



UNIVERSIDAD
FASTA

FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS



**ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS
AL SOBREPESO EN MUJERES CON
SÍNDROME DE OVARIO
POLIQUÍSTICO EN MAR DEL PLATA**

**MAITE SVERLJUGA
LIC. EN NUTRICIÓN
TUTORA: ESTELA SANCHEZ EDORNA**

**ASESORAMIENTO METODOLÓGICO:
LIC. CAROLINA SUHIT- DRA. MG.
VIVIAN MINNAARD**



*"El proceso de descubrimiento
es una jornada infinita que comienza
con la primera curiosidad y termina
con el último suspiro de asombro."*

Shirley Hufstedler(1979)

Agradecimientos

A mi mamá, Daniela, gracias por tu amor incondicional, tu apoyo constante, por tus sacrificios y por ser mi mayor motivación e inspiración. Este logro es un reflejo de tu apoyo constante y de todo lo que haces por mi.

A mi familia, Gonzalo, Marcelo, Abril, Lola, Fabian , Marcela. A todos y cada uno de ellos que siempre aportaron su granito de arena para que sea lo que soy hoy.

A Ambar, gracias por tu consuelo y compañía en este camino.

A Cande, que hizo de estos años recuerdos inolvidables, llenos de mates, risas y buena compañía.

A Celes, mi hermana de vida. Por su apoyo inquebrantable y por estar siempre ahí para darme un consejo, escucharme o abrazarme. La vida es más fácil con vos

Al equipo de amigas que tengo detrás Sofi, Ori, Lu, Mela ,Flor, Fatima, Rocio, Julieta, Marti y Agus, por su comprensión, paciencia y por creer en mí en los momentos más difíciles. Su amistad fue una fuente constante de fortaleza e inspiración.


A mis amigas de la facultad, Cande, Valen y Rocío, por su constante compañía y por siempre estar dispuestas a escuchar y ofrecer su ayuda. Su apoyo ha sido fundamental en cada paso de este camino.

A mi abuela Ketty, por festejar mis logros como si fueran tuyos y esperarme siempre con los brazos abiertos

A mi abuelo Bladimiro, esté donde esté, seguramente me mira con ojos de " vos siempre podes" .

A Carolina Arenas, mi ginecóloga, por enseñarme a tener una mirada integral como futura profesional.

A mis tutoras Estela Sanchez Edorna, Carolina Suhit y Vivian Minnaard, por acompañarme en este último paso.



Resumen: El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) afecta a mujeres en edad fértil, causando desequilibrios hormonales que conllevan problemas reproductivos y metabólicos. Para mejorar los síntomas y reducir el riesgo de complicaciones, se recomienda una dieta equilibrada con carbohidratos integrales, frutas, verduras y legumbres. Evitar carbohidratos simples, lácteos, bebidas azucaradas y alcohol es importante. La fibra dietética y una pérdida de peso del 5-10% también son recomendaciones clave.

Objetivo: Determinar el consumo de hidratos de carbono y la presencia de obesidad en mujeres de 18 a 35 años con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico en Mar del Plata durante el año 2024.

Materiales y métodos: Investigación descriptiva, transversal con un diseño no experimental. La muestra es de 31 mujeres de 18 a 35 años, que concurren a un consultorio privado de Ginecología, seleccionadas en forma no probabilística por conveniencia

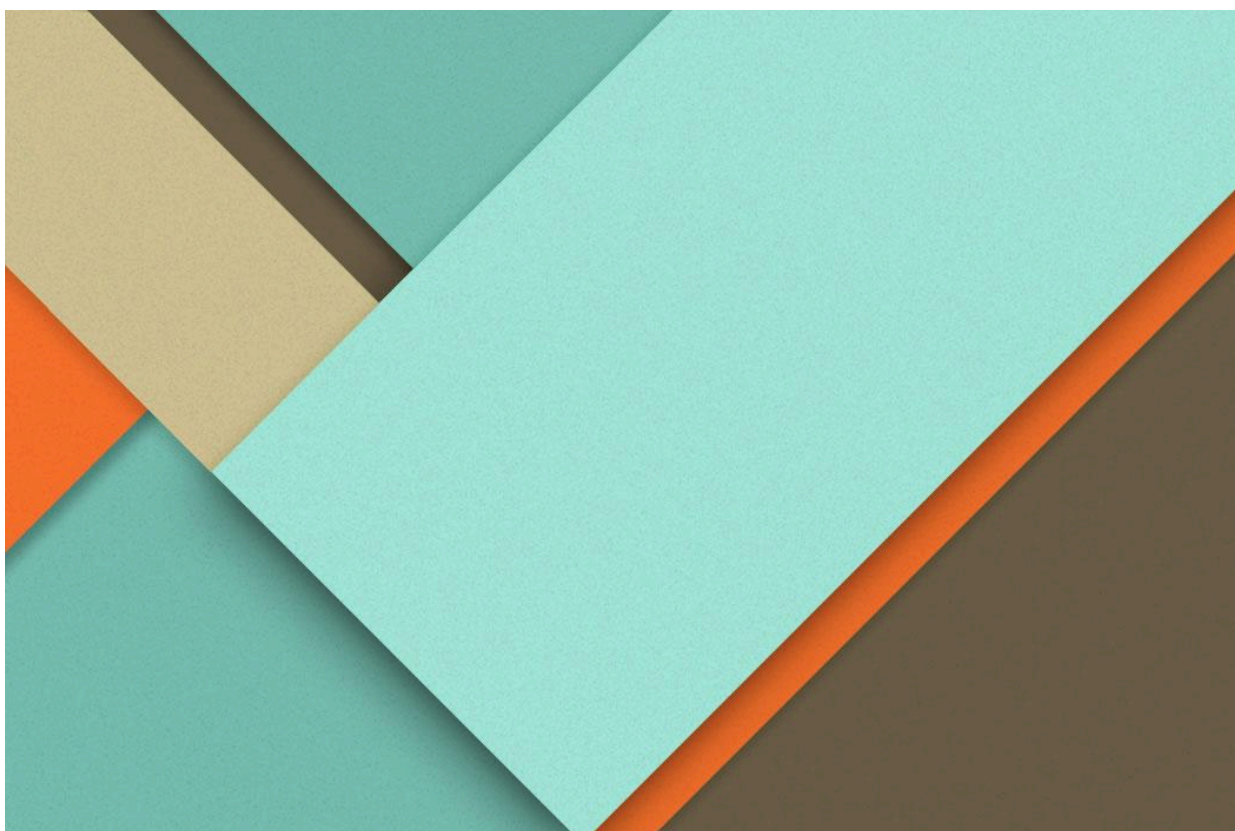
Resultados: El 80% de las encuestadas tiene el diagnóstico hace más de 9 meses. El 51% presenta un estado nutricional desbalanceado, de las cuales el 62% de ellas presentan obesidad; gran parte de las mismas manifiesta haber percibido cambios en el peso a partir del diagnóstico de SOP, tales como “subida de peso” y “dificultad para bajar”. Casi el 97% se encuentra en tratamiento, dentro de ellas, el 55% realiza tratamiento con pastillas anticonceptivas, y otro 55% tratamiento farmacológico. El 62% no recibió seguimiento médico-nutricional, teniendo en cuenta que el 45% de las mismas, tiene diagnóstico de insulinoresistencia. Los alimentos con hidratos de carbono complejos como la papa, las pastas simples, la pizza y el pan blanco son los más consumidos, y en cuanto a los alimentos con hidratos de carbono simple, los cereales azucarados, chocolates y golosinas son consumidos con frecuencia alta en la dieta de las encuestadas. 13 personas no tuvieron ninguna recomendación nutricional.

Conclusión: Adoptar patrones alimentarios saludables es esencial para el manejo del SOP. Esto incluye una dieta rica en carbohidratos complejos y baja en grasas, lo cual no solo mejora la salud metabólica y reproductiva, sino que también facilita una mejor comprensión y manejo del síndrome por parte de las pacientes y profesionales de salud. Es de nuestra responsabilidad, como nutricionistas, formar un equipo multidisciplinario junto a médicos y ginecólogos, brindar un correcto abordaje a las consultantes; por nuestro lado, la Educación Alimentaria es sin duda la herramienta fundamental para la mejoría del estilo de vida

Palabras claves: Síndrome de Ovario Poliquístico, Obesidad, Hidratos de carbono, Patrones alimentarios, Salud reproductiva



Introducción	5
Estado de la cuestión	11
Materiales y métodos	22
Resultados	25
Conclusión	43
Bibliografía	46



INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) es una alteración endocrinológica caracterizada por un aumento en la producción de andrógenos tanto en los ovarios como en las glándulas suprarrenales, lo que resulta en trastornos reproductivos y metabólicos. Esta misma, se origina a partir de una disfunción en el tejido adiposo y se manifiesta con resistencia a la acción de la insulina, especialmente en pacientes con sobrepeso y mujeres de peso normal. (Moyano Gómez, 2020-2021.).¹

La OMS(2023) ² lo reconoce como un importante desafío de salud pública y uno de los trastornos hormonales más prevalentes entre las mujeres en edad fértil. Se estima que afecta aproximadamente al 8% al 13% de las mujeres en edad reproductiva, y hasta un 70% de los casos podrían no haber sido diagnosticados.

Las mujeres con síndrome de ovario poliquístico (SOP) muestran desafíos en la saciedad y desregulaciones hormonales que afectan el apetito, incluyendo niveles alterados de grelina y leptina comparados con controles de peso similar. La pérdida de peso beneficia la resistencia a la insulina, el hiperandrogenismo y problemas ginecológicos asociados con el SOP. Una dieta equilibrada con carbohidratos complejos y simples puede mejorar la homeostasis metabólica, hormonal y reproductiva en estas mujeres. (Barrea., Marzullo, et al.2018)³. La gran mayoría de las mujeres diagnosticadas tienden a tener algún nivel de sobrepeso u obesidad. Esto juega un papel crucial en el desarrollo de la resistencia a la insulina, el hiperinsulinismo y las consecuencias clínicas asociadas. Por consiguiente las dietas utilizadas son de bajo contenido calórico además de evitar el consumo de ácidos grasos saturados y promover el aumento de la ingesta de fibra (Rosero Paspuezan,2016)⁴

¹ Los autores realizaron una investigación que consistía en examinar la relación entre el síndrome de ovario poliquístico y la diabetes mellitus en el Hospital General Guasmo Sur durante el lapso de tiempo entre 2019 y 2020. La obtención de datos se llevó a cabo a través de historias clínicas elaboradas mediante el diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico, conforme al sistema utilizado por el Ministerio de Salud Pública.

² La Organización Mundial de la Salud (OMS) colabora con entidades gubernamentales y no gubernamentales para aumentar la conciencia pública sobre el SOP y desarrollar directrices para los proveedores de atención médica sobre cómo identificar y abordar mejor el síndrome. Asimismo, impulsa investigaciones para descubrir métodos más efectivos para prevenir, diagnosticar y tratar la infertilidad asociada al SOP, centrándose en las incógnitas más relevantes que aún requieren respuestas.

³ Los autores concluyen en adoptar enfoques nutricionales saludables como una medida clave tanto preventiva como terapéutica en el síndrome de ovario poliquístico. Dicho enfoque facilitará la interacción entre endocrinólogos y pacientes, además de aumentar la comprensión sobre cómo los factores dietéticos y de estilo de vida influyen en el trastorno y cómo pueden modificarse para mejorar el pronóstico, sin depender exclusivamente de tratamientos farmacológicos.

⁴ La autora recomienda que es esencial proporcionar a las mujeres que muestran señales de síndrome de ovario poliquístico la información pertinente sobre este trastorno. Se debería llevar a cabo campañas de concientización sobre el SOP y sus implicaciones. Estas campañas deben fomentar que las mujeres se sometan a chequeos y exámenes preventivos.


Las dietas hipocalóricas reducen la ingesta diaria de calorías, típicamente entre 500 y 1000, o un porcentaje específico del total energético individual. Se centran en alimentos equilibrados en macronutrientes y ricos en micronutrientes para mantener la salud. (García Hernández, 2021:41) Estas reducciones en la ingesta calórica llevan a ajustes en la composición de la dieta, como modificar el porcentaje de carbohidratos recomendado para consumir, y posteriormente ajustar los porcentajes de proteínas y grasas. Se ha observado que diferentes proporciones de macronutrientes en una dieta baja en calorías, como una con un 40% de carbohidratos, otra con un 55%, durante un período corto de alrededor de un mes, resultaron en una pérdida de peso significativa y mejoras en las anomalías metabólicas y reproductivas.(p.42) Este mismo patrón se ha observado en varios enfoques de manejo, incluyendo una dieta baja en carbohidratos (43%) y alta en grasas insaturadas (17%), en comparación con una dieta "estándar" baja en grasas y alta en carbohidratos. Este estudio reveló una reducción en los niveles de insulina con la dieta baja en carbohidratos, aunque los cambios para mejorar la resistencia a la insulina son más difíciles de lograr.(p:41).⁵

Se desarrolla una guía nutricional⁶ para el personal de salud enfocado en el síndrome de ovario poliquístico y endometriosis (Arcos López, Lasso, Irigoyen, 2021:32)⁷ donde se puede visualizar que existe una conexión significativa entre la obesidad y el síndrome de ovario poliquístico, ya que aproximadamente el 40-60% de las mujeres diagnosticadas con SOP también presentan obesidad o sobrepeso. Además de constituir un factor de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, la obesidad se ha asociado con un mayor riesgo de manifestaciones específicas del SOP, tales como hiperandrogenismo, hirsutismo, infertilidad y complicaciones durante el embarazo, como preeclampsia y diabetes gestacional. Los beneficios asociados con la pérdida de peso del 5-10% incluyen la disminución de los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2, además de mejoras en los parámetros hormonales y el ciclo menstrual. La manera en que se distribuyen los carbohidratos puede desempeñar un papel crucial en el metabolismo de la glucosa y la resistencia a la insulina. En esta guía se expone la importancia del consumo de fibra dietética. La misma, presente en alimentos como cereales integrales, frutas, verduras, legumbres y frutos secos, consiste en la parte no digerible de estos alimentos. Se puede dividir en dos tipos: soluble e insoluble. Aunque la fibra en sí no proporciona calorías, el metabolismo bacteriano en el colon que se alimenta de ella contribuye al gasto energético. (p:32) La fibra soluble desempeña un papel crucial al reducir los

⁵ Se realiza esta tesis para obtener el título Licenciatura en Medicina

⁶Esta Guía está escrita enfatizando la importancia de optimizar los criterios de diagnóstico y tratamiento pertinentes para consecuentemente mejorar el pronóstico médico de la paciente diagnosticada.

⁷ Realizado en la Universidad San Francisco de Quito, con el objetivo de la obtención del título de la Licenciatura en Nutrición y Dietética.



riesgos cardiovasculares y metabólicos al disminuir los niveles de colesterol en sangre al unirse y disminuir su absorción en el intestino. Además, acelera el vaciado gástrico, lo que reduce los niveles de glucosa en sangre, especialmente cuando se consumen alrededor de 50 gramos diarios. Se recomienda consumir entre 25 y 35 gramos de fibra al día. Se ha enfatizado fuertemente la importancia de una dieta rica en fibra proveniente de vegetales, cereales integrales y frutas, combinada con alimentos de bajo índice glucémico, debido a sus beneficios para mejorar la resistencia a la insulina, mantener un peso saludable y aliviar los síntomas asociados al Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP). (Arcos López, Lasso, Irigoyen, 2021:31)

Álvarez Ovalle(2022)⁸Álvarez Ovalle (2022) indica que una alimentación saludable puede reducir niveles de insulina y andrógenos, disminuir síntomas físicos, favorecer la ovulación y mejorar el estado de ánimo en mujeres con síndrome de ovario poliquístico (SOP). Recomienda una dieta equilibrada con carbohidratos integrales para reducir riesgos de inflamación y obesidad, junto con frutas, verduras y legumbres que ayudan a controlar el peso. Sugiere evitar carbohidratos simples (presentes en cereales azucarados y dulces) y refinados (en pan, pasta y arroz blanco), así como lácteos, bebidas azucaradas y alcohol, que pueden aumentar la glucemia y la resistencia a la insulina.

