, incluyendo en la misma la determinación de andrógenos como la testosterona total, androstendiona, DHEA-S y de la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG). No es recomendable la medición directa de la testosterona libre salvo si se

dispone de técnicas exactas, ya que su determinación con los métodos habitualmente empleados en la práctica clínica (radioinmunoensayo directo), resulta imprecisa. Es preferible calcular la concentración de testosterona libre de una forma indirecta, a partir de las concentraciones de testosterona total y SHBG.⁴¹ También es necesario descartar distintas patologías para confirmar el diagnóstico de SOP. Para la hiperprolactinemia es suficiente con su determinación basal, aunque no ocurre de igual forma con los tumores secretores de andrógenos. Aunque clásicamente, una elevación importante en las cifras plasmáticas de andrógenos obligaba a descartar su presencia mediante técnicas de imagen, parece más sugerente de esta patología la existencia de un cuadro clínico de aparición brusca o rápidamente progresivo, acompañado de signos de virilización y/o desfeminización.⁴² La hiperplasia suprarrenal congénita en su forma no clásica por déficit de 21-hidroxilasa es una patología que cursa con alteraciones menstruales y síntomas de hiperandrogenismo al igual que el SOP, y cuyo diagnóstico se realiza con la determinación de la 17-OH-progesterona en fase folicular. En caso de presentar una concentración superior a 2 ng/mL, como norma general, es precisa la realización de un test de estimulación con ACTH para confirmar o descartar el diagnóstico.⁴³ Sin embargo, en un estudio realizado recientemente en población española, se ha observado que el valor de corte más apropiado para el despistaje de esta enfermedad es 1,72 ng/dL, presentando una sensibilidad y especificidad del 100 % y 88,6 %, respectivamente, con un valor del área bajo la curva ROC de 0,97.44 Finalmente señalar, que con las modificaciones

introducidas en los últimos consensos sobre el SOP, sería precisa la realización de una ecografía, a ser posible transvaginal, para demostrar la existencia de una imagen compatible con morfología ovárica poliquística.⁵

1.6. Tratamiento

Dado que las manifestaciones clínicas que acompañan al SOP son variadas y que en la etiopatogenia del síndrome influyen varios factores, las medidas terapéuticas deben ser realizadas desde un abordaje global, incluyendo un tratamiento dietético con modificaciones en el estilo de vida, así como una terapia farmacológica, siendo los más habitualmente empleados, los anticonceptivos orales (ACOS) y los sensibilizadores a la acción de la insulina.

1.6.1. Dieta y modificaciones en el estilo de vida

La mayoría de las pacientes con SOP presentan cierto grado de sobrepeso u obesidad, siendo este exceso de peso el mayor responsable de la existencia de resistencia insulínica, hiperinsulinismo y de sus consecuencias clínicas. Por este motivo, una dieta hipocalórica encaminada a la pérdida mantenida de peso debe ser uno de los tratamientos indispensables en las pacientes con SOP que asocian exceso ponderal.

Existen multitud de estudios encaminados a valorar las modificaciones en los parámetros bioquímicos y clínicos en estas mujeres tras la pérdida de peso con la realización de dietas hipocalóricas. Así, se ha confirmado una mejoría tanto en el perfil hormonal y lipídico, con un aumento en la

sensibilidad a la insulina, una disminución en los niveles de andrógenos circulantes y un aumento de la SHBG, como en las manifestaciones clínicas, apareciendo una regularización de los ciclos menstruales, un aumento en el número de ciclos ovulatorios y de la tasa de fertilidad.⁴⁵

De hecho, la pérdida de peso ha demostrado una disminución en la actividad del citocromo CYP17, enzima relacionada la síntesis de andrógenos en el ovario,⁴⁶ obteniendo como resultado una mejora tanto de parámetros bioquímicos y psicológicos en estas pacientes.⁴⁵

En estos estudios, los efectos obtenidos se producen en un corto periodo de tiempo y las dietas empleadas son hipocalóricas, con la distribución habitualmente recomendada de los principios inmediatos, es decir, un 55-60 % de las calorías totales ingeridas en forma de hidratos de carbono, un 15 % de proteínas, un 30 % de grasas, evitando el consumo de ácidos grasos saturados, y fomentando un aumento en el consumo de fibra.⁴⁵

Aunque en la actualidad están siendo aplicadas distintas dietas encaminadas a la pérdida de peso con una distribución diferente en los principios inmediatos, el único trabajo realizado hasta el momento en pacientes con SOP a las que se les administraba una dieta hiperproteica (30 % de la ingesta calórica en forma de proteínas), no ha producido ningún beneficio clínico añadido. Es importante señalar, que la mayor dificultad del tratamiento del sobrepeso u obesidad es el mantenimiento a largo plazo de la pérdida de peso. Para la obtención de este objetivo es fundamental el apoyo y asentamiento de las modificaciones del estilo de vida. De hecho, en un estudio realizado en pacientes con SOP en los que

el tratamiento se encontraba dirigido a los cambios en el estilo de vida, con una mínima pérdida ponderal del 2-5 % del peso, se observó la restauración de los ciclos ovulatorios y un aumento de la tasa de embarazos. Hasta la fecha, los beneficios alcanzados sólo con la realización de ejercicio físico no han sido casi evaluados, y en el único realizado hasta el momento se observó una disminución subjetiva del acné y una regularización de los ciclos menstruales.⁴⁵ Aunque las modificaciones del estilo de vida y la pérdida de peso constituyan un papel prioritario en el tratamiento de las pacientes con SOP obesas, es razonable plantear que incluso las pacientes con normopeso puedan experimentar beneficios. Esto es debido, a que en este último grupo de pacientes también puede existir resistencia insulínica así como un aumento de grasa visceral en relación a pacientes delgadas sanas. Además, la realización diaria de ejercicio físico ha demostrado un aumento de la captación de glucosa en tejidos periféricos, una mayor sensibilidad a la insulina en el músculo estriado, ayudando a la vez al mantenimiento del peso corporal.⁴⁵

2.3 Definiciones de Términos Básicos.

- 1. Ovario Poliquístico.-** El ovario Poliquístico sólo se refiere a la presencia de múltiples folículos en los ovarios (ecografía, más de 12 folículos mayores de 2-9 mm en cada ovario, volumen mayor de 10 mL).²⁹
- 2. Síndrome de Ovario Poliquístico.-** Es una enfermedad en la cual una mujer tiene un desequilibrio de las hormonas sexuales femeninas. Esto

puede provocar cambios en el ciclo menstrual, quistes en los ovarios, dificultad para quedar en embarazo y otros cambios en la salud.²

3. Factores Demográficos.- La demografía es el estudio de poblaciones humanas en términos de tamaño, densidad, ubicación, edad, sexo, raza ocupación y otros datos estadísticos.

La demografía es el análisis de las comunidades humanas a partir de la estadística. El concepto procede de un vocablo griego compuesto que puede traducirse como “descripción del pueblo”. Esta disciplina estudia el tamaño, la estratificación y el desarrollo de una colectividad, desde una perspectiva cuantitativa.

4. Índice de Masa Corporal.- Es una medida de asociación entre la masa y la talla, el valor obtenido no es constante, sino que varía con la edad y el sexo también depende de otros factores, como las proporciones de tejidos muscular y adiposo. En el caso de los adultos se ha utilizado como uno de los recursos para evaluar su estado nutricional. Se clasifican en bajo peso, normal, sobrepeso y obesidad.

5. Métodos hormonales.- es un método anticonceptivo basado en el fenómeno de retroalimentación entre hipófisis y ovarios, de tal manera que al administrar hormonas habitualmente producidas por estos como las hormonas aportadas en pastillas son similares a las producidas por los ovarios durante el embarazo las células de la hipófisis frenan la

producción de gonadotropinas pues es fisiológico que durante el transcurso de un embarazo el organismo de otro que no haya dos con diferente cronología. Los anticonceptivos contienen bajas dosis de estrógeno (una hormona sexual), así como un compuesto llamado progestina que tiene un ligero efecto masculinizante.

III ASPECTO OPERACIONALES

5.1. Hipótesis: Generales y Específicos

H1. Los factores demográficos, hormonales y de masa corporal están relacionados con la incidencia de ovarios poliquísticos al estudio ecosonografico transvaginal en el Puesto de salud “San Martín de Porras”. Marzo – junio 2015. Ica

HO. Los factores demográficos, hormonales y de peso no están relacionados con la incidencia de ovarios poliquísticos al estudio ecosonografico transvaginal en el Puesto de Salud “San Martín de porras”. Marzo – junio 2015. Ica

Sistema de variables, Dimensiones e Indicadores

Variable Independiente: Incidencia de Ovario Poliquístico

Variable Dependiente: Factores Demográficos, hormonales y de índice de masa corporal

Operacionalización De Las Variables

Factores Demográficos Y Su Incidencia De Ovarios Poliquisticos Al Estudio Ecosonografico Transvaginal
En El Puesto De Salud “San Martín De Porras”. Marzo – Junio 2015. Ica.

Variable	Definiciones Conceptuales	Definiciones Operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo De Variable
Variable Independiente: Incidencia de Ovario Poliquístico	Desequilibrio de las hormonas sexuales femeninas, esto puede provocar cambios en el ciclo menstrual, quistes en los ovarios, dificultad para quedar en embarazo y otros cambios en la salud.	Tamaño de folículo Numero de folículo Informe ecosonografico transvaginal Ovario poliquistico	Diagnóstico de ovario poquistico mediante la ecografía	Ovario poliquistico bilateral. Ovario poliquistico izquierdo Ovario poliquistico derecho	Nominal
Variable independiente: Factores Demográficos	La demografía es el estudio de poblaciones humanas en términos de tamaño, densidad, ubicación, edad, sexo, raza	Se evidencia los datos de edad, paridad y procedencia en mujeres atendidas en el puesto de salud San Martin de porras.	EDAD PARIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • 15-20 años • 21-26 años • 27-32 años • 33-39 años • 0 • 1 • 2 • 3 • >4 	Nominal

	ocupación y otros datos estadísticos.		<p>PROCEDENCIA</p> <p>INDICE DE MASA CORPORAL</p> <p>USO DE MAC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Costa • Sierra • Selva • Bajo Peso • Normal • Sobrepeso • Obesidade • Hormonal mensual • Hormonal trimensual 	
--	---------------------------------------	--	---	--	--

IV MARCO METODOLOGICO

4.1. Dimensiones Espaciales y Temporales

La presente investigación se realizó en Puesto de Salud “San Martín De Porras” desde los meses de Marzo a Junio del año 2015 en el Provincia de Ica Distrito pueblo Joven Señor de Luren.