A partir de lo expuesto, se presenta el siguiente problema de investigación:

⁸El propósito del estudio que realiza la autora fue obtener un conocimiento de la población, con el fin de evaluar su comprensión del síndrome de ovario poliquístico, identificar posibles tabúes y creencias asociadas con este trastorno, determinar la frecuencia de su aparición, así como los síntomas y efectos más comunes en dicha población. Además, se recopiló información acerca de los hábitos alimenticios y estilos de vida presentes en la muestra poblacional.

Problema

¿Cuál es el consumo de hidratos de carbono y presencia de obesidad en mujeres de edad reproductiva de 18 a 35 años con diagnóstico de ovario poliquístico en la ciudad de mar del plata en el año 2024?

Objetivo general

Determinar consumo de hidratos de carbono y la presencia de obesidad en mujeres de 18 a 35 años con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico en Mar del Plata durante el año 2024.

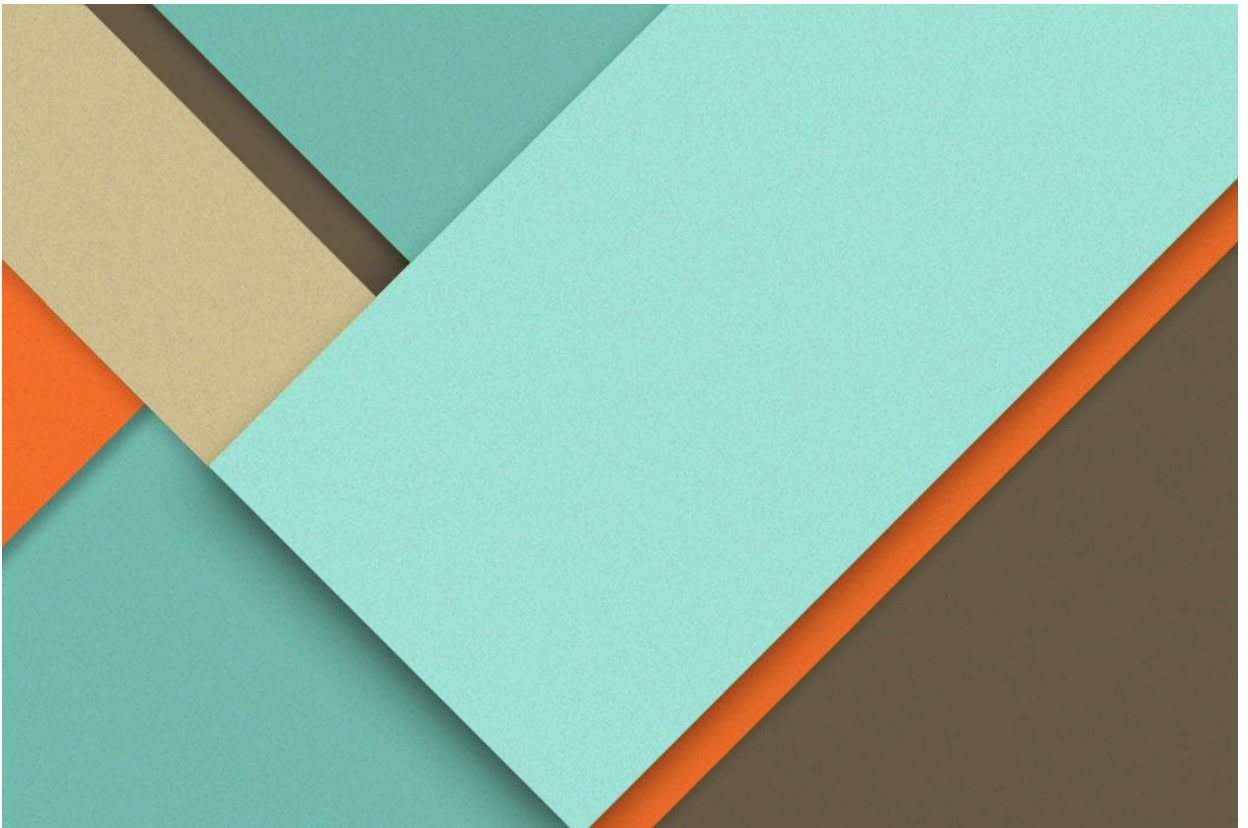
Objetivos específicos

Analizar el consumo de hidratos de carbono, en mujeres diagnosticadas con SOP en la ciudad de Mar del Plata

Evaluar la presencia de obesidad y sobrepeso en mujeres con SOP en la misma población.

Indagar el consumo de fibra dietética, según forma de preparación.

Examinar el diagnóstico de resistencia a la insulina en estas mujeres.



ESTADO DE LA CUESTIÓN

El Síndrome de Ovario Poliquístico, la obesidad y el tipo de carbohidratos consumidos representan un conjunto complejo de variables que podrían influir en la salud metabólica y reproductiva de las mujeres. En este capítulo, profundizaremos en la interacción entre estos elementos y su implicancia en la práctica clínica. Para ello primero es importante saber que Según Winnykamien y Knoblovits (2017)⁹ El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) es una condición compleja y multifacética, influenciada por múltiples factores genéticos, ambientales y poligénicos. Ningún elemento etiológico por sí solo puede dar cuenta de la diversidad de alteraciones que definen esta condición.

Este síndrome es la causa más prevalente de hiperandrogenismo, afectando aproximadamente al 3% de mujeres tanto en la adolescencia como en la adultez. Además, constituye la principal causa de infertilidad debido a la anovulación en los países desarrollados. Puede provocar alteraciones metabólicas y cardiovasculares similares a las asociadas con el síndrome metabólico, ya que comparten la característica de presentar resistencia a la insulina como un elemento central de su fisiopatología. Cabe destacar que el SOP no solo impacta a las mujeres en edad reproductiva, sino que también puede manifestarse durante la etapa prepuberal. Estas mujeres tienen un mayor riesgo de presentar infertilidad y ciclos anovulatorios. Cuando no hay anovulación, la asociación con infertilidad es incierta. Se describe un subtipo de síndrome de ovario poliquístico en el cual la historia menstrual está regulada, pero se experimentan episodios anovulatorios. En tales casos, se puede realizar una prueba serológica de progesterona en la mitad del ciclo lúteo. Se estima que aproximadamente el 50% de estas pacientes pueden experimentar infertilidad primaria y un 25% infertilidad secundaria, lo que lleva a una tasa global de infertilidad que oscila entre el 25% y el 40% debido a la anovulación. (Sánchez Gaitán. 2019)¹⁰

Se caracteriza por la presencia de hiperandrogenismo¹¹ y anovulación crónica. Existen tres conjuntos de criterios diagnósticos para el síndrome de ovario poliquístico, los cuales están dirigidos especialmente a mujeres adultas. El primero de estos fue propuesto por el Instituto Nacional de la Salud de los Estados Unidos de América. Este define al SOP como un síndrome predominantemente caracterizado por hiperandrogenismo, evidenciado clínicamente y/o mediante pruebas bioquímicas que muestran un exceso de andrógenos, además de anovulación, manifestada como irregularidades en el ciclo menstrual, como oligo o amenorrea. Para establecer el diagnóstico, se deben descartar otras enfermedades que presentan síntomas

⁹ Ambos autores son parte del Hospital Italiano de Buenos Aires. Servicio de Endocrinología, Metabolismo y Medicina Nuclear. Buenos Aires. AR

¹⁰ Médico general graduado de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), San José, Costa Rica

¹¹ Hiperandrogenismo clínico: Los signos clínicos a considerar son el hirsutismo y el acné. Hirsutismo significa crecimiento excesivo de vello (pelo terminal) en mujeres con una distribución en áreas masculinas

similares, como la hiperplasia suprarrenal congénita, el síndrome de Cushing y la hiperprolactinemia. Posteriormente, las pautas clínicas derivadas del Consenso de Rotterdam, establecieron que el diagnóstico se puede confirmar si se cumplen dos de los siguientes tres criterios: exceso de andrógenos, irregularidad menstrual, el desafío radica en distinguir entre la anovulación fisiológica normal en las adolescentes y la disfunción ovulatoria genuina. En el caso de las adolescentes, se sugiere considerar la última opción cuando la paciente experimenta intervalos menstruales consecutivos de más de 90 días en el primer año posterior a la menarquia, intervalos persistentes de más de 45 días durante 2 o más años después de la menarquia, o la ausencia total de ciclos menstruales a los 15 años después de haber pasado 2-3 años desde el desarrollo mamario. Además, se debe tener en cuenta la posibilidad de anovulación en los trastornos del ciclo menstrual con sangrado excesivo y morfología de ovario poliquístico identificada mediante ecografía -MOP-. Sin embargo, este enfoque resulta contradictorio al incluir en el diagnóstico de SOP a pacientes que no muestran signos de hiperandrogenismo. Más tarde, la Sociedad de Exceso de Andrógenos, junto con la Sociedad de SOP, recomendó que el diagnóstico se considere en pacientes con evidencia de hiperandrogenismo, ya sea clínico o bioquímico, como criterio primordial, junto con la presencia de irregularidades menstruales. (Freire, Arcari et al 2018)¹²

Los criterios de Rotterdam dividen el síndrome de ovario poliquístico (SOP) en cuatro fenotipos, entre los cuales sobresalen dos: uno de tipo clásico o metabólico, y otro de tipo adrenal. En el perfil clásico, las mujeres muestran un conjunto de factores de riesgo metabólicos y cardiovasculares elevados en comparación con los otros tipos. Presentan una mayor resistencia a la insulina y un perfil lipídico alterado. Este tipo de SOP es el más común y se caracteriza por sobrepeso, acné, hirsutismo, cambios de humor y ausencia de menstruación; Este fenotipo puede llevar a una prediabetes. Por otro lado, el SOP de tipo adrenal suele manifestarse en mujeres con peso normal o incluso bajo, y no se identifican con los síntomas descritos anteriormente. En este caso, es la respuesta exagerada del eje adrenal la que interrumpe la ovulación, causa ciclos irregulares y mantiene una respuesta inmunitaria constante, posiblemente causada por el estrés, los tóxicos ambientales, disruptores endocrinos, falta de descanso o alteración de la permeabilidad intestinal. Este tipo de este síndrome suele estar relacionado con una mala respuesta del organismo al estrés, incluido el estrés metabólico causado por una dieta hipercalórica o desequilibrada. Los perfiles fenotípicos mencionados anteriormente presentan características distintas, por lo que

¹² Los autores corresponden al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Oficina de Coordinación Administrativa Parque Centenario. Centro de Investigaciones Endocrinológicas "Dr. César Bergada"

su tratamiento también debe ser diferenciado. Si se abordan como equivalentes, no se contribuirá a mejorar la condición.(Meneses, K. 2023)¹³

En el proceso diagnóstico se toman en cuenta los antecedentes familiares, se requiere una historia clínica completa, que abarque los antecedentes de síndrome de ovario poliquístico o irregularidades menstruales, infertilidad, acné, hirsutismo, alopecia o quistes ováricos. Además, es importante investigar la historia familiar de diabetes tipo 2, dislipemia, apnea del sueño, esteatosis hepática y aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular. Dentro de los antecedentes personales, el peso al nacer bajo y/o la pubarquia precoz podrían estar relacionados con el riesgo de SOP en ciertas poblaciones. Como así también un examen físico que incluye la medición de antropometría con el índice de masa corporal y perímetro de cintura, distribución de grasa corporal y medición de la presión arterial. También se deben identificar signos de resistencia a la insulina, obesidad abdominal e hiperinsulinismo o acantosis nigricans. Además se necesitará llevar a cabo una evaluación del ciclo menstrual y descartar otras causas de hiperandrogenismo como lo son como la hiperplasia suprarrenal de inicio tardío, hipotiroidismo, hiperprolactinemia, síndrome de Cushing, tumores secretores de andrógenos u ováricos y ciertos fármacos como ácido valproico, esteroides anabólicos, entre otros. Para el diagnóstico también se debe realizar determinaciones hormonales, en fase folicular del ciclo menstrual o en caso de amenorrea, junto con la evaluación clínica, considerando la edad de la paciente, el momento de la muestra y el ensayo utilizado. Se deben evaluar: Niveles de testosterona total y libre. Se recomienda medir la testosterona total entre las 8 y las 10 de la mañana durante la fase folicular debido a su variabilidad diaria y según el ciclo menstrual. DHEA-S, androstenediona, 17 OH progesterona, SHBG.FSH, LH y prolactina. La relación LH/FSH > 2 se presenta en el 30-50% de los casos de SOP y tiene escasa utilidad en el diagnóstico diferencial. Aunque la testosterona libre es el marcador más sensible de HA, no está disponible para uso clínico. Se sugiere utilizar el Índice de Andrógenos Libre -IAL- como alternativa, con un valor normal considerando < 5. (Muñoz Calvo 2016)¹⁴

Hace muchas décadas se identificó este síndrome, que hasta hoy continúa generando controversia y suscitando gran interés debido a su compleja fisiopatología y los riesgos asociados tanto en términos reproductivos como metabólicos. Durante ciertos periodos de la vida, las mujeres experimentan un aumento de peso que no se puede atribuir únicamente a una alta ingesta calórica, situación que se complica aún

¹³ Dietista Nutricionista. Máster en antropología social y cultural.

¹⁴ La evaluación del hirsutismo se lleva a cabo utilizando la escala de Ferriman-Gallwey. Se considera diagnóstica una puntuación superior a 8.

más cuando se les diagnostica el síndrome. Por esta razón, resulta crucial que el ginecólogo realice una consulta conjunta con un nutricionista. (Guallo-Paca, 2020)¹⁵

El aumento de trastornos en el perfil lipídico, especialmente la dislipidemia aterogénica, está vinculado con ciertas condiciones médicas. Por lo tanto, debido a su mayor incidencia de obesidad, resistencia a la insulina y dislipidemia, las mujeres con SOP tienen una mayor probabilidad de desarrollar síndrome metabólico en comparación con la población general. Además, las alteraciones en la fisiología reproductiva normal pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer de endometrio, ovario y/o mama, ya sea de forma directa o mediada por las alteraciones metabólicas y reproductivas asociadas. El diagnóstico del síndrome de ovario poliquístico presenta ciertas dificultades, principalmente debido a la naturaleza cronológica de las alteraciones, lo que implica que las mujeres requieran atención de diferentes especialistas, como ginecólogos, internistas y endocrinólogos (Chiliquinga Villacis,, Aguirre Fernández, et al 2017)¹⁶

En mujeres con este diagnóstico, la prevalencia de obesidad tiende a ser mayor en comparación con mujeres sin el mismo, aunque no todas las mujeres con SOP presentan obesidad. Varios estudios se basan en muestras hospitalarias donde la obesidad está sobre-representada, lo que puede llevar a la percepción errónea de que es más común de lo que realmente es en esta población. Es importante destacar que la obesidad no es un requisito necesario ni suficiente para el diagnóstico del SOP. Si bien la obesidad juega un papel crucial como factor de riesgo en el empeoramiento de los trastornos reproductivos asociados con el SOP, así como en la morbilidad materno-fetal y las complicaciones del embarazo, el control del peso corporal es esencial para prevenir estos problemas. Sin embargo, la obesidad no es el único factor que influye negativamente. La hipertensión arterial, las alteraciones en las hormonas gonadotropinas, la resistencia a la insulina severa y ciertas variantes genéticas también pueden afectar el pronóstico reproductivo y obstétrico, y pueden presentarse tanto en mujeres con un peso normal como en aquellas con obesidad. (Monteagudo Peña, Gilda, Rodríguez Pendás, Bertha, et al 2022)¹⁷

Según Muñoz Calvo (2016)¹⁸, los objetivos del tratamiento son lograr la ovulación, regularizar los ciclos menstruales, reducir y, de ser posible, eliminar el hirsutismo y el acné, alcanzar una pérdida de peso adecuada y abordar la dislipemia y

¹⁵ Magíster en Nutrición Clínica, Doctora en Nutrición y Dietética, Docente de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador

¹⁶ Dichos autores pertenecen a la Universidad Técnica de Machala. Ecuador.

¹⁷ Pertenecientes al Instituto de Endocrinología (INEN). Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

¹⁸ Servicio de Endocrinología del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Profesora Asociada del Departamento de Pediatría de la UAM. Miembro del Grupo del Programa de Obesidad Infantil y de la Adolescencia del CIBEROBN, Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

la hiperglucemia para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. El tratamiento se puede clasificar en dos categorías: no farmacológico y farmacológico. En el primero se incluyen el ejercicio físico y la pérdida de peso. Dado que el SOP está vinculado con la obesidad y el sobrepeso en una proporción significativa de casos, se recomienda la pérdida de peso, ya sea mediante el aumento de la actividad física o mediante una dieta hipocalórica. Es aconsejable la práctica de ejercicio físico en el manejo de las complicaciones de obesidad y sobrepeso en estas pacientes.

Ni la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos -FDA- ni la Agencia Europea del Medicamento -EMA- ha aprobado medicamentos específicos para tratar el SOP, lo que significa que el tratamiento debe adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente. Las opciones terapéuticas incluyen el uso de ACO¹⁹, que combinan estrógenos y progesterona para restablecer el ciclo menstrual y mejorar síntomas como el acné y el hirsutismo, lo cual es crucial para prevenir patologías endometriales como el cáncer. La metformina, aunque tiene efectos leves a moderados en la regulación del ciclo menstrual y la reducción de los signos de hiperandrogenismo, es eficaz para mejorar la resistencia a la insulina y es ampliamente utilizada en casos de diabetes, además de ayudar en la pérdida de peso. Algunos fármacos para la pérdida de peso, como el péptido similar al glucagón-1 -GLP-1- han mostrado efectos beneficiosos a corto plazo en mujeres con SOP, aunque sus repercusiones a largo plazo en esta población aún no están claras. La cirugía bariátrica también es una opción a considerar en pacientes con obesidad con SOP, ya que puede revertir los signos y síntomas característicos del síndrome dependiendo del peso final después de la intervención. Estudios han demostrado mejoras significativas en el peso, los ciclos menstruales y el perfil hormonal y metabólico en mujeres que se sometieron a este tipo de cirugía. Según investigadores, la cirugía bariátrica debería ser una prioridad en pacientes con obesidad con SOP. (Calvo 2023)²⁰

El enfoque del tratamiento se dirige hacia la mejora de los síntomas y la calidad de vida de la paciente. La evidencia sólidamente establecida indica los efectos adversos del exceso de peso y la obesidad en mujeres que sufren del síndrome. Una reducción del 5 al 10% del peso corporal inicial ha demostrado mejorar la sensibilidad a la insulina y las funciones reproductivas en el corto plazo en mujeres con SOP que tienen sobrepeso. Esta pérdida de peso es fundamental para mejorar tanto la salud metabólica a corto plazo como a largo plazo. Este objetivo puede alcanzarse a través de intervenciones en el estilo de vida que busquen generar un déficit calórico durante un período de tiempo determinado. La literatura científica indica que es beneficioso

¹⁹ Anticonceptivos orales

²⁰ La autora Calvo, realizó un artículo en la revista "MLS Health and Nutrition Research", la cual tiene como objetivo la publicación de artículos de investigación y de revisión, dentro de la índole de salud y nutrición.

limitar la ingesta de azúcares y carbohidratos refinados, favoreciendo en su lugar productos con bajo índice glucémico para mejorar las funciones metabólicas. Asimismo, se sugiere dividir la ingesta de alimentos en comidas pequeñas y frecuentes, priorizando un desayuno con alta densidad calórica. (Muñoz Solano, 2022)

²¹

La adopción de cambios en el estilo de vida, como la alimentación y el ejercicio, se considera fundamental, especialmente aquellas que presentan obesidad general o abdominal. La evidencia respalda que incluso pequeños ajustes en el estilo de vida pueden brindar beneficios clínicos significativos, incluso si las mujeres continúan teniendo sobrepeso u obesidad. En términos de manejo dietético estándar para la obesidad y las condiciones médicas asociadas, se recomienda una dieta baja en grasas, con aproximadamente el 20% de la ingesta de energía proveniente de estas, un 10% de ácidos grasos saturados, un 15% de proteínas y un 55% de carbohidratos, priorizando el consumo de fibra y alimentos integrales. Un análisis ²² indicó que las modificaciones en el estilo de vida, que implican una reducción de 500 calorías diarias y ejercicio aeróbico progresivo durante 30 minutos al día, tres veces por semana, con un consumo inicial de energía de 1,050 kilojulios por semana que aumentaba a 4,200 kilojulios por semana, durante un periodo de tres meses, resultaron en una disminución de los niveles de glucosa e insulina en ayunas a corto plazo. (Huérfano, T., & Ortiz, M. 2016).²³

Se ha comprobado que seguir una dieta moderada-baja en carbohidratos, es decir, una dieta que represente aproximadamente un 43% del Valor Energético Total, conduce a la disminución de los niveles de insulina en ayunas en mujeres con dicho diagnóstico. Este cambio, con el tiempo, puede tener un impacto positivo en los resultados reproductivos y endocrinos. Se ha observado que incluso con una pérdida de peso moderada, aproximadamente del 4 al 5% del peso corporal, la dieta baja en carbohidratos puede mejorar hasta tres veces más la sensibilidad a la insulina en todo el cuerpo. Para determinarlo se realizó un ensayo clínico²⁴ en donde un grupo siguió una dieta hipocalórica convencional, donde el 15% de la ingesta diaria de energía provino de proteínas, mientras que el otro grupo recibió una dieta hipocalórica modificada con una mayor ingesta de proteínas y alimentos con baja carga glucémica, representando el 30% de la ingesta diaria de energía de proteínas junto con alimentos

²¹ La autora realizó este proyecto de graduación, para optar el grado de Licenciatura en Nutrición, en la Universidad de Costa Rica.

²² Análisis combinado de nueve estudios, que incluyó a un total de 538 mujeres con síndrome de ovario poliquístico

²³ Ambos autores fueron médicos Internistas – Endocrinóloga. Miembros de la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo.

²⁴ El ensayo duró 12 semanas, se reclutaron al azar a un total de 60 mujeres con sobrepeso, obesidad y síndrome de ovario poliquístico y se le asignó dos tipos de dietas hipocalórica

con baja carga glicémica. Los resultados indicaron que ambas dietas hipocalóricas lograron una reducción significativa en el peso corporal y los niveles de andrógenos. Sin embargo, se observó que la combinación de una mayor ingesta de proteínas y alimentos con baja carga glicémica en la dieta modificada produjo un aumento significativo en la sensibilidad a la insulina y una disminución en los niveles de proteína C reactiva de alta sensibilidad, en comparación con la dieta convencional (Porchia, , Hernandez-Garcia, et al. 2020)²⁵

La disminución del contenido calórico de la alimentación y la inclusión de alimentos con bajo índice glucémico han demostrado reducir la resistencia a la insulina, los niveles de insulina en ayunas, el colesterol total, las lipoproteínas de baja densidad (LDL), los triglicéridos, la circunferencia de la cintura y la testosterona total, en comparación con dietas con un alto índice glucémico, sin afectar la glucosa en ayunas, el colesterol HDL, el peso o el índice de andrógenos libres. Las dietas con un índice glucémico bajo pueden influir en las hormonas que regulan el apetito, como la ghrelina y el glucagón. Por otro lado, la inclusión de aceite de lino o linaza, rico en ácido α -linolénico, en la dieta ha demostrado tener efectos beneficiosos en este tratamiento debido a su relación con las hormonas esteroides. Además, los efectos positivos de la fibra dietética soluble en los ácidos grasos de cadena corta han demostrado tener beneficios metabólicos en la microbiota intestinal. Una modificación adicional de la dieta, mediante la adopción de una dieta cetogénica de bajo índice glucémico, ha mostrado mejorar el ciclo menstrual, reducir la glucosa en sangre y el peso corporal, así como mejorar la función hepática y el tratamiento del hígado graso en mujeres con síndrome de ovario poliquístico y disfunción hepática. (Meneses, K. 2023)²⁶

Los expertos del Centro Proncera Therapeutics indican que la dieta ejerce dos influencias principales sobre el síndrome de ovario poliquístico: el control del peso y la regulación de la producción y resistencia a la insulina. Por consiguiente, seguir una dieta que satisfaga las necesidades nutricionales, mantenga un peso adecuado y favorezca niveles óptimos de insulina puede contribuir al bienestar de las personas con dicho síndrome. El equipo de Proncera Therapeutics recomienda tres tipos de dietas que pueden ayudar a las personas con SOP a manejar sus síntomas. En primer lugar está la dieta de bajo índice glucémico, implica consumir alimentos cuyo índice glucémico es bajo, lo que significa que el cuerpo los digiere más lentamente. Los alimentos recomendados incluyen granos enteros, legumbres, frutos secos, semillas, frutas, vegetales con almidón y otros alimentos sin procesar. Otra alternativa

²⁵ Porchia corresponde al Departamento de Toxicología, Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, México City, Mexico

²⁶ Más allá de la alimentación, la autora también habla sobre la actividad física y el sueño, como los 3 pilares fundamentales para abordar el SOP.

es la dieta antiinflamatoria que se centra en consumir alimentos con propiedades antiinflamatorias, como frutas, pescados grasos, verduras de hoja verde y aceite de oliva virgen extra. Estos alimentos pueden contribuir a reducir los síntomas relacionados con la inflamación. (Guallo-Paca, 2020).²⁷

La dieta DASH -Dietary Approaches to Stop Hypertension-, diseñada originalmente para reducir el riesgo de enfermedades cardíacas, también puede ser beneficiosa para controlar los síntomas del SOP. Se caracteriza por ser rica en pescado, frutas, vegetales, granos enteros y lácteos bajos en grasa, mientras que se limitan los alimentos con alto contenido en grasas saturadas y azúcares añadidos. (Alejandro Montalván, 2016)²⁸

La Dieta Mediterránea, inicialmente definida por Ancel Keys en su estudio de los 7 países, se caracteriza por un alto consumo de aceite de oliva, vegetales, frutas, legumbres, frutos secos, cereales integrales, pescado y marisco, un consumo moderado de lácteos, carne y vino tinto, y un bajo consumo de dulces y grasas saturadas. Esta dieta se ha asociado con la prevención de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II, demencia y algunos tipos de cáncer, atribuyéndose en parte su efecto protector a su capacidad para reducir la grasa visceral y su acción antiinflamatoria. La Dieta Cetogénica, desarrollada en 1921 para tratar la epilepsia, consiste en una ingesta alta en grasas, moderada en proteínas y baja en carbohidratos. Este tipo de dieta induce cetosis, similar al estado fisiológico durante el ayuno, lo que se traduce en la producción de cuerpos cetónicos a partir de ácidos grasos. Con un consumo limitado de carbohidratos, aproximadamente entre 40 y 50 g al día, la dieta cetogénica reduce la glucemia²⁹ y la insulina en sangre al disminuir el glucógeno hepático y muscular. Esta dieta se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II, la obesidad, el síndrome metabólico, así como otras condiciones como el hiperinsulinismo congénito o el hígado graso no alcohólico. (Calvo 2023)³⁰

Flores Contreras, Y. (2019).³¹ Plantea una dieta donde recomienda el consumo de verduras ya que son una fuente rica de fibra, vitaminas, minerales y antioxidantes,

²⁷ El objetivo de su revisión bibliográfica fue identificar los enfoques teóricos y las investigaciones relacionadas con la alimentación en adolescentes diagnosticadas con síndrome de ovario poliquístico.

²⁸ Dicho autor llevó a cabo una investigación de naturaleza descriptiva y transversal, la cual incluyó a un total de 2152 pacientes que asistieron a la consulta externa del servicio de Ginecología del HMYMV-Loja, durante el periodo comprendido desde agosto de 2015 hasta enero de 2016. Dentro de esta muestra, se identificó un grupo de 48 pacientes que fueron diagnosticadas con el Síndrome de Ovario Poliquístico.

²⁹ Se llevaron a cabo tres estudios sin grupo control que fueron analizados, y estos mostraron una mejoría en los indicadores bioquímicos asociados con la glucemia en sangre luego de seguir una dieta hipocalórica cetogénica.

³⁰ Revisión de investigación, realizada en la Universidad Europea del Atlántico.

³¹ Licenciada en Nutrición por la Universidad Autónoma del Estado de México y maestra en Ciencias de la Nutrición, Actividad Física y Salud Pública por la Universidad de Bristol, en Reino Unido. Además, es especialista en síndrome de ovario poliquístico

por lo que es recomendable incluir una variedad de verduras de diferentes colores. Algunos ejemplos de proteínas de origen animal incluyen: pescado, especialmente los azules, que es rico en ácidos grasos omega-3, conocidos por sus propiedades antiinflamatorias, se recomienda consumir al menos dos veces por semana; además de res, huevo, pollo, cerdo y mariscos. Clasifica a la papa dentro del grupo de los carbohidratos debido a su alto contenido de almidón. Y en lo que respecta a los carbohidratos, se destaca la importancia tanto de la cantidad como de la calidad de estos en el tratamiento, dado que afectan los niveles de glucosa en la sangre y, por consiguiente, la insulina. Se sugiere una dieta que contenga carbohidratos complejos y con una carga glucémica baja. Ejemplos de alimentos que se pueden incluir en pequeñas porciones son: arroz integral, quinoa, avena, batata, zanahoria y frutas, especialmente moras. Las cantidades de alimentos a consumir deben adaptarse a las características individuales de cada mujer y a su nivel de actividad física. Es fundamental eliminar el azúcar agregada de la dieta, lo que implica limitar el consumo de bebidas azucaradas, pan dulce, pasteles, galletas, dulces, chocolates, jarabes y alimentos procesados. Las pacientes con SOP suelen responder positivamente al tratamiento nutricional, el cual debe ser diseñado por un profesional especializado en nutrición. Además, es importante incorporar un plan de ejercicio orientado a los objetivos y técnicas de manejo del estrés y cuidado de la salud mental para lograr el éxito en el tratamiento.