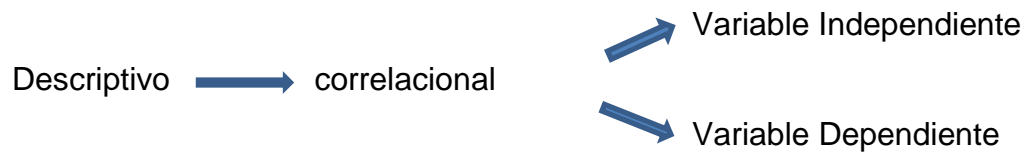
4.2. Tipo de Investigación

- **Transversal:** Todas las variables son medidas en una sola ocasión; por ello de realizar comparaciones, se trata de muestras independientes.
- **Retrospectivo:** Los estudios retrospectivos se realizan basándose en observaciones clínicas o a través de análisis especiales, estos revisan situaciones de exploraciones o factores sospechosos.
- **Descriptivo Correlacional:** Un estudio correlacional determina si dos variables están correlacionadas o no. En este tipo de investigación se persigue fundamentalmente determinar el grado en el cual las variaciones en uno o varios factores son concomitantes con la variación en otro u otros factores. Examina la relación o asociación existente entre dos o más variables, en la misma unidad de investigación o sujetos de estudio.

4.3 Nivel de investigación

Descriptiva aplicada

Diseño de Investigación:



Dónde:

M = Muestra.

X = Variable 1

Y = Variable 2.

4.4. Determinación del universo/ Población

Universo.- Conformada por 1,662 mujeres en edad fértil programadas en el presente año, en el servicio de Gineco-Obstetricia

Población.- conformada por 62 mujeres que se realizaron una ecosonografía transvaginal

Muestra.- La muestra fue no probabilística por conveniencia, ya que solo se consideraron a aquellas mujeres que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, la cual estuvo por 17 historias clínicas de mujeres

4.6. Fuentes Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Fuentes: Informes ecosonografico transvaginal con diagnóstico de Ovario Poliquístico

Técnica: Observación, Análisis documental

Instrumento: Guía de observación, Ficha de recolección de datos

4.7. Técnicas de Procesamiento, Análisis de Datos y Presentación de datos

La tabulación de datos se realizó mediante procesamiento de datos manual.

La Información recolectada fue representada en Tablas de contingencia, En el análisis estadístico se hará uso de la prueba Chi cuadrado. Se considerará que la prueba es significativa si la probabilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$). La prueba estadística a emplearse será la Estadística Descriptiva.

V._ RESULTADOS

TABLA N°1

FACTORES DEMOGRAFICOS, HORMONALES Y DE MASA CORPORAL, Y SU INCIDENCIA DE OVARIOS POLIQUISTICOS AL ESTUDIO ECOSONOGRAFICO TRANSVAGINAL CON RESPECTO A LA EDAD

EDAD	N°	%
15-20 años	2	12%
21-26 años	8	47%
27-32 años	6	35%
33-39 años	1	6%
TOTAL	17	100%

Fuentes: Ficha de recolección de datos

Análisis: La tabla y el grafico N° 1 relacionado a la edad nos presenta que el 12% (2) de mujeres fértil presentaron edades entre 15 a 20 años; que 47% (8) mujeres en edad fértil presentaron edades entre 21 a 26 años; el 35% (6) mujeres en edad fértil presentaron edades entre 27 a 32 años y el 6%(1) mujeres corresponde a las edades de 33 a 39 años en lo cual es el porcentaje menor del presente estudio.

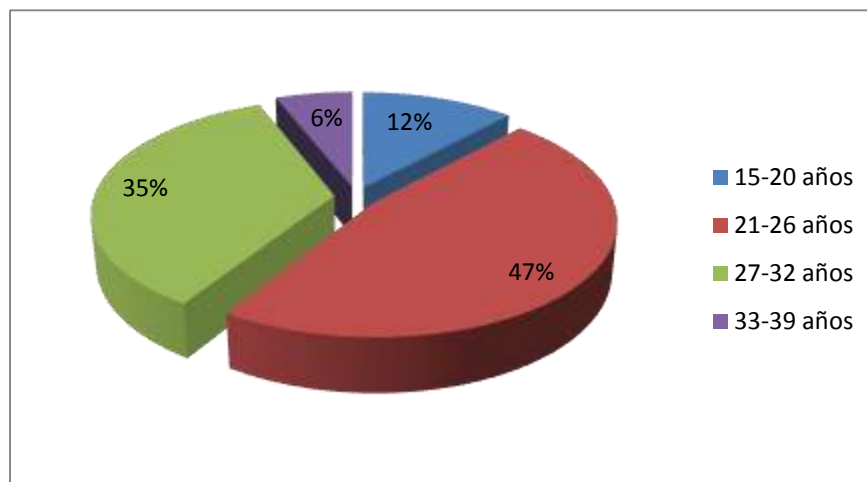


TABLA N° 2

FACTORES DEMOGRAFICOS, HORMONALES Y DE MASA CORPORAL, Y SU INCIDENCIA DE OVARIOS POLIQUISTICOS AL ESTUDIO ECOSONOGRAFICO TRANSVAGINAL CON RESPECTO A LA PARIDAD

PARIDAD	N°	%
Nuliparidad	9	53%
Primípara	5	29%
Segundigesta	2	12%
multigesta	1	6%
Gran multipara	0	0%
TOTAL	17	100

Fuentes: Ficha de recolección de datos

Análisis: La tabla y grafico N° 2 relacionado a la paridad nos representa que el 53%(9) mujeres en edad fértil corresponde a nulíparas; el 29% (5) mujeres en edad fértil presentan una primiparidad; el 12%(2) mujeres en edad reproductiva son segundigesta; 6% (1) mujer en edad reproductiva es multigesta que corresponde al menor porcentaje de esta tabla.

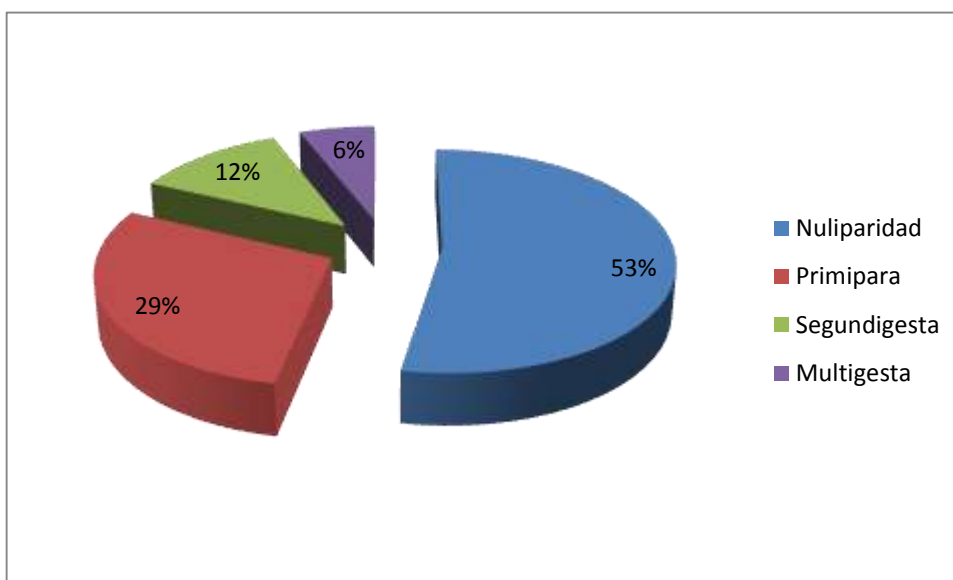


TABLA N°3

FACTORES DEMOGRAFICOS, HORMONALES Y DE MASA CORPORAL, Y SU INCIDENCIA DE OVARIOS POLIQUISTICOS AL ESTUDIO ECOSONOGRAFICO TRANSVAGINAL CON RESPECTO A SU PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	N°	%
Costa	13	76%
Sierra	4	24%
Selva	0	0 %
TOTAL	17	100 %

Fuentes: Ficha de recolección de datos

Análisis: La tabla y grafico N° 3 relacionado a la procedencia nos representa que el 76% (13) mujeres procede de la costa; y un 24%(4) mujeres en edad reproductiva procede a la sierra y ninguna mujer procede de la selva.