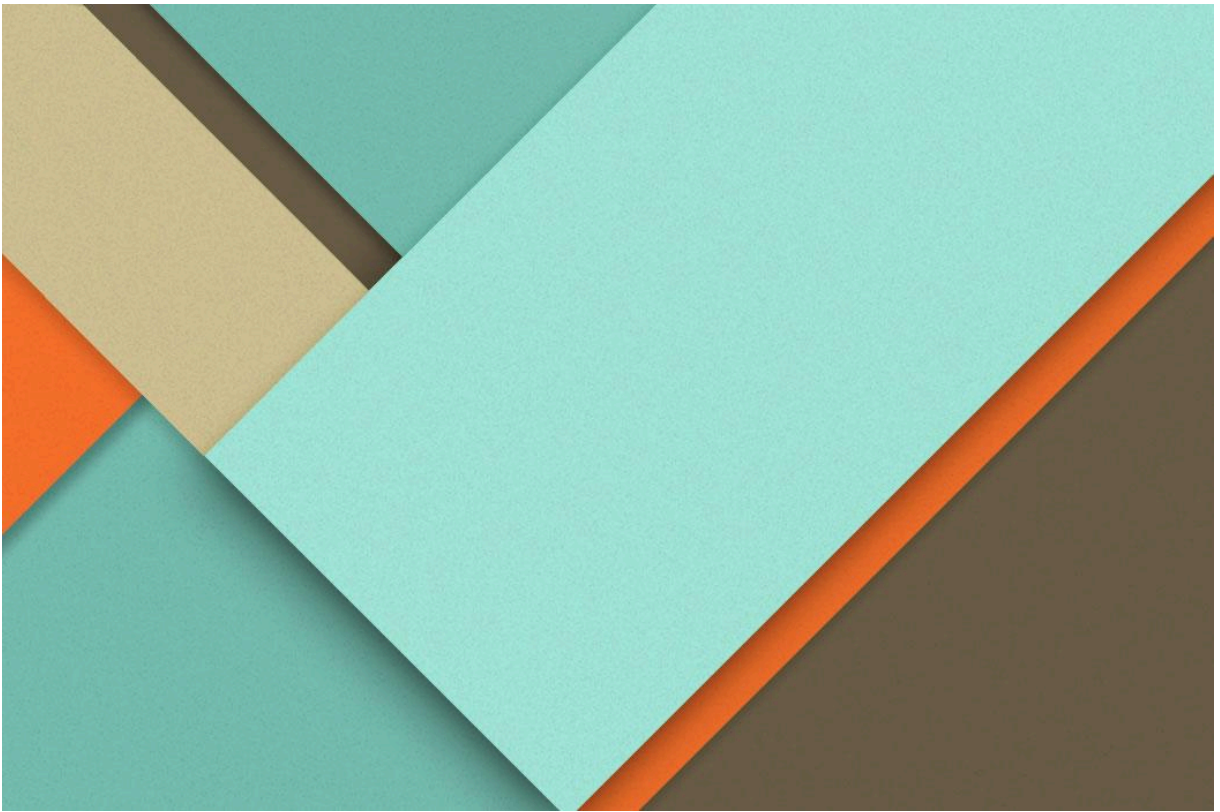
Se llevó a cabo una investigación con el propósito de determinar si factores biológicos como la edad y el Índice de Masa Corporal -IMC- guardan relación con el síndrome de ovario poliquístico en mujeres atendidas en el hospital de Pacasmayo. Además, se buscó determinar si factores clínicos como el hiperandrogenismo clínico o de laboratorio, la oligo/anovulación y la presencia de ovarios poliquísticos en ecografías están asociados con dicho síndrome en estas mujeres. También se indagó si comorbilidades como la diabetes tipo 2, la obesidad, la hipertensión arterial y la enfermedad de hígado graso no alcohólico tienen alguna relación con el síndrome de ovario poliquístico en este contexto hospitalario. De los aspectos biológicos, sólo el IMC está vinculado con el síndrome de ovario poliquístico en mujeres de un hospital en Pacasmayo, con mayor prevalencia observada en casos de obesidad, con un 21.6%. En cuanto a los factores clínicos, se encontró que la frecuencia de asociación es del 22.5% para el hiperandrogenismo, del 24.3% para el oligo/anovulación, y del 28.8% para ovarios poliquísticos detectados mediante ecografía. Respecto a las

comorbilidades relacionadas, solo la obesidad 22.5% y la esteatosis hepática no alcohólica 16.2%, demostraron una relevancia significativa. (Cerna Romero,. 2023).³²

Chasin y Marrero (2022)³³ indican que la condición de obesidad, con un Índice de Masa Corporal- IMC-superior a 30 kg/m², y el sobrepeso, con un IMC entre 25 y 29.9 kg/m², empeoran el síndrome y afectan a aproximadamente el 80 % de las mujeres con esta afección. El síndrome de ovario poliquístico incrementa hasta tres veces la probabilidad de padecer sobrepeso u obesidad. Ambas condiciones contribuyen a los rasgos clínicos y cardiovasculares típicos del SOP.

³² Esta población estuvo constituida por todas las mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología de un Hospital de Pacasmayo. Se logró obtener 111 HCL de mujeres con diagnóstico de SOP. La técnica fue el análisis de las HCL y el instrumento fue un cuestionario de recolección de datos

³³ Médico Cirujano, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Manabí




MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se desarrolla en forma descriptiva, transversal con un diseño no experimental. Se trata de un estudio descriptivo ya que está dirigido a determinar el estado o situación de las variables que se estudian en la población y describe los hechos como son observados. Se enfoca en la recolección de datos , de manera independiente o conjunta sobre conceptos o variables. Es transversal ya que se estudian las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. Es un tipo de diseño no experimental dado que no se manipulan variables, si no que se observan situaciones ya existentes. La población son todas las mujeres de 18 a 35 años con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico residentes de Mar del Plata. La unidad de analisis es cada una de las personas de sexo femenino de 18 a 35 años que residan en Mar del Plata en el año 2024,. La muestra seleccionada de forma no probabilística por conveniencia fue de 31 .mujeres de 18 a 35 años con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico residentes de Mar del Plata

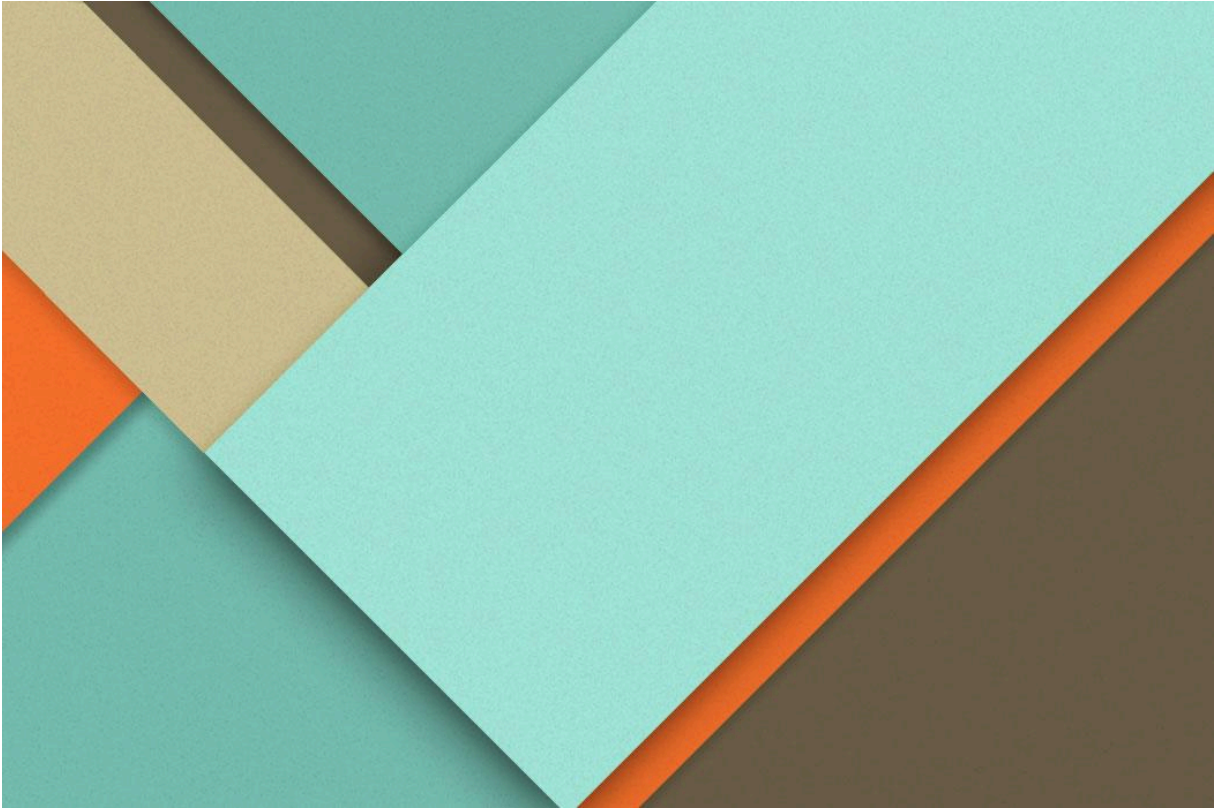
Las variables sujetas a estudio son las siguientes:

- Edad
- Estado nutricional
- Residencia
- Presencia de diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico
- Antigüedad del diagnóstico
- Presencia y tipo de síntoma
- Presencia y tipo de tratamiento que recibe para el síndrome
- Presencia de variaciones de peso
- Antecedentes familiares de síndrome de ovario poliquístico
- Antecedentes familiares de insulinoresistencia
- Antecedentes familiar de diabetes
- Presencia y tipo de actividad física realizada
- Frecuencia de la actividad
- Tipo de dieta que realiza
- Presencia de asistencia a nutricionista
- Hábitos alimentarios
- Frecuencias de las comidas
- Frecuencia de consumo de hidratos de carbono simples, complejo y fibra
- Frecuencia de consumo de alimentos con alto índice glucémico
- Presencia de síntomas ante ingesta de hidratos de carbono
- Recomendaciones recibidas ante el diagnóstico sobre alimentación



Se lo invita a participar de la presente investigación perteneciente a Maite Sverljuga, alumna de la Universidad FASTA, que tiene el objetivo de analizar los Factores Asociados al Sobrepeso en Mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico en Mar del Plata. Su participación es totalmente voluntaria, y la misma no implica riesgo a su persona, no le generará ningún tipo de malestar y tampoco implica gasto alguno. Los datos obtenidos son de absoluta confidencialidad, según lo indicado por la Ley 17.622. En esta etapa de recolección de datos para el estudio se le solicitará que complete una encuesta. Su participación es fundamental ya que permitirá incrementar los conocimientos que se tienen sobre dicha temática, pudiéndose presentar estos datos en la tesis y en caso posible, en revista avalada por la comunidad científica o congreso.

Si usted contesta esta encuesta, es que está dando su consentimiento.

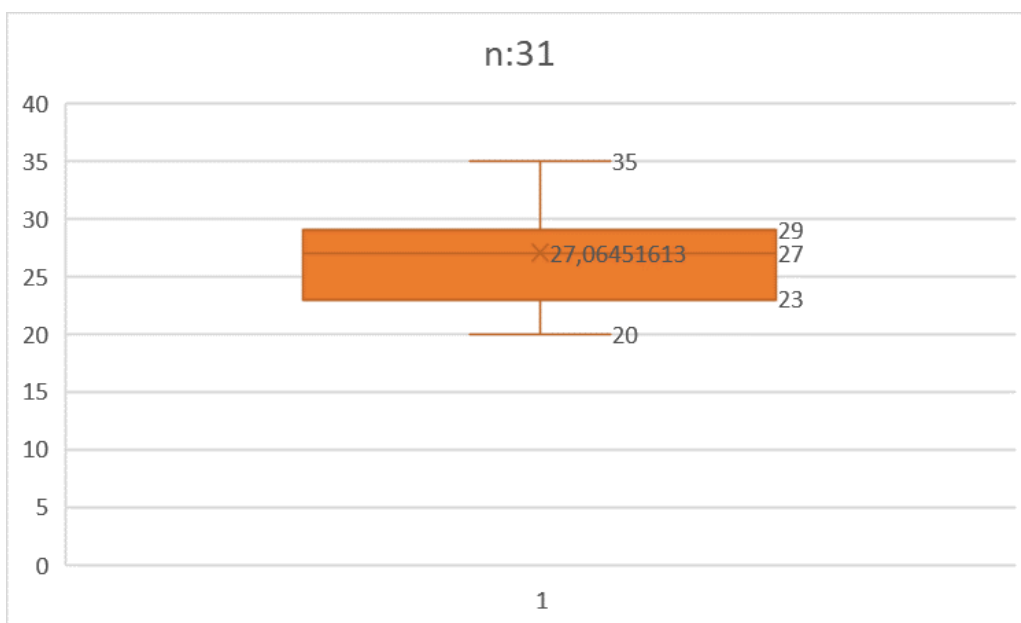


RESULTADOS

Se encontró a través de un formulario online a una muestra de 31 mujeres con diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico en la Ciudad de Mar del Plata. los resultados se reflejan a continuación:

En principio se les consultó la edad

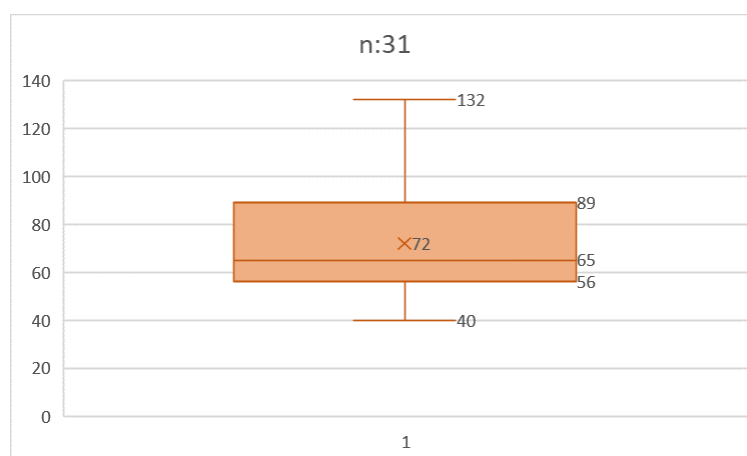
Gráfico N°1 **Edad**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

En este box plot se identifican cinco medidas descriptivas La edad mínima fue de 23 años; la edad máxima fue de 29 años y la edad media de 27,06 años, el valor atípico superior corresponde a 30 años y el que corresponde más allá del límite inferior fue de 20 años³⁴ en

Gráfico N°2 **Peso percibido kg**

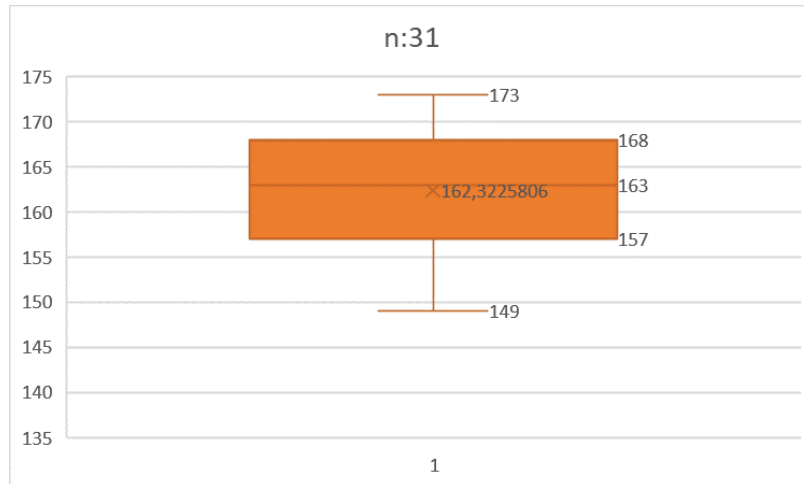


Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

³⁴ Si está interesado en profundizar sobre este tipo de grafico se sugiere la lectura de <https://www.pgconocimiento.com/diagrama-boxplot/>

En este box plot se identifican cinco medidas descriptivas. El peso máximo fue de 89 kg, el peso mínimo fue de 56 kg y el peso medio fue de 65 kg, el valor atípico superior corresponde a 132 kg y el que corresponde más allá del límite inferior fue 40kg

Gráfico N°3 Talla percibida (cm)



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

En este box plot se identifican cinco medidas descriptivas. La talla máxima fue de 168 cm, la mínima de 157cm y la media de 157, el valor atípico superior corresponde a 173cm y el que corresponde más allá del límite inferior fue de 149cm

Tabla N°1 Índice de masa corporal de pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico

UNIDAD DE ANÁLISIS	PESO	TALLA	IMC	CLASIFICACIÓN SEGÚN OMS
UA 1	75	171	25,6	Sobrepeso
UA 2	58	164	21,8	Normopeso
UA 3	62	169	21,7	Normopeso
UA 4	98	160	38,2	Obesidad
UA 5	65	1,56	26,6	Sobrepeso
UA 6	73	1,65	26,8	Sobrepeso
UA 7	91	170	31,4	Obesidad
UA 8	71	1,61	27,4	Sobrepeso
UA 9	52	1,52	22,5	Normopeso
UA 10	63	1.70	21,8	Normopeso
UA 11	75	155	31,2	Obesidad
UA 12	75	1.65	27,5	Sobrepeso
UA 13	51	153	21,7	Normopeso
UA 14	58	1,69	20,3	Normopeso
UA 15	50	162	19	Normopeso
UA 16	56	1,54	23,6	Normopeso
UA 17	104	167	37,32	Obesidad
UA 18	65	1.57	26,4	Sobrepeso
UA 19	39.800	1.49	17,9	Bajo peso
UA 20	89	165	32,6	Obesidad
UA 21	62	1.60	24,2	Normopeso
UA 22	101	173	33,72	Obesidad
UA 23	132	170	45,6	Obesidad
UA 24	53	1,62	20,2	Normopeso
UA 25	94	1.58	37,6	Obesidad
UA 26	88	163	33	Obesidad
UA 27	100	165	36,7	Obesidad
UA 28	68	168	24,1	Normopeso
UA 29	54	155	22,47	Normopeso
UA 30	64	161	24,69	Normopeso
UA 31	46	163	17,3	Bajo peso

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

De las 31 personas encuestadas, hay 13 mujeres con normopeso; 2 personas con bajo peso; 6 personas con sobrepeso; y 10 personas con obesidad, quiere decir que 16 de ellas presentaban un estado nutricional desbalanceado.

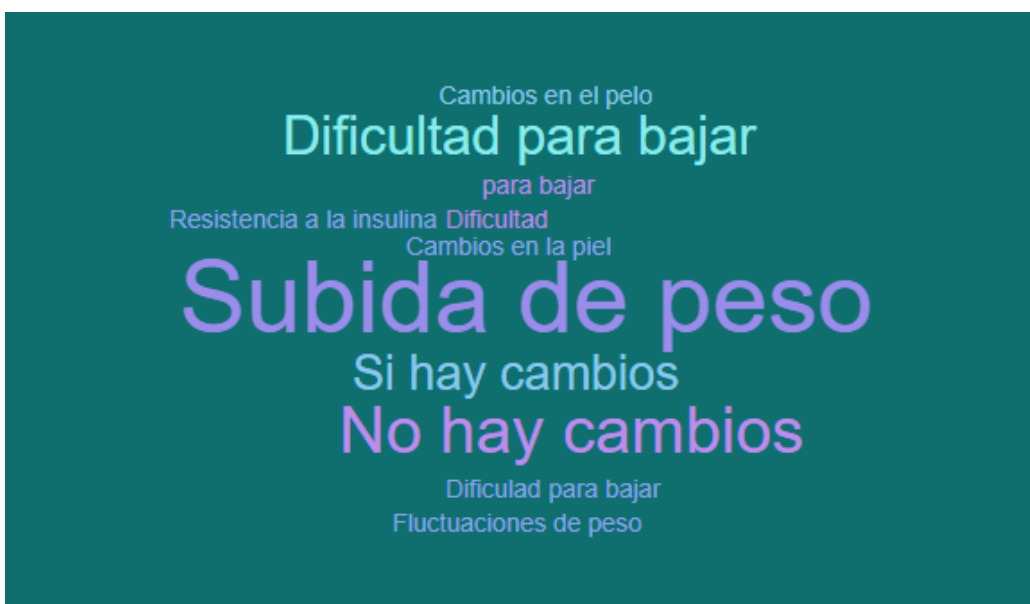
TABLA N°2 Cambios percibidos en el peso a partir del diagnóstico de SOP

UNIDAD DE ANÁLISIS	RESPUESTA
UA 1	Si, aumentos repentinos sin cambiar la dieta
UA 2	Si, subida y bajada de peso , cambios en el cabello y en la piel
UA 3	Si, he empezado a engordar y me cuesta mucho bajar de peso
UA 4	Si, aumento de peso excesivo y dificultad para bajar
UA 5	Si. Comencé a tomar pastillas anticonceptivas y cambio de alimentación . A partir de eso mejoraron los síntomas.
UA 6	Si, aumento de peso y dificultad para bajarlo
UA 7	No , no noté cambios en mi peso
UA 8	Empecé con los anticonceptivos a los 16 debido al SOP para regular y que me llegara la menstruación. Durante 9 años los tomé y cambié al anillo (lo utilice por 2 años y lo deje porque era incómodo). A los 27 empecé con los parches y decidí dejarlos porque subí mucho de peso , llegué a subir 10 kilos sobre mi peso normal. A pesar de ello, desde chica siempre hice mucho deporte (hasta ahora en realidad) pero siempre me costaba bajar la grasa del abdomen y de las piernas .
UA 9	Si, subida de peso de la nada y dificultad para bajar el mismo .
UA 10	si, aumente unos 8 kilos en los últimos meses
UA 11	No
UA 12	no
UA 13	Si
UA 14	Si, mucho aumento de peso , cambios en mi ciclo menstrual (irregularidades), dificultad para quedar embarazada, resistencia a la insulina
UA 15	Si, subí más de peso y se me dificulta bajarlos
UA 16	No
UA 17	Si. Aumento de peso con dificultad de bajar de peso luego
UA 18	No

UA 19	Si
UA 20	No
UA 21	Si, subo de peso muy rápidamente y me es super difícil bajar
UA 22	No
UA 23	No
UA 24	Si
UA 25	Noté cambios cuando hice el tratamiento con anticonceptivo. Pero hace como 3 años que mi peso no baja ni aumenta.
UA 26	No
UA 27	No

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

Nube de palabras N° 1 Cambios percibidos en el peso a partir del diagnóstico de SOP

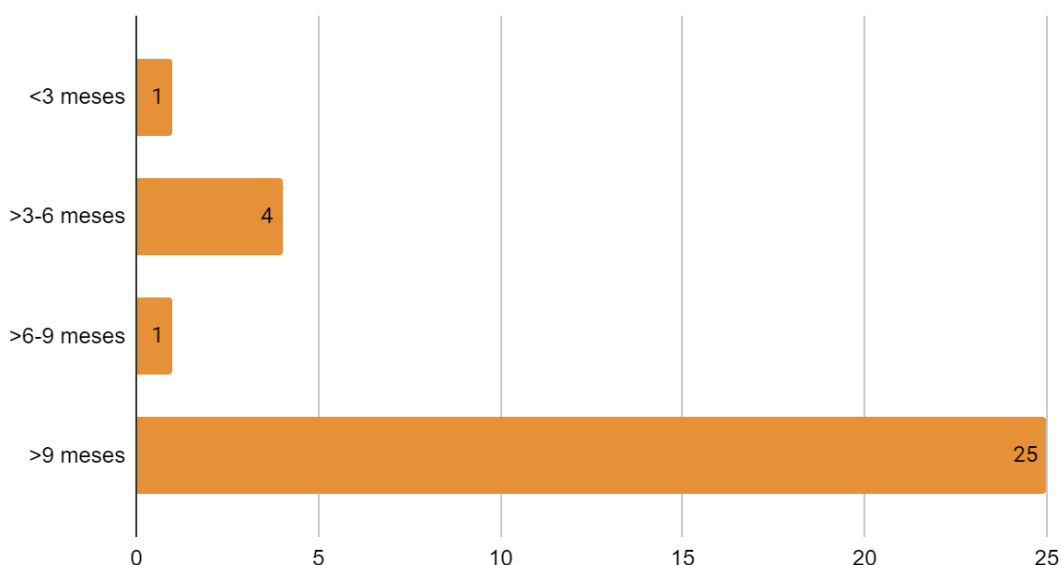


Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

De las 27 personas que respondieron la encuesta, 16 de ellas afirman que subieron de peso, respuestas como “Si, aumentos repentinos sin cambiar la dieta”; “Si , he empezado a engordar y me cuesta mucho bajar de peso” son los que ellas detallan. Por el contrario, 10 de ellas nos afirman que no notaron cambios en su peso.

Gráfico N°4 Antigüedad del diagnóstico

n:31



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

De las 31 personas encuestadas que tienen síndrome de ovario poliquístico, 1 persona recibió el diagnóstico hace menos de 3 meses, 4 personas lo recibieron hace 3 o 6 meses, 1 persona lo recibió hace 3 o 6 meses y 25 personas lo recibieron hace más de 9 meses

TABLA N°3 Síntomas percibidos

(n:31)

UNIDAD DE ANÁLISIS	RESPUESTA
UA 1	Periodos sin menstruación, vello excesivo en zonas no comunes, acumulación de grasa en zona abdominal
UA 2	Cambios en el peso
UA 3	no por que estoy con tratamiento hormonal
UA 4	Si, resistencia a la insulina, acné, crecimiento del vello, irregularidades menstruales, etc
UA 5	Por el momento no.
UA 6	No
UA 7	Si, amenorrea y aumento de peso.
UA 8	No, tomo pastillas anticonceptivas
UA 9	No,

UA 10	Si. Soy 100% irregular, deje los anticonceptivos y con la ayuda de mi ginecóloga me suministran unos sobres que tienen inositol y ácido fólico, que cumplen la función de controlar la irregularidad menstrual y mejora la resistencia a la insulina, por tanto algunos meses si menstruó y otros no. Sigo siendo irregular pero en menor grado.
UA 11	Dificultad para bajar de peso, periodos muy irregulares
UA 12	hirsutismo, sobrepeso
UA 13	Acné, hirsutismo
UA 14	menstruaciones irregulares, quistes en los ovarios
UA 15	Si
UA 16	Aumento de peso
UA 17	No
UA 18	Pérdida de pelo
UA 19	Sobrepeso. Dismenorrea. Metrorragia
UA 20	Dolores intensos cuando tengo el periodo
UA 21	Si. Estoy en búsqueda de embarazo por lo que me tuvieron que elevar medicaciones (Metformina, ya que la insulina resistencia que tengo está relacionada directamente con el SOP) para que no se junten pequeños cogulitos y que me pueda venir todos los meses.
UA 22	Si
UA 23	Dolor fuerte al momento de la ovulación
UA 24	Si, períodos irregulares, vello facial, cambios bruscos en el peso, problemas hormonales y metabólicos
UA 25	Sobrepeso (desde antes de establecerse el diagnóstico), insulina alta, insomnio, estrés
UA 26	No
UA 27	No
UA 28	Las veces siento dolores en el ovario, muchas acnés y muchos cólicos
UA 29	Dolor de ovarios si no tomo pastillas
UA 30	Si amenorrea

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

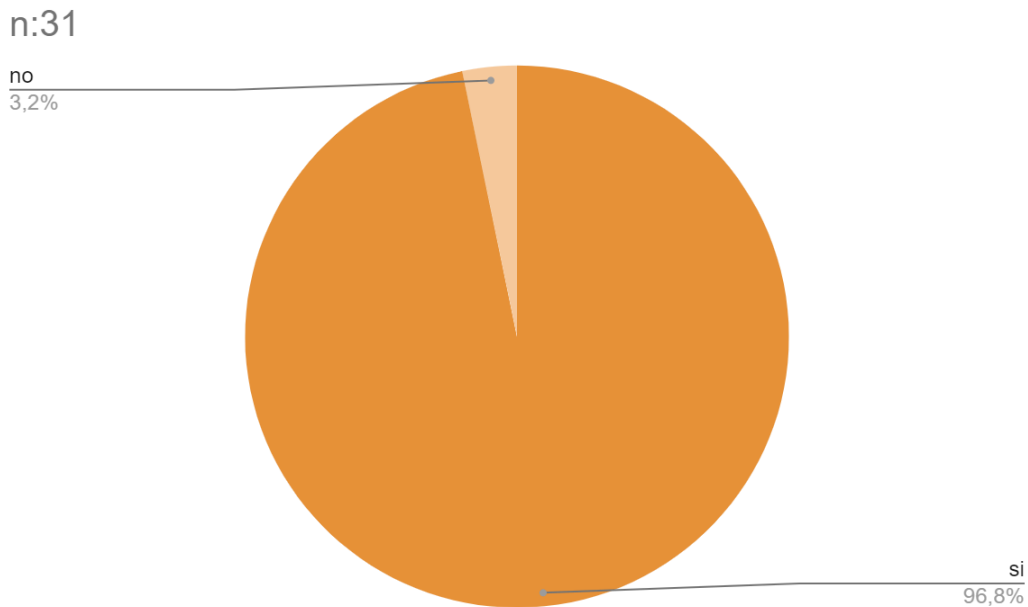
Nube de palabras N°2: **Síntomas percibidos**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

22 encuestadas resaltaron que sí tienen síntomas asociados al diagnóstico, tales como “cambios en el peso”, “resistencia a la insulina, acné, crecimiento del vello, irregularidades menstruales”, “dismenorrea, metrorragia”, “amenorrea”, entre otras. Por otro lado, 8 de ellas afirman que no tienen síntomas percibidos, y dentro de una de las mismas, nos comenta que no tiene síntomas porque se encuentra con “tratamiento hormonal”

Gráfico N°5 **Presencia de tratamiento para SOP**



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

31 personas respondieron la encuesta, de la misma 29 personas recibieron tratamiento mientras que 2, no lo hicieron.