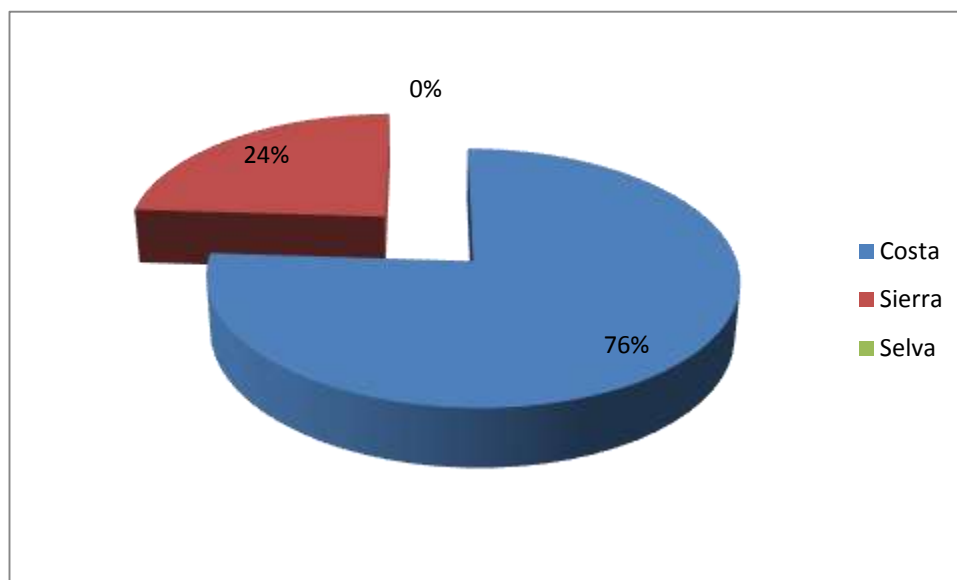


TABLA N°4

FACTORES DEMOGRAFICOS, HORMONALES Y DE MASA CORPORAL, Y SU INCIDENCIA DE OVARIOS POLIQUISTICOS AL ESTUDIO ECOSONOGRAFICO TRANSVAGINAL CON RESPECTO al DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO DE S.O.P	N°	%
S.O.P Bilateral	16	94%
S.O.U Izquierdo	1	6%
S.O.U Derecho	0	0%
TOTAL	17	100%

Fuentes: Ficha de recolección de datos

Análisis: En la presente tabla y grafico N° 4 con respecto al diagnóstico nos representa que el 94% (16) mujeres en edad reproductiva presentan síndrome de ovario bilateral y el 6% (1) presentan síndrome de ovario unilateral izquierdo.

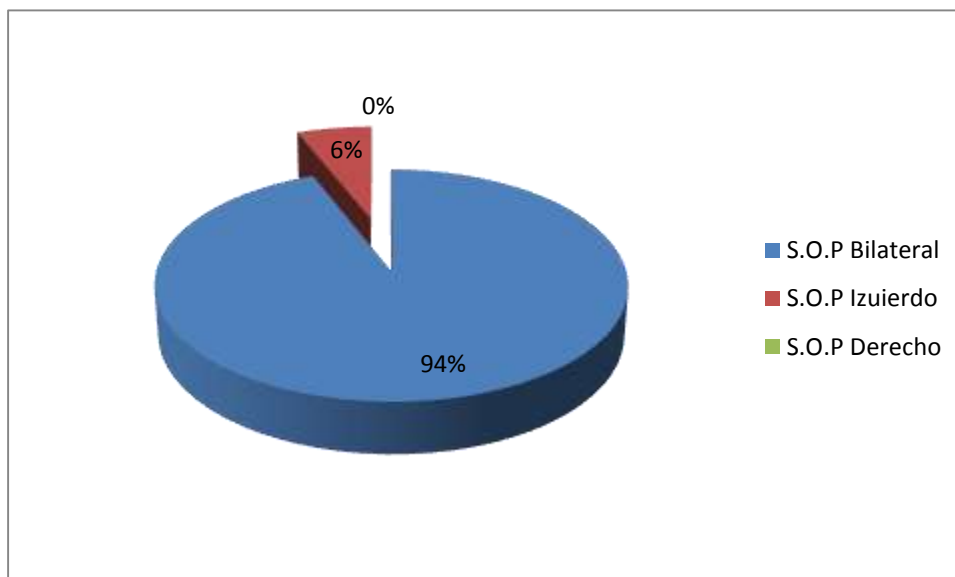


TABLA N°5

FACTORES DEMOGRAFICOS, HORMONALES Y DE MASA CORPORAL, Y SU INCIDENCIA DE OVARIOS POLIQUISTICOS AL ESTUDIO ECOSONOGRAFICO TRANSVAGINAL CON RESPECTO AL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	N°	%
Si	6	35%
No	11	65%
TOTAL	17	100%

Fuentes: Ficha de recolección de datos

Análisis: En la presente tabla y grafico N° 6 con respecto al uso de métodos anticonceptivos nos muestra que el 35%(6) mujeres en edad fértil usa un método anticonceptivo; mientras que un 65% (11) mujeres no usan ningún método anticonceptivo.

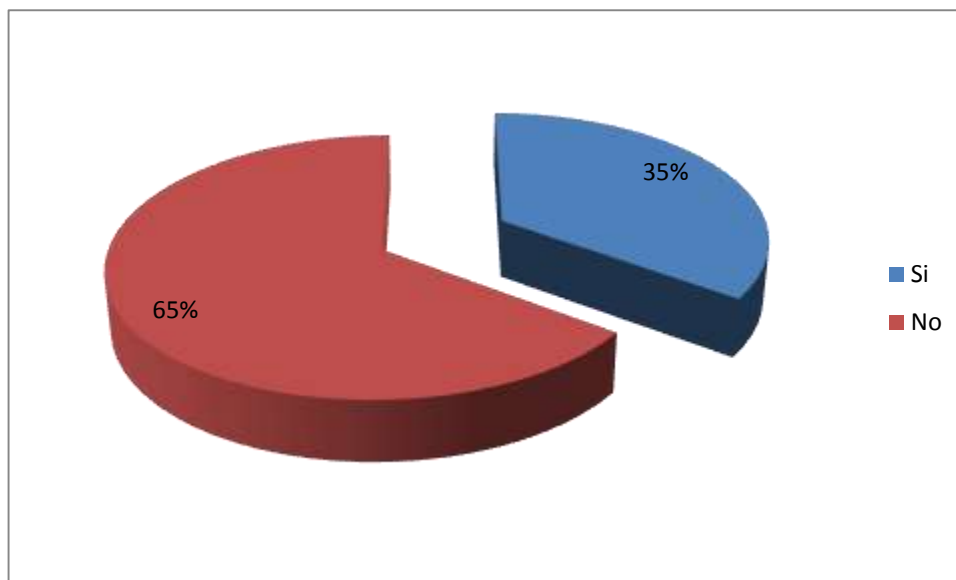


TABLA N°6

FACTORES DEMOGRAFICOS, HORMONALES Y DE MASA CORPORAL, Y SU INCIDENCIA DE OVARIOS POLIQUISTICOS AL ESTUDIO ECOSONOGRAFICO TRANSVAGINAL CON RESPECTO A LOS TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	N°	%
Preservativo Femenino	0	0 %
Preservativo Masculino	1	17%
Inyectable Mensual	1	17%
Inyectable Trimestral	4	67%
Dispositivo Intrauterino	0	0 %
Anticonceptivo subdérmico	0	0 %
TOTAL	6	100%

Fuentes: Ficha de recolección de datos

Análisis: En la presente tabla y grafico N° 7 con respecto al uso de métodos anticonceptivos nos muestra que el 17%(1) mujer se protege con preservativos masculino; 17%(1) mujer se protegen con el inyectable mensual; y 67%(4) mujeres se protegen con inyectable trimestral.

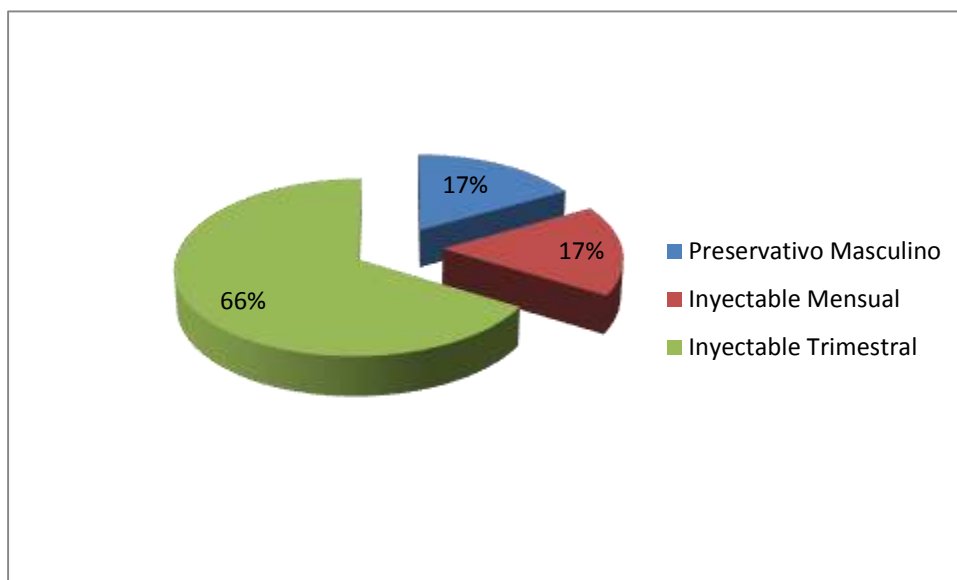


TABLA N°7

FACTORES DEMOGRAFICOS, HORMONALES Y DE MASA CORPORAL, Y SU INCIDENCIA DE OVARIOS POLIQUISTICOS AL ESTUDIO ECOSONOGRAFICO TRANSVAGINAL CON RESPECTO A LOS CICLOS MENSTRUALES

Ciclos Menstrúales	N°	%
Normal	6	35%
Oligomenorrea	9	53%
Amenorrea	2	12%
TOTAL	17	100%

Fuentes: Ficha de recolección de datos

Análisis En la presente tabla y grafico N° 8 con respecto a los ciclos menstruales 35% (6) mujeres su ciclo menstrual fue normal; el 53%(9) mujeres presento oligomenorrea; el 12%(2) cursan con una amenorrea.