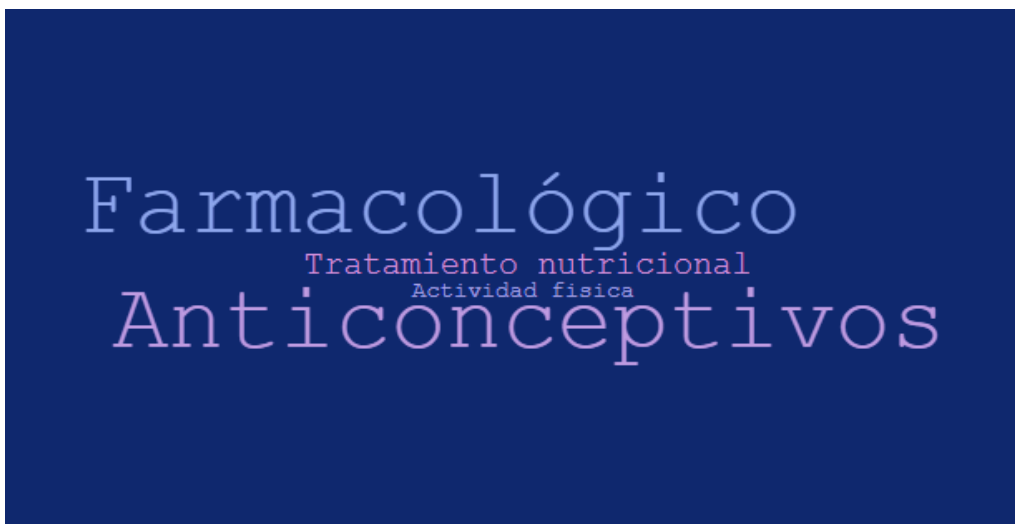
TABLA N°4 Tipo de tratamiento recibido (n:29)

UNIDAD DE ANÁLISIS	RESPUESTA
UA 1	Anticonceptivos
UA 2	Anticonceptivos
UA 3	farmacológico
UA 4	Pastillas anticonceptivas, y "dieta y deporte"
UA 5	Pastillas anticonceptivas
UA 6	Anticonceptivos
UA 7	Farmacológico
UA 8	Farmacológica, pastillas anticonceptivas
UA 9	Farmacológicos
UA 10	Lo que mencioné anteriormente, anticonceptivos y el suplemento. Se llama Neo Life por si necesitan googlearlo y los componentes son inositol y ácido fólico!
UA 11	Solo me recetaron las pastillas anticonceptivas marca DIVINA, nada más...

UA 12	farmacológico
UA 13	Farmacológico
UA 14	farmacológico, pastillas anticonceptivas
UA 15	Farmacológico
UA 16	Farmacológico anticonceptivo
UA 17	Nutricional
UA 18	Farmacológico
UA 19	Farmacológico con anticonceptivos combinados (en primer término orales, luego anillo vaginal)
UA 20	Pastillas anticonceptivas
UA 21	Farmacológicos por el tema de la insulina resistencia. Obviamente la alimentación también influye.
UA 22	Ambos
UA 23	Farmacológico
UA 24	Lo único que me da como "tratamiento" mi ginecóloga es tomar pastillas anticonceptivas, pero no siempre funciona del todo bien porque si bien en las ecografías no salen quistes, mis periodos siguen siendo irregulares
UA 25	Pastillas anticonceptivas (método abandonado actualmente)
UA 26	Farmacológico, con anticonceptivos específicos. Junto a un nutricionista aparte.
UA 27	Anticonceptivos orales, y ahora siu mirena
UA 28	Farmacológico
UA 29	Farmacológico

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

Nube de palabras N°3: Tipo de tratamiento recibido



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

De las 29 personas que respondieron la encuesta, 16 de ellas respondieron que realizan tratamiento “farmacológico”, 16 de ellas también confirman que realizan tratamiento con “pastillas anticonceptivas”; como también hay respuestas como que reciben tratamiento “nutricional”, “deporte”.

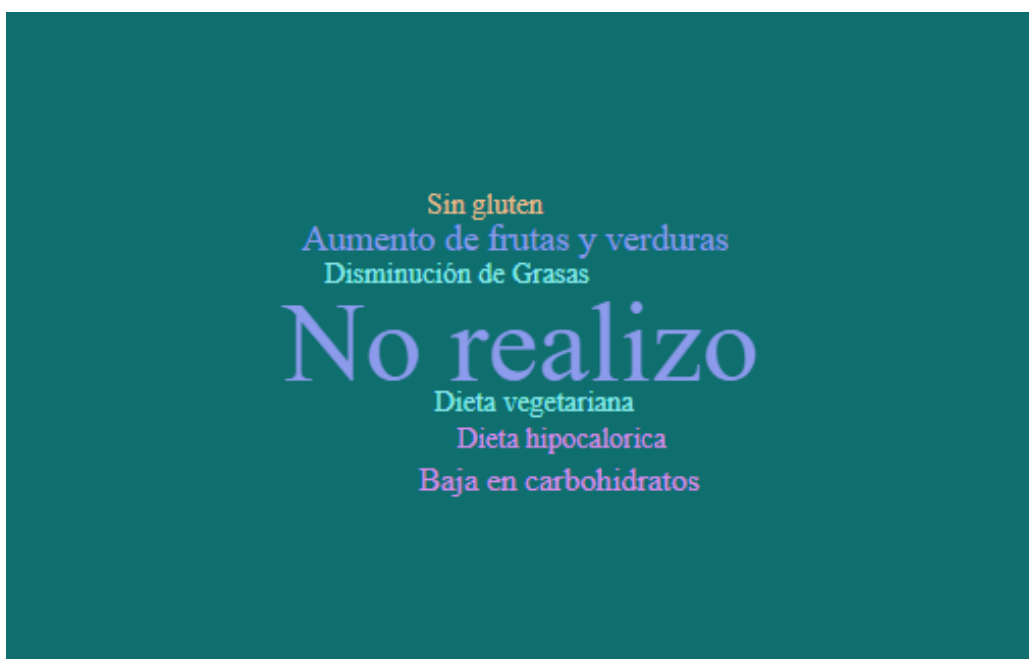
TABLA N°5 Tipo de dieta realizada (n:30)

UNIDAD DE ANÁLISIS	RESPUESTA
UA 1	Si, reducida totalmente en productos ultra procesados, baja en hidratos simples y suplementarios vitamínica y vit d
UA 2	Sin gluten porque soy celiaca tmb
UA 3	vegetariana
UA 4	Si, pero no es específica, es dieta para bajar de peso
UA 5	Por el momento, intento tener una alimentación equilibrada sin ninguna restricción.
UA 6	No
UA 7	Si, menor cantidad de carbohidratos y mayor ingesta de fibra/vegetales
UA 8	No (intentar comer menos hidratos de carbono)
UA 9	No

UA 10	No, ninguna. Intento hacer deporte y comer "saludable" muchas frutas, verduras, proteína. Pero siempre como dulces (golosinas)
UA 11	No, solo me cuido con la comida y evito comer en exceso.
UA 12	no
UA 13	No
UA 14	no
UA 15	No
UA 16	No
UA 17	Evitar grasas, mucho vegetal y fruta, horarios de comidas, y cantidades
UA 18	No ninguna
UA 19	No
UA 20	No. Pero cuando deje harina y azúcar no tenia sintomas
UA 21	No. Solo tener conciencia de cantidades ya que al subir de peso se ve afectado el ciclo menstrual.
UA 22	No
UA 23	No
UA 24	No
UA 25	No
UA 26	Ahora ya no, pero en su momento cuando me lo detectaron sí.
UA 27	No
UA 28	No
UA 29	No
UA 30	No

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

Nube de palabras N°4: Tipo de dieta realizada

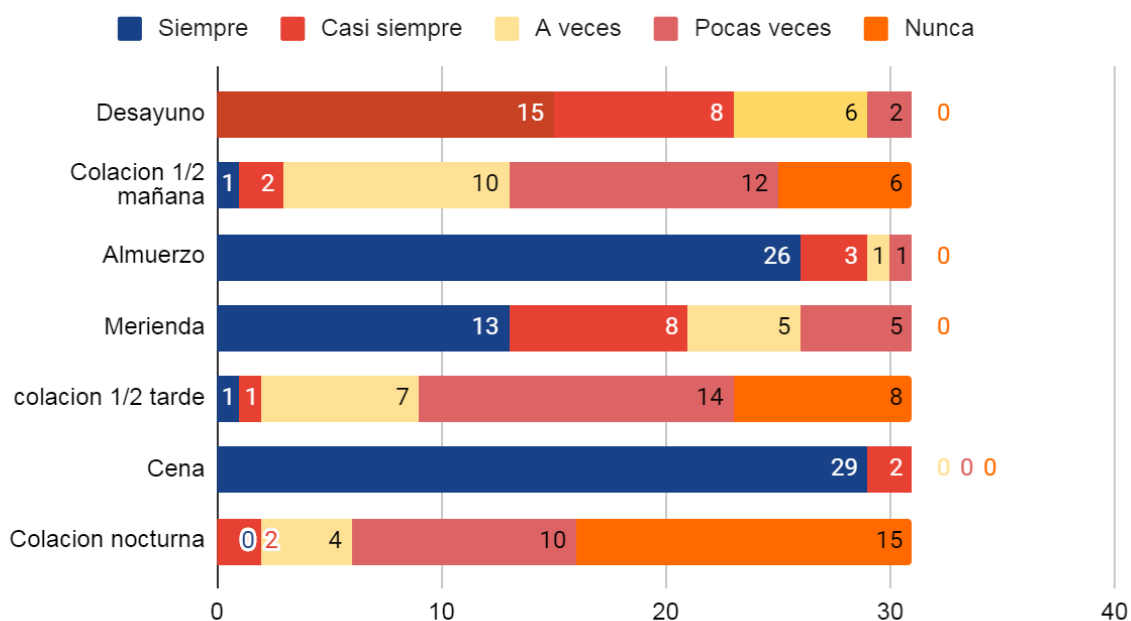


Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

30 personas respondieron si realizan algún tipo de alimentación específica, dentro de las cuales hay respuestas como "Si, reducida totalmente en productos ultra procesados, baja en hidratos simples y suplementarios vitamínica y vit d", "Si, menor cantidad de carbohidratos y mayor ingesta de fibra/vegetales", "Evitar grasas, mucho vegetal y fruta, horarios de comidas, y cantidades"; como también respuestas como "Ahora ya no, pero en su momento cuando me lo detectaron si", "No ninguna", "Por el momento, intento tener una alimentación equilibrada sin ninguna restricción".

Frecuencia de comidas principales

n:31

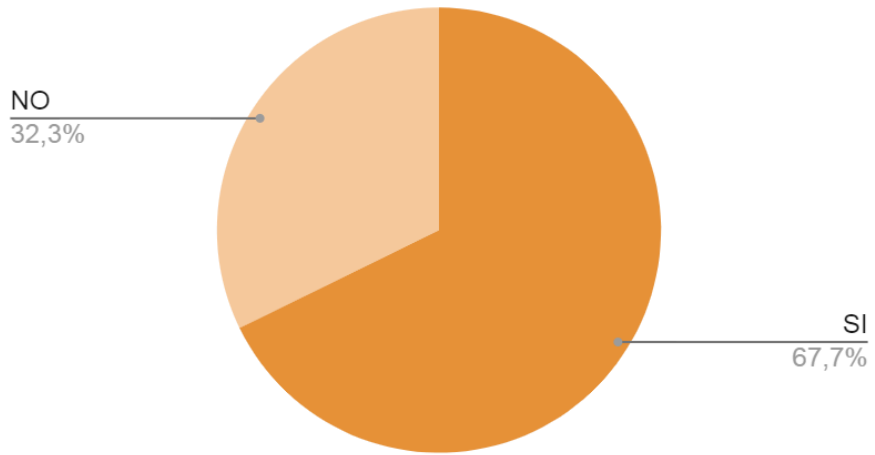


Fuente: Elaborado a partir de datos de Investigación

De las 31 personas encuestadas, el desayuno lo realizan siempre 15 personas “a veces” 6 personas, “casi siempre” 8 personas y “pocas veces” 2 personas. La colación de media mañana la realizan siempre 1 persona. Mientras que 2 personas indicaron que lo realizan “casi siempre”, 10 personas indican que “a veces”, 6 personas indican que “nunca” y 12 personas que lo consumen “pocas veces”. Con respecto al almuerzo lo realiza “siempre” 26 personas de las mismas, “casi siempre” 3 personas de ellas, “pocas veces” 1 persona y “a veces” 1 persona. La merienda la consumen “siempre” 13 personas, 8 personas indican que la consumen “casi siempre”, “pocas veces” 5 personas, 5 personas indicaron que la consumen “a veces”. La colación de media tarde la consume 1 persona “siempre”, 1 persona la consume “casi siempre”, 7 personas indican que “a veces”, 17 personas indican que “pocas veces” y 8 personas que no la consumen. La cena indicaron que 29 la consumen “siempre”, y 2 personas que “casi siempre”. Con respecto a la colación nocturna, 15 personas indican que “nunca” realizan colación nocturna, 10 personas indican que “pocas veces”, 4 personas que la consumen “a veces” y 2 personas que la consumen “casi siempre”.

Gráfico N°7 **Presencia de AF**

n:31

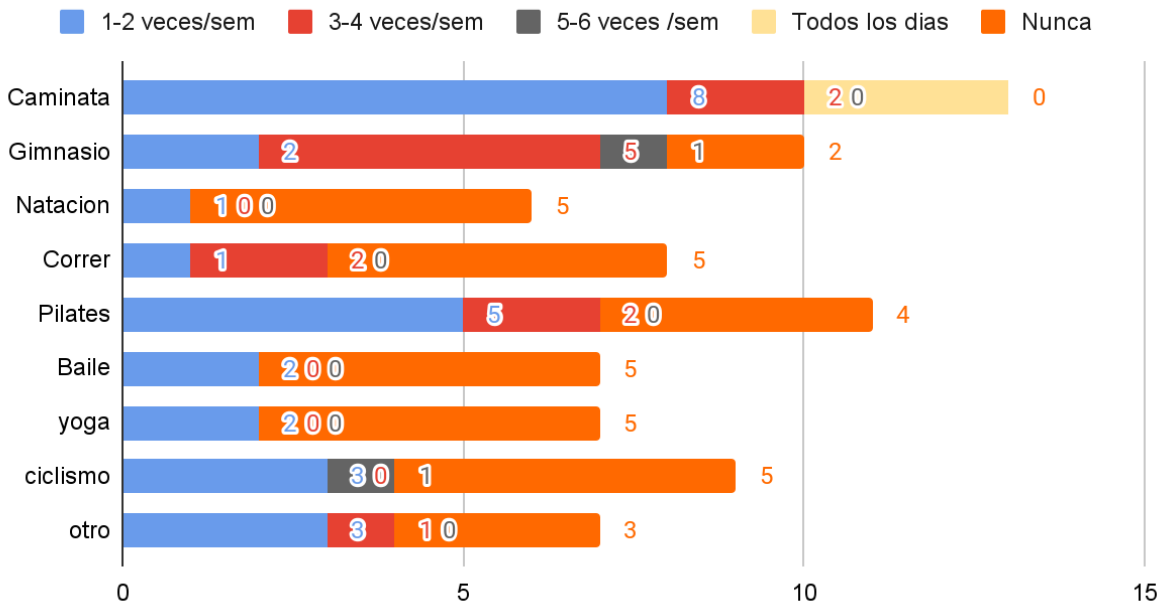


Fuente: Elaborado a partir de datos de Investigación

De las 31 personas que respondieron la encuesta, 21 de ellas realizan actividad física y 10 personas no realizan

Gráfico N°8 Tipo de actividad física

n:23

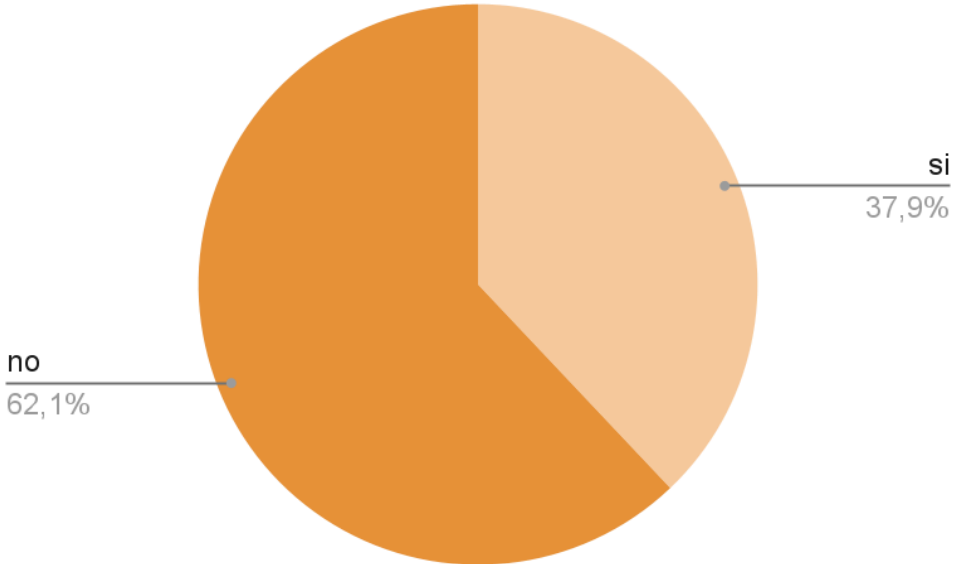


Fuente: Elaborado a partir de datos de Investigación

Dentro de las personas que realizan actividad física, la actividad más frecuente es la caminata (13 personas) y el gimnasio (8 personas), seguido por el pilates (7 personas). De las que menos se frecuentan el ciclismo (3 personas), correr (3 personas) , yoga (2

personas) , baile (2 personas, “otras” actividades de las cuales no son detalladas 4 personas. En cuanto a la frecuencia más repetida es la de 1 o 2 veces a la semana, seguida por 3 o 4 veces por semana.

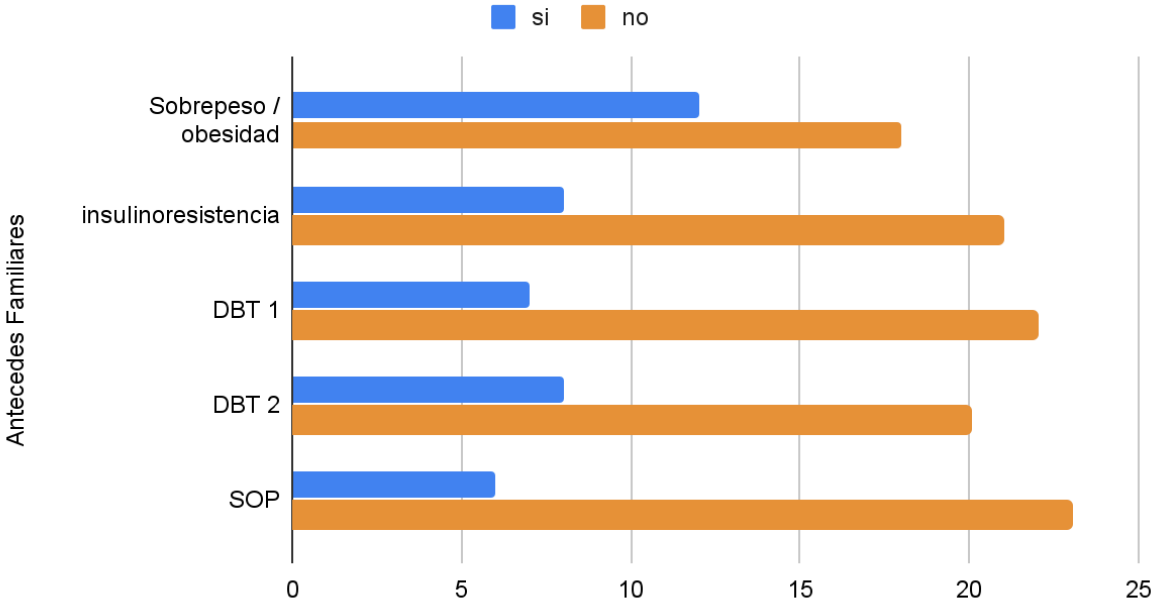
GRÁFICO N°6 Seguimiento médico-nutricional



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

29 personas respondieron la encuesta, de la misma 11 personas recibieron un seguimiento médico-nutricional mientras que 18 no lo hicieron.

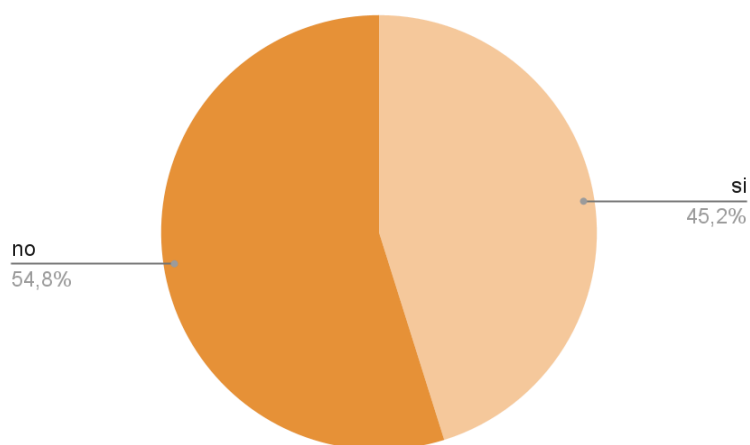
GRAFICO N°7 Antecedentes familiares



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

En cuanto al antecedente familiar más alto de las 31 personas encuestadas fue el de sobrepeso/obesidad (12 personas), seguido de insulinoresistencia (8 personas), luego de diabetes tipo 1 (7 personas), Diabetes tipo 2 (8 personas) y SOP (6 personas).

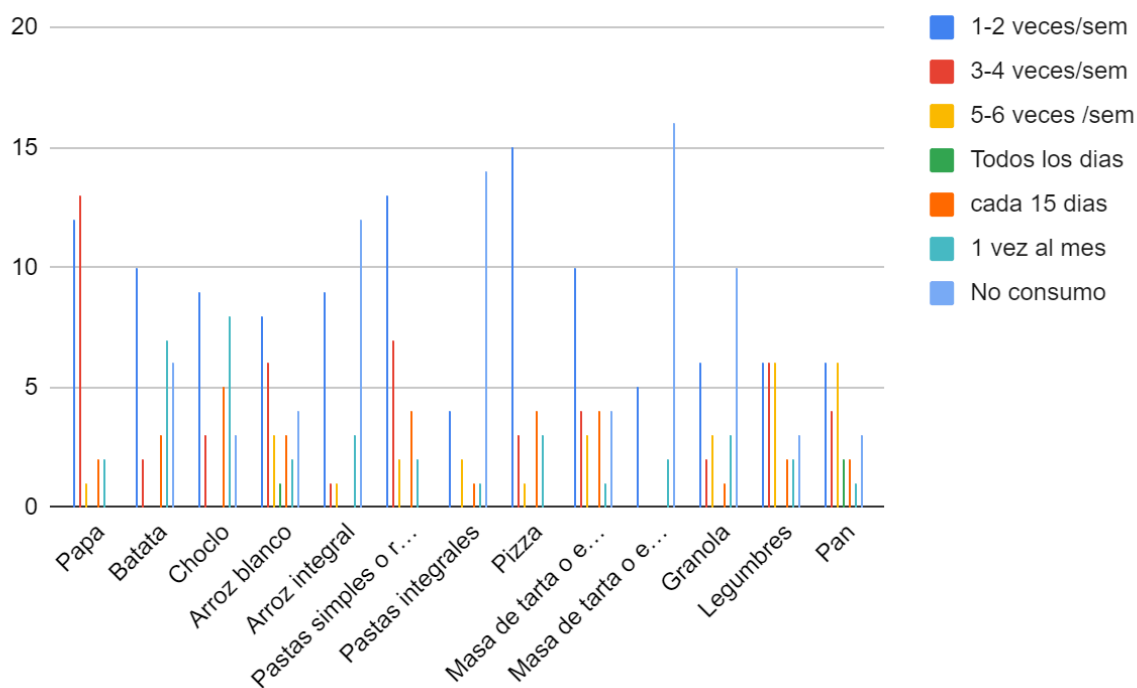
GRÁFICO N°8 Diagnóstico de insulinoresistencia



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

31 personas respondieron la encuesta, de la misma 14 personas presentan insulinoresistencia, mientras que 17 personas no lo hacen.

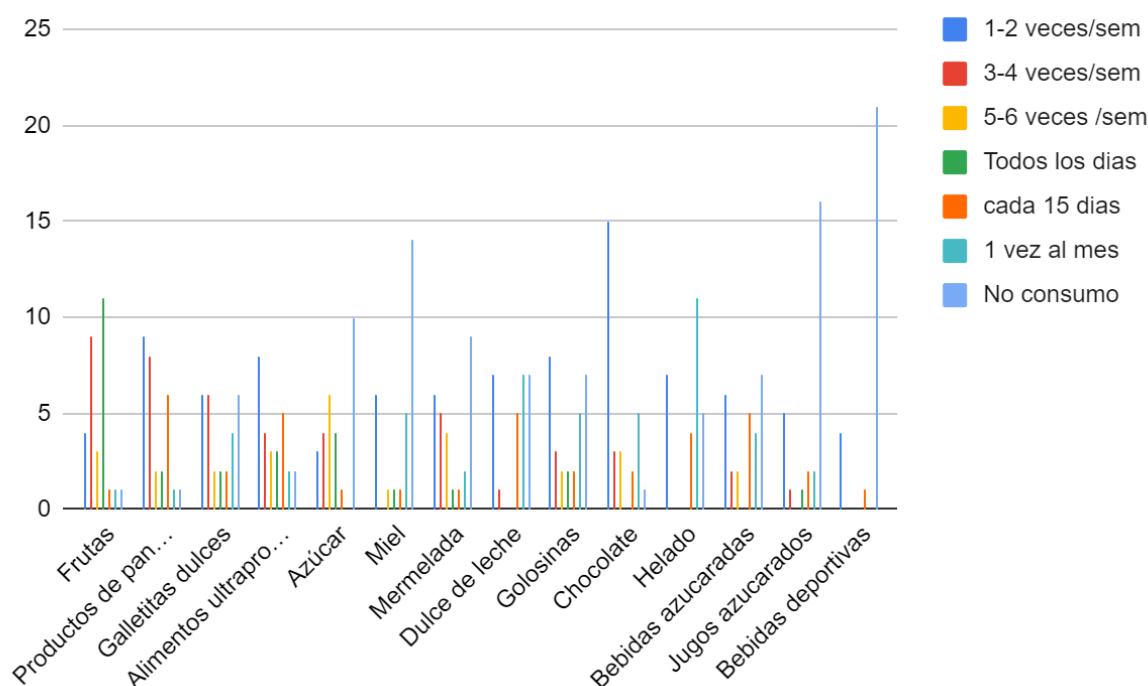
GRÁFICO N°9 Frecuencia de consumo hidratos de carbono complejos



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

Los alimentos como la papa, las pastas simples, la pizza y el pan blanco son los más consumidos semanalmente. Los alimentos integrales, aunque presentes, tienen una menor frecuencia de consumo, lo cual puede indicar una preferencia por carbohidratos refinados en comparación con sus alternativas integrales.

GRÁFICO N°10 Frecuencia de consumo hidratos de carbono simples



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

Dentro de los alimentos más consumidos, los cereales azucarados, chocolates y golosinas son consumidos con frecuencia alta en la dieta de las encuestadas.

TABLA N°6 Tipo de alimento y síntoma detectado (n:10)

UNIDAD DE ANÁLISIS	RESPUESTA
UA 1	Lácteos y cítricos me causan inflamación
UA 2	por lo general en la ingesta de Carbohidratos
UA 3	Retención de líquido e hinchazón al ingerir harinas ultra procesadas y azúcar
UA 4	Harinas, hinchazón abdominal y dolor
UA 5	Hinchazón al ingerir lácteos y algunas legumbres
UA 6	Verduras, me revuelve el estómago.
UA 7	inflamación
UA 8	Harinas en general- estreñimiento y gases
UA 9	Hinchazón con harinas, acidez con azúcares
UA 10	Soy celíaca

Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

Nube de palabras N°5: Tipo de alimento y síntoma detectado (n:10)



Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

Según las 10 personas que respondieron la encuesta, aquellos alimentos que les genera síntomas son: “Lácteos y cítricos me causan inflamación”, “Harinas, hinchazón abdominal y dolor”, “Hinchazón al ingerir lácteos y algunas legumbres”, “Hinchazón con harinas, acidez con azúcares”, entre otras respuestas.

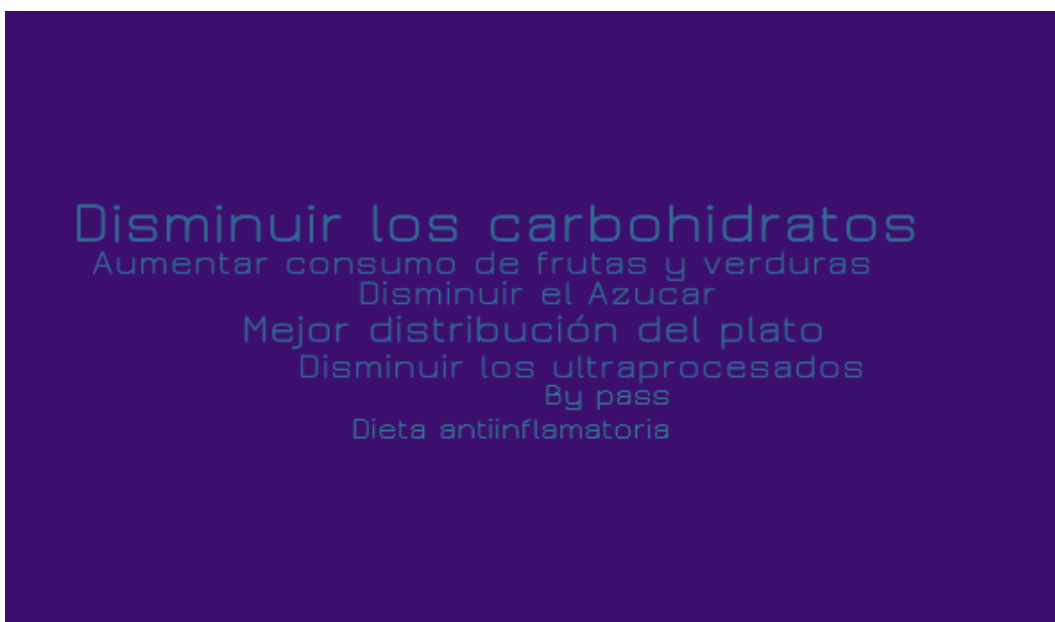
TABLA N°7 Recomendaciones nutricionales recibidas tras el diagnóstico (n:26)

UNIDAD DE ANÁLISIS	RESPUESTA
UA 1	Si, bajar el consumo de hidratos simples, de ultra procesados, más consumo de veg y frutas, mejor distribución diaria de la comida.
UA 2	No
UA 3	No he recibido
UA 4	No, no he recibido
UA 5	Si. Que no consuma azúcar y use sólo edulcorante. Que consuma alcohol o algún postre solo en ocasiones especiales. Que coma media plato de verdura y carne del tamaño de mi mano. Medio plato de carbohidratos. Que consuma harinas integrales.
UA 6	No
UA 7	Si, menor cantidad de carbohidratos y mayor ingesta de fibra/vegetales
UA 8	Si, únicamente dieta baja en hidratos de carbono.
UA 9	No tuve
UA 10	La verdad que no, es raro por mi estatura y peso que siga teniendo SOP durante tantos años.
UA 11	Ninguna.
UA 12	evitar los carbohidratos
UA 13	Si, dieta anti inflamatoria
UA 14	no
UA 15	Ninguna
UA 16	Solo hacer ejercicio y dieta, pero no específico, eso fue hace unos 6 años
UA 17	No ninguna
UA 18	Ninguna en relación a mi patología en sí, si en relación al sobrepeso
UA 19	No
UA 20	No
UA 21	Llevar una vida saludable, baja en azúcares, ultraprocesados, grasas y carbohidratos
UA 22	No