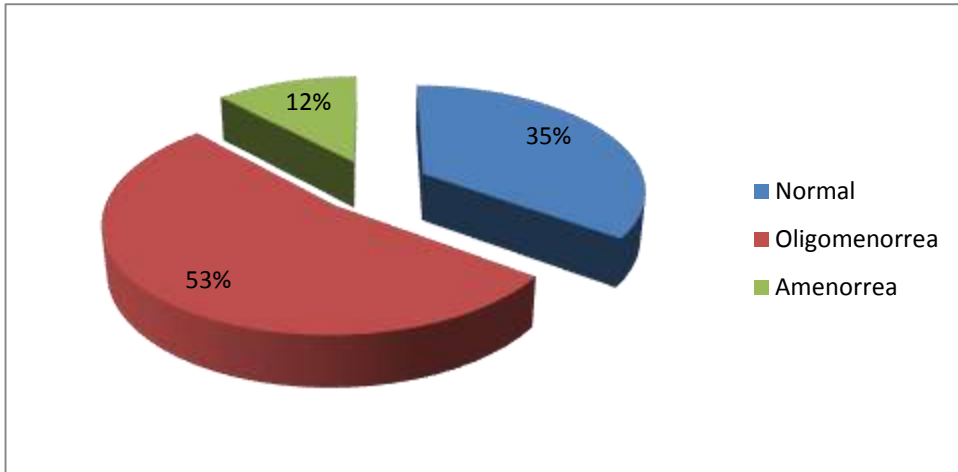


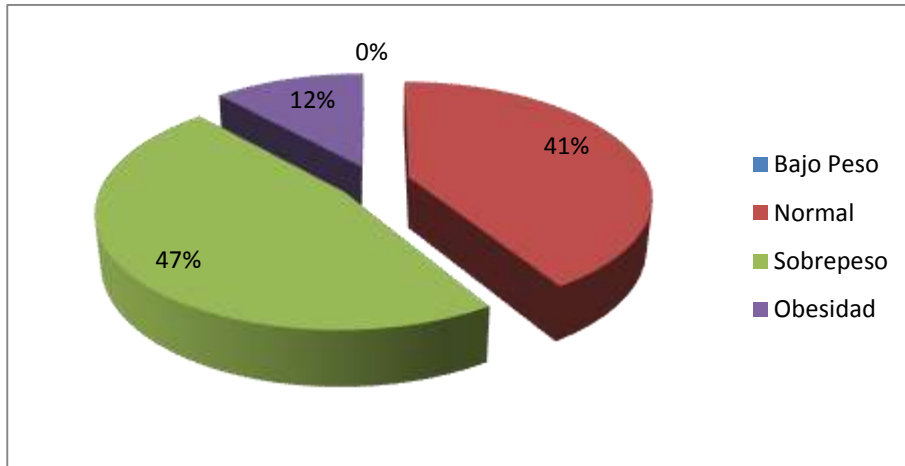
TABLA N°8

FACTORES DEMOGRAFICOS, HORMONALES Y DE MASA CORPORAL, Y SU INCIDENCIA DE OVARIOS POLIQUISTICOS AL ESTUDIO ECOSONOGRAFICO TRANSVAGINAL CON RESPECTO

MASA CORPORAL	N°	%
Bajo Peso	0	0%
Normal	7	41%
Sobrepeso	8	47%
Obesidad	2	12%
TOTAL	17	100%

Fuentes: Ficha de recolección de datos

Análisis En la presente tabla y grafico N° 9 con respecto al índice de masa corporal, el 41% (7) mujeres presento un peso normal; el 47%(8) mujeres presento sobrepeso; el 12%(2) cursan con obesidad



CONTRATACION Y PRUEBA DE HIPOTESIS A TRAVEZ DE LA ESTADISTICA INFERENCIAL SEGÚN LA SIGNIFICACION DE CHI-CUADRADO:

$$X^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Donde:

X = ¿ ?

∑ = Sumatoria

F_o = Frecuencia Observada

F_e = Esperada.

	USO DE MAC.		MASA CORPORAL			PROCEDENCIA	
	Mensual	trimensual	Normal	Sobrepeso	Obesidad	costa	Sierra
S.O.P.	17%	67%	41%	47%	12%	76%	23%

La tabla indica a 2x2 (2-1=1) (2-1=1)=1 grado de libertad a alfa 0.05=3.84 (Fo).

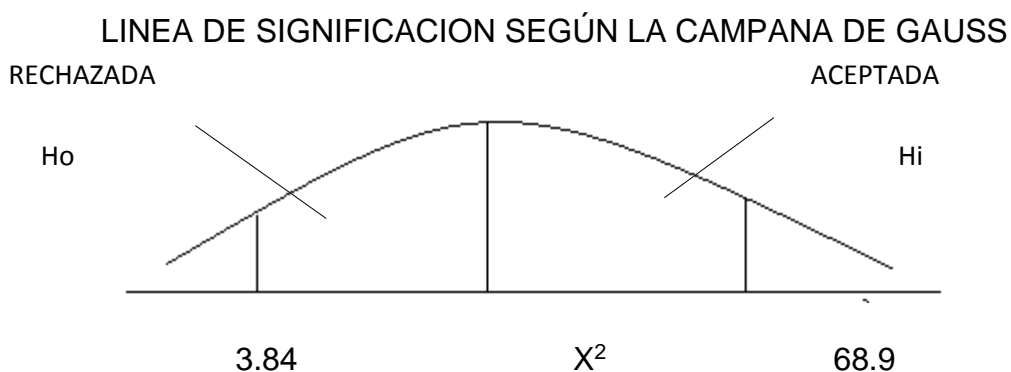
Para obtener la frecuencia esperada se encontró mediante la fórmula del chi-cuadrado:

$$X^2 = \frac{(16-94.1)^2}{94.1} + \frac{(1-5.9)^2}{5.9}$$

$$X^2 = 64.8 + 4.1$$

$$X^2 = 68.9 (Fe)$$

De los cuales, $X^2 = 68.9 > 3.84$ entonces se acepta la hipótesis de investigación que afirma: Los factores demográficos, hormonales y de masa corporal están relacionados con la incidencia de ovarios poliquísticos al estudio ecosonografico transvaginal en el Puesto de salud "San Martín de Porras". Marzo – junio 2015. Ica



$$X^2 = 68.9 > 3.84 = H1$$

INCIDENCIA DE SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICO

CASOS

$$I = \frac{\text{CASOS}}{\text{RIESGO}} \times 100, 1000, 10,000$$

RIESGO

17

$$I = \frac{17}{64} \times 100$$

64

$$I = 26.5$$

La incidencia del síndrome de ovarios poliquísticos al estudio ecsonografico transvaginal en el puesto de salud San Martín de Porras. Marzo-Junio, 2015. Ica es de 26.5 nuevos casos.

VI. DISCUSION

En nuestro estudio realizado en el Puesto De Salud “San Martín De Porras”, para determinar los Factores Demográficos Y Su Incidencia De Ovarios Poliquisticos, durante el periodo El Marzo – Junio 2015, participaron 17 pacientes, en edad reproductiva, su paridad y la procedencia de cada mujer. En la presente investigación, se observó que 47 % de las mujeres en edad reproductiva son de 21 y 26 años presentando síndrome de ovarios poliquisticos; el 53% de mujeres son nulíparas es causada principalmente de las consultas, esto se comprobó en los estudios internacionales y en esta investigación, en lo cual las mujeres que no tienen hijos padecen S.O.P que aquellas tienen hijos, y el 76% que corresponde la mayor parte de las mujeres procede de la costa, con respecto al diagnóstico nos representa que el 94% mujeres en edad reproductiva presentan síndrome de ovario bilateral, con

respecto al grado de instrucción el 39 % mujeres han terminado la secundaria completa; el 65% mujeres no usan ningún método anticonceptivo, el 67% mujeres se protegen con inyectable trimestral, el 53% de mujeres presento oligomenorrea y el 47% de mujeres cursan con sobrepeso.

En un estudio realizado por Álvarez B. España. Madrid. 2013. Prevalencia del síndrome del ovario Poliquístico y de factores de riesgo cardiovascular en mujeres de edad Fértil. En el presente estudio se incluyeron de forma consecutiva un total de 103 pacientes. De las pacientes reclutadas, un total de 32 mujeres (28 %, IC 95%: 20- 37 %) fueron diagnosticadas de síndrome del ovario Poliquístico. Con edades entre los 21 – 30 años de edad. 56.2% de áreas costeñas. 43.1% Nulíparas. 56.7% de educación completa secundaria. Espinoza y col, encontró que el 91.1% de las pacientes presentaban alteraciones menstruales y 46.4% infertilidad. Estos hallazgos difieren al nuestro, donde solo un 35.3% presentó irregularidad menstrual. Más cercano es el resultado sobre infertilidad, donde más de la mitad de las pacientes presentó esta característica.

Gasco L; el Hospital Arzobispo Loayza, realizó un estudio en pacientes con infertilidad en encontrando que el 22,4% de las causas de infertilidad son por un factor ovárico endocrino y, dentro de ello, 31,9% presenta anovulación crónica y 18,8% tiene Síndrome de Ovarios Poliquístico.

VII. CONCLUSIONES

El 47% de mujeres con ovarios poliquísticos presentan edades entre Las 21 y 26 años, El 53% son nulíparas, un 76% proceden de la costa.

El 94% mujeres en edad reproductiva presentan síndrome de ovario bilateral, el 65% no utilizan ningún método anticonceptivo, mientras que el 67% se protege con el inyectable trimestral y el 47% de mujeres presenta sobrepeso y obesidad en un 12%.

La incidencia del síndrome de ovarios poliquísticos al estudio ecosonográfico transvaginal en el puesto de salud San Martín de Porras. Marzo-Junio, 2015. Ica es de 26.5 nuevos casos.

Según la contratación de hipótesis de investigación afirma que los factores demográficos, hormonales y de índice de masa corporal, están relacionados con la incidencia de ovario poliquístico al estudio ecosonográfico transvaginal en el puesto de salud San Martín de Porras. Marzo-Junio, 2015. Ica

VII. RECOMENDACIONES

Realizar estudios de factores de riesgo tanto clínicos como bioquímicos que nos permitan identificar a las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.

El síndrome de ovarios poliquísticos debe ser conocido no solamente por los médicos sino también por la familia en general, en especial las niñas para que pongan atención a las alteraciones del ciclo menstrual o cualquier otra sintomatología o signo que llame la atención, por lo que se recomienda implementar en los centros educativos el nivel de conocimientos de salud sexual y reproductiva

Realizar estudios en nuestro medio local ya que la enfermedad es poco conocida.

Todas mujer en edad reproductiva debe que realizarse una ecosonografía transvaginal ya que es un diagnostico sencillo y económico.

Las medidas educativas y preventivas se deben exponer en todos los centros de salud utilizando cualquier medio de comunicación ya sea con charlas,

gráficos o boletines informativos, de esta manera disminuirá la presentación de la enfermedad

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Stein I, Leventhal M. Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. *Am J Obstet Gynecol.* 1935;29:181-191.
2. Franks S. Polycystic ovary syndrome. *N Engl J Med.* 1995;333:853-861.
3. Zawadzki JK, Dunaif A. Diagnostic criteria for polycystic ovary syndrome: Towards a rational approach. In: Dunaif A, Givens JR, Haseltine FP, Merriam GR, eds. *Polycystic ovary syndrome.* Vol 4. Boston: Blackwell Scientific Publications; 1992:377-384. Ehrmann DA, Barnes RB, Rosenfield RL. Polycystic ovary syndrome as a form of functional ovarian hyperandrogenism due to dysregulation of androgen secretion. *Endocr Rev.* 1995;16:322-353.
5. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod.* 2004;19:41-47.

6. Azziz R, Carmina E, Dewailly D, et al. Criteria for defining polycystic ovary syndrome as a predominantly hyperandrogenic syndrome: an androgen excess society guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;91:4237-4245.
7. Ojaniemi M, Tapanainen P, Morin-Papunen L. Management of polycystic ovary syndrome in childhood and adolescence. *Horm Res Paediatr. N. Englan.* 2012;74:372-5.
8. Diamanti-Kandarakis E, Kouli CR, Bergiele AT, et al. A survey of the polycystic ovary syndrome in the Greek island of Lesbos: hormonal and metabolic profile. *J Clin Endocrinol Metab.* 1999;84:4006-4011.
9. Azziz R, Woods KS, Reyna R, Key TJ, Knochenhauer ES, Yildiz BO. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89:2745-2749.
10. Escobar-Morreale HF, Roldan B, Barrio R, et al. High prevalence of the polycystic ovary syndrome and hirsutism in women with type 1 diabetes mellitus. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000;85:4182-4187.
11. Givens J. Familial polycystic ovarian disease. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 1988;17:771-783.
12. Legro RS, Bentley-Lewis R, Driscoll D, Wang SC, Dunaif A. Insulin resistance in the sisters of women with polycystic ovary syndrome: association with hyperandrogenemia rather than menstrual irregularity. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87:2128-2133.
13. Yildiz BO, Yarali H, Oguz H, Bayraktar M. Glucose intolerance, insulin resistance, and hyperandrogenemia in first degree relatives of women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88:2031-2036.

14. Alvarez-Blasco F, Escobar-Morreale H. Papel de la obesidad en el síndrome del ovario poliquístico. *Rev Esp Obes.* 2005;3:138-151.
15. Ibanez L, de Zegher F, Potau N. Premature pubarche, ovarian hyperandrogenism, hyperinsulinism and the polycystic ovary syndrome: from a complex constellation to a simple sequence of prenatal onset. *J Endocrinol Invest.* 1998;21:558-566.
16. Cresswell JL, Barker DJ, Osmond C, Egger P, Phillips DI, Fraser RB. Fetal growth, length of gestation, and polycystic ovaries in adult life. *Lancet.* 1997;350:1131-1135.
17. Escobar-Morreale H, Luque-Ramirez M, San Millan J. The molecular-genetic basis of functional hyperandrogenism and the polycystic ovary syndrome. *Endocr Rev.* 2005;26:251-282.
18. Nelson VL, Legro RS, Strauss JF, 3rd, McAllister JM. Augmented androgen production is a stable steroidogenic phenotype of propagated theca cells from polycystic ovaries. *Mol Endocrinol.* 1999;13:946-957.
19. Rosenfield RL, Barnes RB, Ehrmann DA. Studies of the nature of 17-hydroxyprogesterone hyperresponsiveness to gonadotropin-releasing hormone agonist challenge in functional ovarian hyperandrogenism. *J Clin Endocrinol Metab.* 1994;79:1686-1692.
20. Moran C, Knochenhauer E, Boots LR, Azziz R. Adrenal androgen excess in hyperandrogenism: relation to age and body mass. *Fertil Steril.* 1999;71:671-674.
21. Goodarzi M, Antoine H, Azziz R. Genes for enzymes regulating dehydroepiandrosterone sulfonation are associated with levels of

dehydroepiandrosterone sulfate in polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007;92:2659-2664.

22. Azziz R, Fox L, Zacur H. Adrenocortical secretion of dehydroepiandrosterone in healthy women: highly variable response to adrenocorticotropin. *J Clin Endocrinol Metab.* 2001;86:2513-2517.

23. Legro R, Kunselman A, Demers L, et al. Elevated dehydroepiandrosterone sulfate levels as the reproductive phenotype in the brothers of women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87:2134-2138.

24. Dr. Álvarez B. F.. 2013, Hatala D, Speroff L. Adrenal and ovarian steroid hormone responses to gonadotropin-releasing hormone agonist treatment in polycystic ovary syndrome. *Am J Obstet Gynecol*;165:535-545.

25. Perú. Dra. Beneyto D. S. 2014. Síndrome de ovarios poliquisticos en mujeres en edad fértil en el Hospital Cayetano Heredia. Hyperandrogenism in polycystic ovary syndrome.. *J Med.*;330:460-465.

26. Venezuela. Dra. Maulino N. N. 2014. Síndrome de ovario Poliquistico y adolescencia - hydroxysteroid dehydrogenase metabolism of C19 and 21 steroids in a young population with polycystic ovarian syndrome. *J Pediatr Endocrinol Metab*;13:253-259.

27. Morales AJ, Laughlin GA, Butzow T, Maheshwari H, Baumann G, Yen SS. Insulin, somatotropic, and luteinizing hormone axes in lean and obese women with polycystic ovary syndrome: common and distinct features. *J Clin Endocrinol Metab.* 1996;81:2854-2864.

28. Haisenleder D, Dalkin A, Ortolano G, Marshall J, Shupnik M. A pulsatile gonadotropin-releasing hormone stimulus is required to increase transcription

of the gonadotropin subunit genes: evidence for differential regulation of transcription by pulse frequency in vivo. *Endocrinology*. 1991;128:509-517.

29. Poretsky L, Cataldo NA, Rosenwaks Z, Giudice LC. The insulin-related ovarian regulatory system in health and disease. *Endocr Rev*. 1999;20:535-582.

30. Escobar-Morreale HF, Serrano-Gotarredona J, García-Robles R, Varela C, Sancho JM. Abnormalities in the serum insulin-like growth factor-I axis in women with hyperandrogenism. *Fertil Steril*. 1998;70:1090-1100.

31. Ibanez L, Potau N, Zampolli M, et al. Hyperinsulinemia in postpubertal girls with a history of premature pubarche and functional ovarian hyperandrogenism. *J Clin Endocrinol Metab*. 1996;81:1237-1243.

32. Conway GS, Honour JW, Jacobs HS. Heterogeneity of the polycystic ovary syndrome: clinical, endocrine and ultrasound features in 556 patients. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1989;30:459-470.

33. Hatch R, Rosenfield RL, Kim MH, Tredway D. Hirsutism: implications, etiology, and management. *Am J Obstet Gynecol*. 1981;140:815-830.

34. Balen AH, Conway GS, Kaltsas G, et al. Polycystic ovary syndrome: the spectrum of the disorder in 1741 patients. *Hum Reprod*. 1995;10:2107-2111.

35. Sagle M, Bishop K, Ridley N, et al. Recurrent early miscarriage and polycystic ovaries. *Br Med J*. 1988;297:1027-1028.

36. Coulan C, Anneger J, Kranz J. Chronic anovulation syndrome and associated neoplasia. *Am J Obstet Gynecol*. 1983;61:403-407.

37. Gambineri A, Pelusi C, Vicennati V, Pagotto U, Pasquali R. Obesity and the polycystic ovary syndrome. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002;26:883-896.

38. Vgontzas AN, Legro RS, Bixler EO, Grayev A, Kales A, Chrousos GP. Polycystic ovary syndrome is associated with obstructive sleep apnea and

daytime sleepiness: role of insulin resistance. *J Clin Endocrinol Metab.* 2001;86:517-520.

39. Coffey S, Mason H. The effect of polycystic ovary syndrome on health-related quality of life. *Gynecol Endocrinol.* 2003;17:379-386.

40. Carmina E, Koyama T, Chang L, Stanczyk FZ, Lobo RA. Does ethnicity influence the prevalence of adrenal hyperandrogenism and insulin resistance in polycystic ovary syndrome? *Am J Obstet Gynecol.* 1992;167:1807-1812.

41. Vermeulen A, Verdonck L, Kaufman JM. A critical evaluation of simple methods for the estimation of free testosterone in serum. *J Clin Endocrinol Metab.* 1999;84:3666-3672.

42. Waggoner W, Boots LR, Azziz R. Total testosterone and DHEAS levels as predictors of androgen-secreting neoplasms: a populational study. *Gynecol Endocrinol.* 1999;13:394-400.

43. Azziz R, Hincapie LA, Knochenhauer ES, Dewailly D, Fox L, Boots LR. Screening for 21-hydroxylase-deficient nonclassic adrenal hyperplasia among hyperandrogenic women: a prospective study. *Fertil Steril.* 1999;72:915-925.

44. Escobar-Morreale H, Sanchón R, San Millan J. A prospective study of the prevalence of nonclassical congenital adrenal hyperplasia among women presenting with hyperandrogenic symptoms and signs. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93:527-533.

45. Pasquali R, Gambineri A. Treatment of the polycystic ovary syndrome with lifestyle intervention. *Curr Opin Endocrinol Diabetes.* 2002;9:459-468.

ANEXOS

Matriz De Consistencia

Factores Demográficos Y Su Incidencia De Ovarios Poliquisticos Al Estudio Ecosonografico Transvaginal En El Puesto De Salud
"San Martín De Porras". Marzo – Junio 2015. Ica.

Problema	Objetivos	Hipotesis	Variables	Indicadores	Metodología
<p>Problema general.</p> <p>¿Cuál es la relación entre los Factores Demográficos, Hormonales y de Masa Corporal, y su Incidencia de Ovarios Poliquísticos al estudio ecosonografico transvaginal en el Puesto de Salud "San Martín De Porras" Marzo – Junio 2015. Ica?</p>	<p>Objetivo general.</p> <p>Determinar la relación entre los Factores Demográficos, Hormonales y de Masa Corporal, y su Incidencia de Ovarios Poliquísticos al estudio ecosonografico transvaginal en el Puesto de Salud "San Martín De Porras" Marzo – Junio 2015. Ica</p>	<p>H1. Los factores demográficos, hormonales y de masa corporal están relacionados con la incidencia de ovarios poliquísticos al estudio ecosonografico transvaginal en el Puesto de salud "San Martín de Porras". Marzo – junio 2015. Ica</p> <p>HO. Los factores demográficos, hormonales y de peso no están</p>	<p>Variable Dependiente:</p> <p>Incidencia de Ovario Poliquístico</p> <p>Variable Independiente:</p> <p>Factores</p>	<p>Ecosonografico transvaginal.</p> <p>Informe ecográfico.</p> <p>Mujeres en edad fértil.</p> <p>Encuesta.</p>	<p>Ámbito: Puesto De Salud "Martín De Porras"</p> <p>Fecha: Marzo – Junio 2015.</p> <p>Muestra: No probabilística 17</p>

<p>Problemas específicos.</p> <p>¿Cuál es grupo etario que presenta mayor incidencia de ovario poliquístico al estudio ecosonografico transvaginal en el puesto de salud “San Martín de Porras” Marzo – Junio 2015. Ica?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y la incidencia de ovario poliquístico al estudio ecosonografico transvaginal en el puesto de salud “San Martín de Porras” Marzo –</p>	<p>Objetivos Específicos.</p> <p>Identificar el grupo etario que presenta mayor incidencia de ovario poliquístico al estudio ecosonografico transvaginal en el puesto de salud “San Martín de Porras” Marzo – Junio 2015. Ica</p> <p>Identificar el uso de métodos anticonceptivos hormonales y la incidencia de ovario poliquístico al estudio ecosonografico transvaginal en el puesto de salud “San Martín de Porras” Marzo – Junio 2015. Ica</p>	<p>relacionados con la incidencia de ovarios poliquísticos al estudio ecosonografico transvaginal en el Puesto de Salud “San Martín de porras”. Marzo – junio 2015. Ica</p>	<p>Demográficos, hormonales y de índice de masa corporal</p>	<p>Edad</p> <p>Procedencia</p> <p>Paridad</p> <p>Métodos anticonceptivos</p> <p>Peso corporal</p>	<p>Tipo de Investigación :</p> <p>básica</p> <p>Nivel: descriptivo.</p> <p>Diseño:</p> <p>Descriptivo correlacional.</p> <p>Transversal</p> <p>prospectivo.</p> <p>Técnica de recolección de datos : Análisis documental</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos</p> <p>Fuente: Informes ecográficos, Historias clínicas.</p>
--	---	---	--	---	--

<p>Junio 2015. Ica?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el peso la incidencia de ovario poliquístico al estudio ecosonografico transvaginal en el puesto de salud “San Martin de Porras” Marzo – Junio 2015. Ica?</p> <p>¿Cuál es la procedencia y su incidencia de ovario poliquístico al estudio ecosonografico transvaginal en mujeres en edad fértil en el puesto de salud “San Martin de Porras” Marzo – Junio 2015. Ica?</p>	<p>Evaluar el índice de masa corporal y la incidencia de ovario poliquístico al estudio ecosonografico transvaginal en el puesto de salud “San Martin de Porras” Marzo – Junio 2015. Ica</p> <p>Evaluar la procedencia y su incidencia de ovario poliquístico al estudio ecosonografico transvaginal en mujeres en edad fértil en el puesto de salud “San Martin de Porras” Marzo – Junio 2015. Ica</p> <p>Evaluar la paridad y su incidencia de ovario poliquístico al estudio</p>				
---	---	--	--	--	--

<p>¿Cuál es la relación que existe entre la paridad y su incidencia de ovario poliquístico al estudio ecosonografico transvaginal en el puesto de salud "San Martin de Porras" Marzo – Junio 2015. Ica?</p>	<p>ecosonografico transvaginal en el puesto de salud "San Martin de Porras" Marzo – Junio 2015. Ica</p>				
---	---	--	--	--	--



UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

ESCUELA DE POST GRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

TITULO: Los factores demográficos, hormonales y de masa corporal están relacionados con la incidencia de ovarios poliquísticos al estudio ecosonografico transvaginal en el Puesto de salud “San Martín de Porras”.
Marzo – junio 2015. Ica

OBJETIVO: Identificar la relación que existe entre factores demográficos y su incidencia de ovario poliquistico

1.- EDAD

- 15-20 años
- 21-26 años
- 27-32 años
- 33-39 años

2.- PARIDAD

- 0
- 1
- 2
- 3
- >4

3.- PROCEDENCIA

- Costa

- Sierra
- Selva

5._ USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

- Si
- No

6._ TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

- Preservativo Femenino
- Preservativo Masculino
- Inyectable Mensual
- Inyectable Trimestral
- Dispositivo Intrauterino
- Anticonceptivo subdérmico



CENTRO ECOGRÁFICO - LABORATORIO



INFORME ECOGRÁFICO GINECOLÓGICO

PACIENTE: _____ EDAD: _____ Años

MOTIVO DE EXAMEN: _____

PROFESIONAL SOLICITANTE: _____

FECHA: ___/___/___

El estudio ultrasonográfico evidencia

1. ÚTERO

Posición: Anteverso Central Retroverso

Contorno: Regular Irregular: _____

Ecoestructura: Homogénea Heterogénea: _____

Medidas: Transversa _____ A/P _____ Long _____

Endometrio: Menstrual Prolif. Periov. Sectr.

Descripción / Otros: _____

2. ANEXO DERECHO

Medidas: Normales Anormales: ___X___X___mm

Masas Ováricas: No Si Quistes
 Solidas

Descripción / Otros: _____

3. ANEXO IZQUIERDO:

Medidas: Normales Anormales: ___X___X___mm

Masas Ováricas: No Si Quistes
 Solidas

Descripción / Otros: _____

4. SACO DE DOUGLAS:

Líquido libre: No

Si Escaso Moderado Abundante

5. OBSERVACIONES: Ninguna

6. Conclusión: El estudio Ultrasonográfico es compatible con:



"Año de la diversificación productiva y del fortalecimiento de la educación"



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón V - Block "A", 2do piso - Cayhuayna
Página web: <http://postgrado.unheval.edu.pe>, email: epgunheval@gmail.com

RESOLUCIÓN N° 01843-2013-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 25 de agosto de 2015.

Vistos los documentos que se acompañan en dos (02) folios;

CONSIDERANDO

Que, de acuerdo a la Resolución N° 004-2010-UNHEVAL-CU, de fecha 25.ENE.10, se aprobó el Convenio entre la Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Escuela de Postgrado y el Centro de Capacitación y Actualización en Salud CENCASALUD S.A.C.;

Que, con Resolución N° 1640-2013-ANR, de fecha 25. OCT.13., en la parte Resolutiva Art. 1°.- Declara que la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, con sede en la ciudad de Huánuco, ha cumplido con la disposiciones establecidas en los artículos 24° y 92°, incisos e) y f), de la Ley Universitaria N° 23733, respecto a la creación y funcionamiento del Programa de Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por imágenes en Obstetricia y Alto Riesgo en Obstetricia;

Que, de acuerdo a la Nueva Ley Universitaria 30220 con el artículo 45° numeral 45.3 declara que el Título de Segunda Especialidad Profesional: requiere licenciatura u otro título profesional equivalente, haber aprobado los estudios de una duración mínima de dos semestres académicos con un contenido mínimo de cuarenta (40) créditos, así como la aprobación de una tesis o un trabajo académico;

Que, el Art. 30°, del Reglamento de Segunda Especialización en Obstetricia, establece los procedimientos a seguir para nombramiento de asesor del Proyecto de Tesis;

Que, con resolución N° 0182-2015-UNHEVAL/EPG-CD, de 07.MAYO.15., se aprueba la Directiva de implementación complementaria de las asignaturas I y II con fines de Asesoramiento para la Titulación de la Segunda Especialidad en Obstetricia, menciones: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia y Alto Riesgo en Obstetricia;

Que, con Oficio N° 0495-2015-UNHEVAL-FOBST-D, del 20.JUL.15, se designa a los docentes del Programa de Asesoría Académica Presencial de las Segundas Especialidad en Obstetricia que se llevara a cabo en las diferentes Secciones los días sábados y domingos;

Que con Oficio N° 0107-2015-UNHEVAL-EPG-CENCASALUD SAC/CA, del 30.JUL.15, se da la relación de los participantes para la Asesoría Presencial de Tesis de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnostico por Imágenes en Obstetricia;

Que, con Resolución N° 01679-2015-UNHEVAL/EPG-D, del 06.AGO.15., se designa a la Mg. Rosario de la Mata Huapaya, como asesora del Programa de Asesoría Presencial, de los proyectos de tesis, de los alumnos (as) de la segunda especialidad en obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnostico por Imágenes en Obstetricia, de la Sección Ica;

Que, estando a las atribuciones conferidas al Director de la Escuela de Postgrado por la Ley Universitaria N° 30220, por el Estatuto de la UNHEVAL y por el Reglamento de la Escuela de Postgrado de la UNHEVAL;

SE RESUELVE:

1* **INCORPORAR**, en la relación de participantes a las obstetras **Lidia Ynés CAMA ABURTO** y **Vanessa Melina BELLIDO ESPINOZA**, al programa de asesoría presencial de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnostico por Imágenes en Obstetricia, Sección Ica, la misma que estará integrada por los siguientes alumnos, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. JENIFER JESÚS GUTIÉRREZ DULANTO | 6. MELCHORITA ROSARIO CÁRDENAS TORRES |
| 2. PATRICIA ESMERALDA CASTRO HERNÁNDEZ | 7. VANESSA MELINA BELLIDO ESPINOZA |
| 3. GIANNINA RAMÍREZ MARTÍNEZ | 8. BRENDA GERALDINE QUICAÑO QUISPE |
| 4. LILIANA MARISOL DE LA CRUZ RAMOS | 9. ESTHER MILAGROS BALITISTA AGUIRRE |
| 5. ZOILIMAR BOLLET SHERON | 10. ANA LUISA ROJAS SOTO |



"Año de la diversificación productiva y del fortalecimiento de la educación"



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón V - Block "A", 2do piso - Cayhuayna
Página web: <http://postgrado.unheval.edu.pe>, email: epgunheval@gmail.com

11. EDELMA GLORIA OCHOA ESCOBAR
12. GIOVANNA MARGOT HUAMANI MORON
13. LILIANA EDITH REQUEJO LOZADA
14. CECILIA ALBORNOZ ROMERO
15. NUBIA MIRELLA PALACIOS VELARDE
16. LIDIA YNES CAMA ABURTO
17. SANDRA MARGOT SALVADOR ZAMBRANO
18. ALBERTO LUIS PANIAGUA QUINTANA
19. ZENILDA HUACCACHI GONZALES

2° **ENCARGAR** a la asesora los Proyectos de Tesis, emitir su informe de acuerdo a los estipulados en el reglamento de la segunda especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia.

3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a la asesora e interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
ESCUELA DE POSTGRADO
Dic. Asdrubal M. Ostos Miraval
DIRECTOR

Distribución:
Cencasalud
Asesor
Interesada
fac.obst.
Archivo



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso - Cayhuayna
Teléfono 514760 - Pág. Web www.unheval.edu.pe/postgrado



RESOLUCIÓN N° 01997-2015-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 17 de Septiembre de 2015.

Vistos los documentos presentados por los Alumnos de la Segunda Especialidad en Obstetricia. Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia - Sección Ica II, solicitando designación de Jurados Revisores de Tesis;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo a la Resolución N° 004-2010-UNHEVAL-CU, de fecha 25.ENE.10, se aprobó el Convenio entre la Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Escuela de Postgrado y el Centro de Capacitación y Actualización en Salud CENCASALUD S.A.C.:

Que, con Resolución N° 1640-2013-ANR, de fecha 25. OCT.13., en la parte Resolutiva Art. 1° - Declara que la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, con sede en la ciudad de Huánuco, ha cumplido con la disposiciones establecidas en los artículos 24° y 92°, incisos e) y f), de la Ley Universitaria N° 23733, respecto a la creación y funcionamiento del Programa de Segunda Especialidad en Salud con menciones en: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia y Alto Riesgo en Obstetricia;

Que, el Art. 35°, del Reglamento de La Segunda Especialización en Obstetricia, establece los procedimientos a seguir para nombramiento del jurado evaluador de Tesis:

Que, con la Resolución N° 01679-2015-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 06.AGOS.15, se designo como asesora a la Mg. ROSARIO DE LA MATA HUAPAYA, de Tesis de los Alumnos de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia - Sección Ica II;

Que, se ha solicitado a la Dirección de la EPG y al Decanato de la Facultad de Obstetricia, la propuesta de una terna del Jurado Examinador de Tesis, quienes remiten la designación de la Comisión correspondiente y estando a las atribuciones conferidas al Director de la Escuela de Postgrado, por la Ley Universitaria N° 30220, por el Estatuto de la UNHEVAL y por el Reglamento de la Escuela de Postgrado de la UNHEVAL:

SE RESUELVE:

1° DESIGNAR, a los miembros del Jurado Examinador de Tesis de los Alumnos de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia - Sección Ica II, el mismo integrado por los siguientes docentes, de los alumnos de acuerdo al cuadro, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución:

- | | | |
|------|--|-------------|
| 1.1. | Dr. Reynaldo Marcial Ostos Miraval | Presidente |
| 1.2. | Mg. Nancy Elizabeth Castañeda Eugenio | Secretaria |
| 1.3. | Mg. María Del Pilar Melgarejo Figueroa | Vocal |
| 1.4. | Med. Francisco Javier Vargas Vásquez | Accesitario |

N°	TESISTA	TITULO DE PROYECTO
01	JENIFER JESÚS GUTIERREZ DULANTO	EDAD GESTACIONAL POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN VS. DIAGNÓSTICADA POR ECOGRAFÍA DEL I TRIMESTRE CON GESTACIÓN ÚNICA. CENTRO DE SALUD LA TINGUIÑA - ICA. FEBRERO - JULIO 2015.
02	PATRICIA ESMERALDA CASTRO HERNÁNDEZ	FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SU INCIDENCIA DE OVARIOS POLIQUÍSTICOS AL ESTUDIO ECOSONOGRÁFICO TRANSVAGINAL. PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN DE PORRAS. MARZO - JUNIO 2015. ICA.
03	GIANNINA FRANCESCA RAMÍREZ MARTÍNEZ	PONDERADO FETAL POR ECOGRAFIA Y SU RELACIÓN CON EL PESO AL NACER EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE. CENTRO DE SALUD "SAN JOAQUIN" ENERO - JULIO 2015. ICA - PERU



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso - Cayhuayna
Teléfono 514760 -Pág. Web www.unheval.edu.pe/postgrado



04	LILIANA MARISOL DE LA CRUZ RAMOS	DISTOCIA FUNICULAR DETECTADA POR ECOGRAFÍA DURANTE LA GESTACIÓN. PUESTO DE SALUD SEÑOR DE LUREN. MAYO - JUNIO 2015.
05	ZOILIMAR BOLLET SHERON	ESTUDIO ECOGRÁFICO DE LA PLACENTA PREVIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA. ABANCAY 2014.
06	MELCHORITA ROSARIO CÁRDENAS TORRES	CARACTERÍSTICAS DE LOS ELEMENTOS CARDIOTOCOGRAFICOS EN GESTANTES CON HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO. HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA. ICA 2014.
07	VANESSA MELINA BELLIDO ESPINOZA	CONCORDANCIA ENTRE LA EDAD GESTACIONAL POR FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN Y POR ECOGRAFÍA EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE. CENTRO DE SALUD ACARÍ. NOVIEMBRE 2013 A MAYO 2014.
08	BRENDA GERALDINE QUICAÑO QUISPE	VALOR PREDICTIVO DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL EN EL DIAGNÓSTICO DE DISTOCIA FUNICULAR EN GESTANTES DE 33 A 40 SEMANAS DE GESTACIÓN - HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA. ABRIL - JUNIO 2015.
09	ESTHER MILAGROS BAUTISTA AGUIRRE	ELEMENTOS CARDIOTOCOGRAFICOS QUE SE ALTERAN EN GESTANTES CON ANEMIA CENTRO ESPECIALIZADO "CARDIO FETAL". ICA, ENERO - JUNIO 2015.
10	ANA LUISA ROJAS SOTO	PESO DEL FETO POR ECOGRAFIA EN EL EMBARAZO A TÉRMINO EN RELACIÓN AL PESO DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL MARÍA REICHE NEWMAN MARCONA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.
11	EDELMA GLORIA OCHOA ESCOBAR	ALTERACIÓN DE LOS PARÁMETROS CARDIOTOCOGRAFICOS EN GESTANTES A TÉRMINO CON ANEMIA. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO - ICA- ENERO-ABRIL 2015.
12	GIOVANNA MARGOT HUAMANI MORON	PARÁMETROS ECOGRÁFICOS QUE SE ALTERAN EN GESTANTES MAYORES DE 32 SEMANAS CON CIRCULAR DE CORDÓN. CENTRO DE SALUD PARCONA - ICA. ENERO A MARZO 2014.
13	LILIANA EDITH REQUEJO LOZADA	LÍQUIDO AMNIÓTICO POR ECOGRAFÍA Y SU ASOCIACIÓN CON EL CRECIMIENTO FETAL DURANTE EL EMBARAZO EN GESTANTES A TÉRMINO. CENTRO DE SALUD JESÚS MARÍA PERIODO ENERO - MARZO 2015.
14	CECILIA ALBORNOZ ROMERO	RELACIÓN ENTRE TEST NO ESTRESANTE NO REACTIVO Y PUNTAJE DE APGAR AL NACER. HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA - DE JULIO A DICIEMBRE 2014.
15	NUBIA MIRELLA PALACIOS VELARDE	EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE. POLICLÍNICO SANTA ROSA. ICA, ENERO - JULIO 2014.
16	LIDIA YNES CAMA ABURTO	VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DEL PESO FETAL POR ULTRASONOGRAFIA EN GESTANTES A TÉRMINO EN RELACIÓN AL PESO DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. PISCO, 2015.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN

Ancasco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso - Cayhuayna
Teléfono 514760 - Pág. Web. www.unheval.edu.pe/postgrado



1000
1000
1000
1000
1000

17	SANDRA MARGOT SALVADOR ZAMBRANO	DIAGNÓSTICO DEL CIRCULAR DE CORDÓN EN EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA. HOSPITAL REGIONAL DE ICA. ENERO - JUNIO 2014.
18	ALBERTO LUIS PANIAGUA QUINTANA	DISMINUCIÓN DEL LIQUIDO AMNIÓTICO ESTIMADO POR ECOGRAFÍA EN PRIMIGESTAS PRETERMINO TARDÍO DE 34 - 36.6 SEMANAS Y SU RELACIÓN CON LOS PARÁMETROS CARDIOTOCOGRÁFICOS. HOSPITAL REGIONAL DE ICA. JULIO A DICIEMBRE 2014.
19	ZENILDA HUACCACHI GONZALES	EFECTOS DE LA PREECLAMPSIA EN LOS TRAZADOS CARDIOTOCOGRÁFICOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARIA ROSARIO DEL SOCORRO DE ICA ENERO - JULIO 2013.

- 2° ENCARGAR, al segundo Jurado Examinador de Tesis (Secretaria) emitir su informe dentro de los diez días siguientes, de recepcionado la presente Resolución.
- 3° ESTABLECER, si la Tesis solicitase correcciones, el alumno dispondra de treinta días para realizar las correcciones correspondientes.
- 4° DAR A CONOCER, la presente Resolución a los miembros del jurado examinador y a los interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese

Impresión:
1000
1000
1000
1000

Ica, 03 de Agosto del 2015

A : PATRICIA ESMERALDA CASTRO HERNANDEZ

DE : C.D: AMADEO ESPINOZA MENDOZA

JEFE DEL CLAS PUESTO DE SALUD SAN MARTIN DE PORRAS

MINISTERIO DE SALUD	
CLAS "SAN MARTIN DE PORRAS"	
FECHA: 04/08/15	HORA: 10:00
FIRMA: 	

SOLICITO: AUTORIZACION PARA REVISION DE HISTORIAS CLINICAS

Yo Patricia Castro Hernández, con DNI 42788583 con domicilio Distrito Aquijes Provincia Ica, COP N° 28454, con el debido propósito me presento y expongo que para optar el título de Segunda Especialidad En Monitoreo Fetal Y Diagnóstico Por Imágenes En Obstetricia para obtener la especialidad de post grado con el tema de "Factores Demograficos Y Su Incidencia De Ovarios Poliquisticos Al Estudio Ecosonografico Transvaginal. Puesto De Salud "San Martín De Porras". Marzo – Junio 2015. Ica" solicito a usted autorización la revisión de historias clínicas antes mencionado por lo tanto ruego a usted se sirva ordenar con quien corresponda dicha solicitud


E. Castro Hernández
OBSTETRIZ
C.O.P. 28454



GOBIERNO REGIONAL DE ICA
Dirección Regional de Salud
UNIDAD EJECUTORA 406 RED DE SALUD ICA
MICRORED SAN MARTIN DE PORRAS



"Año de la diversificación productiva y del fortalecimiento de Educación"

Ica, 10 de Agosto del 2015

OFICIO N° 196- 2015-CLAS-SAN MARTIN DE PORRAS

Señor:
C.D: AMADEO ESPINOZA MENDOZA


Presente:

ATENCIÓN: REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Es grato dirigirme a Ud., para saludarla muy cordialmente y a la vez hacer de su conocimiento que se le proporciona las revisiones de Historias Clínicas para fines convenientes acérquese y coordine con el encargado

Sin otro particular me despido de usted, no sin antes reiterarle mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

ASOCIACION COMUNIDAD LOCAL DE ADMINISTRACION
DE SALUD "SAN MARTIN DE PORRAS"-ICA

Amadeo B. Espinoza Mendoza
CIRUJANO DENTISTA COP 2789
GERENTE

Psaje, Los Jirones S/N-San Joaquin-EMAIL:clas-smp@hotmail.com



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso - Cayhuayna
Teléfono 514760 - Pág. Web www.unheval.edu.pe/postgrado



RESOLUCIÓN N° 02044-2015-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 22 de setiembre de 2015.

Visto, los documentos que se acompañan en ocho (08) folios;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo a la Resolución N° 004-2010-UNHEVAL-CU, de fecha 25.ENE.10, se aprobó el Convenio entre la Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Escuela de Postgrado y el Centro de Capacitación y Actualización en Salud CENCASALUD S.A.C.;

Que, con Resolución N° 1640-2013-ANR, de fecha 25. OCT.13., en la parte Resolutiva Art. 1°.- Declara que la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, con sede en la ciudad de Huánuco, ha cumplido con la disposiciones establecidas en los artículos 24° y 92°, incisos e) y f), de la Ley Universitaria N° 23733, respecto a la creación y funcionamiento del Programa de Segunda Especialidad en Salud con menciones en: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia y Alto Riesgo en Obstetricia;

Que, el Art. 35°, del Reglamento de La Segunda Especialización en Obstetricia, establece los procedimientos a seguir para nombramiento del jurado evaluador de Tesis;

Que, con la Resolución N° 01679-2015-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 06.AGOS.15, se designo como asesora a la Mg. ROSARIO DE LA MATA HUAPAYA, de Tesis de los Alumnos de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia - Sección Ica II;

Que, con la Resolución N° 01997-2015-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 17.SET.15, se designó a los Miembros del Jurado Examinador del Proyecto de Tesis titulado "FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SU INCIDENCIA DE OVARIOS POLIQUÍSTICOS AL ESTUDIO ECOSONOGRÁFICO TRANSVAGINAL. PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN DE PORRAS. MARZO - JUNIO 2015.ICA.", el mismo integrado por los siguientes docentes: Dr. Reynaldo Ostos Miraval, Presidente; Mg. Nancy Elizabeth Castañeda Eugenio, Secretaria; Mg. Maria Del Pilar Magarejo Figueroa, Vocal; y Med. Francisco Javier Vargas Vásquez, Asesorario;

Que, con la solicitud N° 0265068, de fecha 21.SET.15, la Obstetra de la Segunda Especialidad en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia - Sección Ica II, Patricia Esmeralda CASTRO HERNÁNDEZ, solicita se programe la fecha y la hora de la sustentación;

Estando a las atribuciones conferidas al Director de la Escuela de Postgrado por la Ley Universitaria N° 30220, por el Estatuto de la UNHEVAL y por el Reglamento de la Escuela de Postgrado de la UNHEVAL;

SE RESUELVE:

- 1° FIJAR fecha y hora de sustentación de la tesis titulada: "FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SU INCIDENCIA DE OVARIOS POLIQUÍSTICOS AL ESTUDIO ECOSONOGRÁFICO TRANSVAGINAL. PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN DE PORRAS. MARZO - JUNIO 2015.ICA.", a cargo de la Obstetra de la Segunda Especialidad en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia - Sección Ica II, Patricia Esmeralda CASTRO HERNÁNDEZ, para el día 26.SET.2015, a horas 08:20 p.m., en el Auditorium del Colegio Regional de Obstetras de Ica, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° DAR A CONOCER la presente Resolución a los miembros del jurado y al interesado.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Reynaldo M. Ostos Miraval
DIRECTOR

Distribución
Folios: personal
Numerado
Monitoreo de Jurado (2)
Archivo



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE ESPECIALISTA

En la ciudad de Ica siendo las 08:20 p.m., del día 26 de Setiembre de 2015 ante el Jurado de Tesis constituido por:

Dr. Reynaldo Marcial Ostos Miraval	Presidente
Mg. Nancy Elizabeth Castañeda Eugenio	Secretaria
Mg. María Del Pilar Melgarejo Figueroa	Vocal

El aspirante al TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA.

Doña: Patricia Esmeralda Castro Hernández

Procedió al acto de Defensa:

- a. Con la expedición de la Tesis titulada: FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SU INCIDENCIA DE OVARIOS POLIQUÍSTICOS AL ESTUDIO ECOSONOGRÁFICO TRANSVAGINAL. PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN DE PORRAS. MARZO - JUNIO 2015. ICA.
- b. Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente. Concluido el acto de defensa, cada miembro del jurado procedió a la evaluación del aspirante a Especialista, teniendo presente los criterios siguientes:
 - i. Presentación personal
 - ii. Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y recomendaciones.
 - iii. Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las repuestas a las interrogantes del jurado y público asistente.
 - iv. Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis las **observaciones** siguientes:

.....

Obteniendo en consecuencia el Especialista la Nota de 15 (BUENO) (A. V. I. N. C. E.)
 Equivalente a BUENO, por lo que se determina APROBADO
 (Aprobado o desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente ACTA en señal de conformidad, en Ica, siendo las 08:20 Horas de 26 de Setiembre del 2015

DR. REYNALDO MARCIAL OSTOS MIRAVAL
 PRESIDENTE
 DNI: 22420141

MG. NANCY ELIZABETH CASTAÑEDA EUGENIO
 SECRETARIA
 DNI: 22494508

MG. MARÍA DEL PILAR MELGAREJO FIGUEROA
 VOCAL
 DNI: 22503110

NOTA BIOGRÁFICA

DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres: Patricia Esmeralda Castro Hernández

DNI: 42788583

Fecha de nacimiento: 25 de Noviembre de 1984

Teléfono/celular: 986053106

Correo electrónico: paticas_her@hotmail.com

ESTUDIOS:

Primaria: Nombre del I.E. Lugar. Año de ingreso y de egreso.

I.E “Dina Consuelo Añaños” Año de ingreso 1990 año de egreso 1996

Secundaria: Nombre del I.E. Lugar. Año de ingreso y de egreso.

I.E. “Antonia Moreno De Cáceres” Año de ingreso 1997 año de egreso 2001

Superior: Nombre del I.E. Lugar. Año de ingreso y de egreso.

I.S.P “Alas Peruanas” Año de ingreso 2004 año de egreso 2010”

Segunda especialidad: Nombre del I.E. Lugar. Año de ingreso y de egreso.

Universidad Nacional “Hermilio Valdizán” Año de ingreso 2012 y año de egreso 2014

GRADOS Y TÍTULOS:

Grado de Bachiller en Obstetricia. Universidad Privada “Alas Peruanas” Año 2010.

Título de en Licenciada en Obstetricia “Universidad Privada de Ica” Año 2012.

OTROS ESTUDIOS:

Maestría:

Doctorado:

Otros estudios: Diplomados En Psicoprofilaxis, Salud Sexual Y Reproductiva

CENTRO/S	LABORAL/ES	ACTUAL/ES	-
CARGO/S:			

Red de Salud Ica "Administrativo"

Ica, 10 de Noviembre del 2015