UA 23	Tengo a su vez hipotiroidismo así que las recomendaciones fueron para ambas cosas ,no recuerdo alguna específica sobre el síndrome de ovario poliquístico. Al comer mejor en su momento (actualmente no sigo mi plan alimenticio correctamente) y hacer ejercicio todo mejoró.
UA 24	Si. Por eso me realice by pass gástrico. Y coloque siu mirena
UA 25	Evitar los alimentos ultraprocesados
UA 26	No

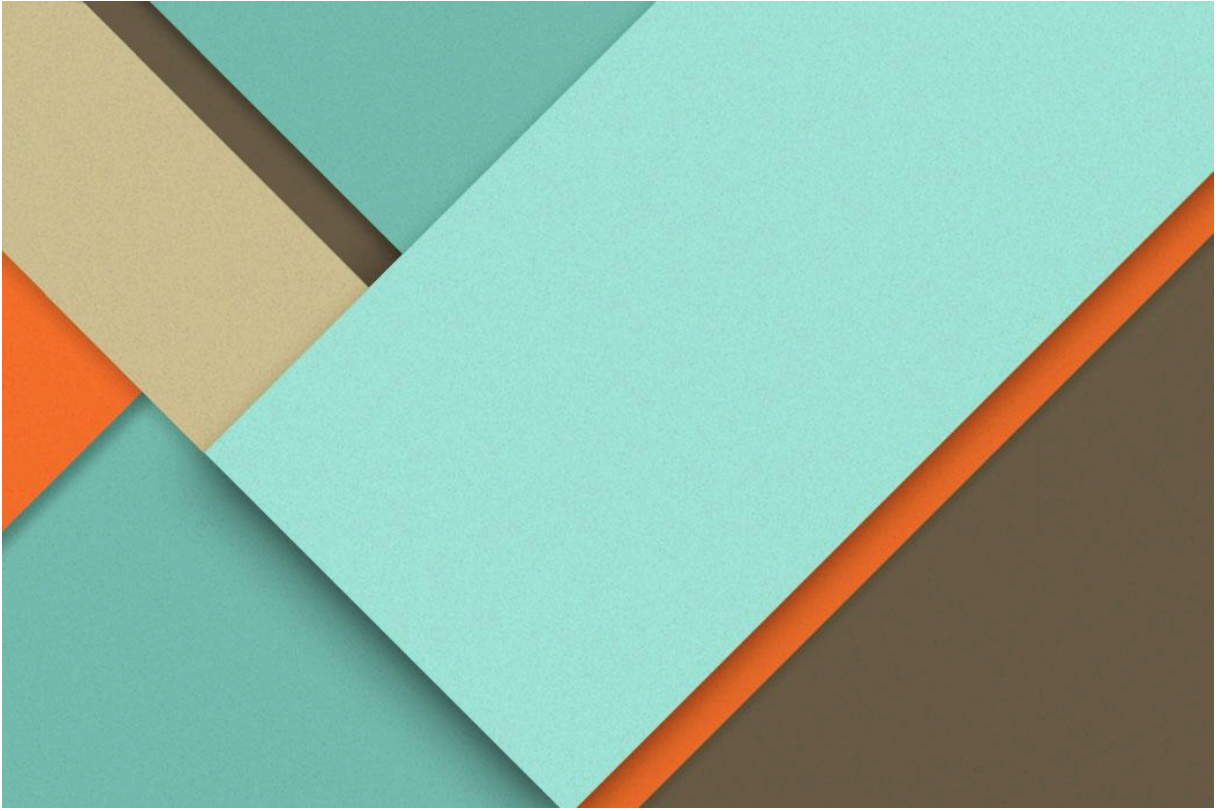
Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

Nube de palabras N°6: **Recomendaciones nutricionales recibidas tras el diagnóstico**




Fuente: Elaborado a partir de datos de investigación

Según las 26 personas que respondieron esta encuesta, 13 personas no tuvieron ninguna recomendación nutricional, mientras que otras 13 si, siendo las principales recomendaciones “disminución de los hidratos de carbono y azúcares simples incluyendo a sí mismo hábitos saludables” , “By pass gástrico”, “Mayor ingesta de fibra y vegetales”.



CONCLUSIÓN



Se realizó una encuesta en la que participaron 31 participantes de un consultorio privado de la ciudad de Mar del Plata, en el cual todas eran pacientes femeninos con una edad promedio de 27 años todas con diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico, la mayoría de ellas tenía el diagnóstico hace más de 9 meses.


En términos de índice de masa corporal (IMC), las participantes se distribuyen en varias categorías: normopeso, sobrepeso y obesidad. Una proporción significativa se encuentra en las categorías de sobrepeso y obesidad, el exceso de peso está estrechamente relacionado con la exacerbación de los síntomas del SOP, incluyendo la resistencia a la insulina y las irregularidades menstruales. Esta variabilidad en el IMC subraya la necesidad de intervenciones personalizadas para manejar el peso y mejorar la salud metabólica en esta población.

Los hábitos alimenticios de las participantes revelan un patrón de consumo en el que predominan los hidratos de carbono simples y refinados sobre las opciones integrales. Alimentos como la papa, las pastas simples, y la pizza son consumidos con mayor frecuencia, mientras que las versiones integrales de estos alimentos, como el arroz integral y las pastas integrales, son menos comunes en la dieta diaria. Este patrón de consumo puede contribuir a un control glucémico deficiente y aumentar el riesgo de desarrollar resistencia a la insulina, una complicación común en mujeres con SOP.

Además, se observan síntomas digestivos adversos asociados con el consumo de ciertos alimentos, como lácteos y harinas ultra procesadas, lo que sugiere que una adaptación dietética podría ser beneficiosa para aliviar estos síntomas.

La actividad física es otro aspecto crítico examinado en la tesis. La mayoría de las mujeres encuestadas reportan realizar algún tipo de ejercicio, siendo la caminata y el gimnasio las actividades más populares. Sin embargo, un número significativo de participantes no realiza actividad física de manera regular. La falta de ejercicio puede agravar los síntomas del SOP y contribuir al aumento de peso y la resistencia a la insulina. Por lo tanto, es esencial fomentar la actividad física regular como parte de un enfoque integral para el manejo del SOP.

El seguimiento médico-nutricional también se analiza en la investigación. Solo una minoría de las encuestadas recibe seguimiento médico-nutricional adecuado, lo que indica una brecha en el acceso o adherencia a los programas de salud integrales. El seguimiento continuo es vital para la gestión efectiva del SOP, ya que permite ajustes dietéticos y de estilo de vida personalizados que pueden mejorar significativamente los síntomas y la calidad de vida.

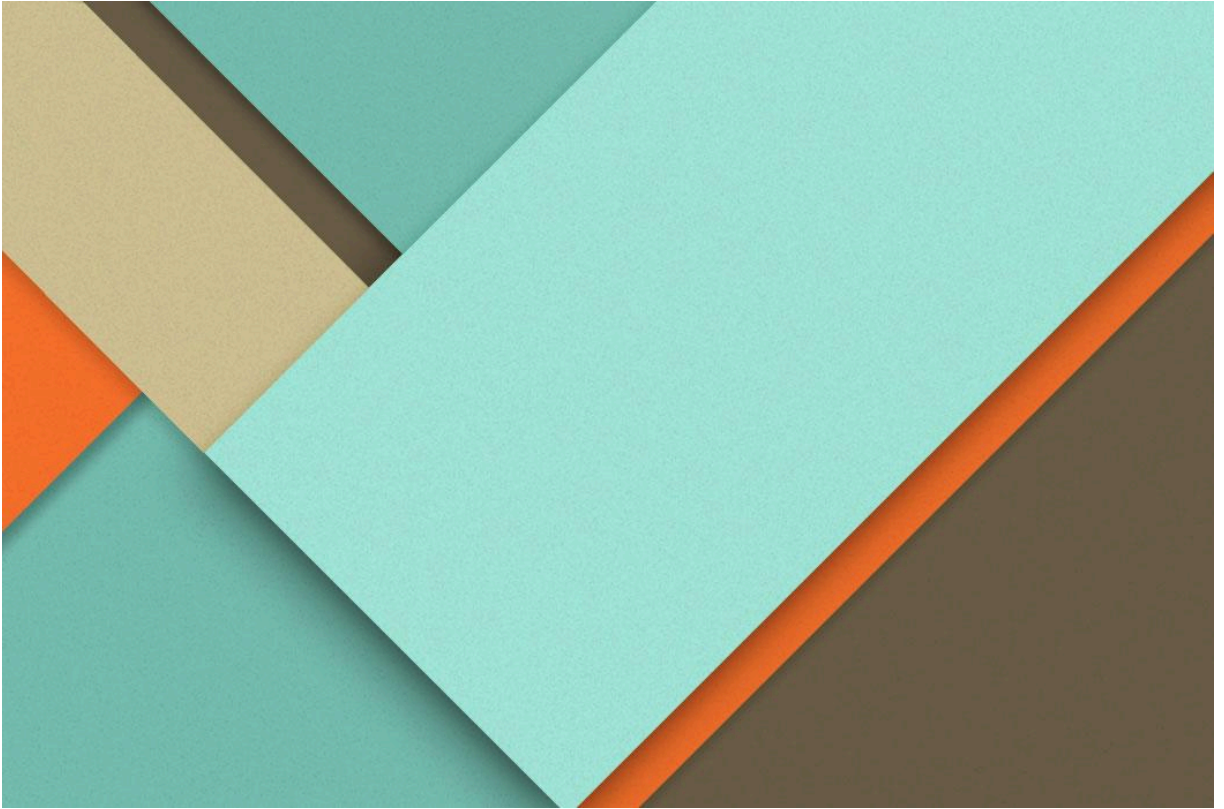


Los antecedentes familiares de enfermedades metabólicas como diabetes e hipertensión también son relevantes en el análisis. Un porcentaje significativo de las participantes reporta antecedentes familiares de estas condiciones, lo que podría indicar una predisposición genética a desarrollar SOP y otras complicaciones metabólicas. Este factor debe ser considerado al diseñar planes de tratamiento personalizados para cada paciente.

Se destaca la necesidad de un enfoque integral y multifacético en el manejo del síndrome de ovario poliquístico. Es fundamental promover una educación nutricional que enfatice los beneficios de los carbohidratos integrales y la reducción de carbohidratos simples y refinados. Implementar programas de seguimiento médico-nutricional personalizados y fomentar la actividad física regular son estrategias clave para mejorar la salud y la calidad de vida de las mujeres con SOP. Además, considerar los antecedentes familiares en el diseño de planes de tratamiento puede ayudar a abordar las necesidades específicas de cada paciente, proporcionando un cuidado más efectivo y holístico.

Preguntas para futuras investigaciones:

- ¿Cómo afecta una dieta rica en fibra y probióticos la composición de la microbiota intestinal y los síntomas del SOP?
- ¿Cuál es el efecto del consumo de lácteos y alternativas no lácteas en los síntomas del SOP, especialmente en relación con la inflamación y los niveles de andrógenos?
- ¿Cuál es el impacto de las dietas vegetarianas y veganas en los niveles de insulina, perfil hormonal y síntomas del SOP en comparación con las dietas que incluyen carne?



BIBLIOGRAFÍA

Alejandro, D. Poliquistosis ovárica en pacientes que acuden a consulta externa de ginecología en el hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso–Loja. Universidad Nacional de Loja. Loja-Ecuador. 2016.[Acceso el 07 de Marzo del 2018]
[.http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/17657](http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/17657)

Álvarez Ovalle, F. A. (2022). *Nutrición, estilos de vida y síndrome de ovario poliquístico: Proyecto de Grado* (Doctoral dissertation, Medellín: Marymount School Medellín).
<https://library.marymount.edu.co/bitstream/handle/4444.1/657/FLORENCIA%20ANTONIA%20ALVAREZ%20OVALLE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Arcos López, M. E., Valencia Lasso, P., & Neira Irigoyen, M. G. (2021). *Desarrollo de una guía nutricional para el personal de salud enfocada en el síndrome de ovario poliquístico y endometriosis* (Bachelor's thesis, Quito). <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/10806>

Barrea, L., Marzullo, P., Muscogiuri, G., Di Somma, C., Scacchi, M., Orio, F., ... & Savastano, S. (2018). Source and amount of carbohydrate in the diet and inflammation in women with polycystic ovary syndrome. *Nutrition research reviews*, 31(2), 291-301.
<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/822B062AFF425D3C9CB6A9100CF2BE8F/S0954422418000136a.pdf/source-and-amount-of-carbohydrate-in-the-diet-and-inflammation-in-women-with-polycystic-ovary-syndrome.pdf>

Pajares, S. C. (2023). Revisión sobre la intervención dietética en síndrome de ovario poliquístico. *MLS Health and Nutrition Research*, 2(2).
<https://www.mlsjournals.com/MLS-Health-Nutrition/article/view/2235/2444>

Cerna Romero, J. A. (2023). Factores asociados al síndrome de ovario poliquístico.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/131755/Cerna_RJA-S D.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vilela, E. M. C., & González, D. M. (2022). Síndrome de ovario poliquístico como factor de riesgo cardiometabólico. *Anatomía Digital*, 5(3.2), 6-20.
<https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v5i3.2.2256>

Chiliquina Villacis, S., Aguirre Fernández, R., Agudo Gonzabay, M., Chú Lee, Á., & Cuenca Buele, S. (2017). Criterios diagnósticos y tratamiento integral terapéutico del síndrome de ovarios poliquísticos.

Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 43(3), 173-181.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000300018

Celeste, G. H. S. Una revisión sistemática sobre el análisis de la metformina como tratamiento para la resistencia a la insulina aunado a una dieta hipocalórica en mujeres con síndrome de ovario poliquístico. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/de10ac23-ff2f-4f75-b8a0-4d129f18db5a/content>

Contreras, Y. S. F. Dieta contra el síndrome del ovario poliquístico. <https://revistauniversitaria.uaemex.mx/article/view/12623>

Freire, A., Arcari, A. J., Gryngarten, M. G., & Ropelato, M. G. (2018). Síndrome de Ovario Poliúístico (SOP) en la adolescencia. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/91254/CONICET_Digital_Nro.4ca4bd4d-70f2-44c8-a6b5-2d31d1ced128_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Paca, M. J. G. (2020). Alimentación en adolescentes con síndrome de ovario poliquístico. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 5(7), 3-17. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7518062>

Huérffano, T., & Ortiz, M. (2016). Tratamiento no farmacológico del síndrome de ovario poliquístico: Modificación del estilo de vida: ejercicio y nutrición. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 76, S74-S75. <http://ve.scielo.org/pdf/og/v76s1/art12.pdf>

Meneses, K. Mujeres con diabetes y síndrome de ovario poliquístico. <https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/Mujeres-con-diabetes-y-sindrome-de-ovario-poliquistico.-Cambios-en-el-estilo-de-vida.pdf>

Monteagudo Peña, G., Rodríguez Pendás, B., Ovies Carballo, G., Gómez Alzugaray, M., Álvarez Álvarez, A., & Cabrera Gámez, M. (2022). Mitos y realidades sobre la obesidad en el síndrome de ovario poliquístico. *Revista Cubana de Endocrinología*, 33(2). http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532022000200009

TERRANOVA, C. A. V. (2019). *FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE MEDICINA* (Doctoral dissertation, UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL).

<https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/5e35bd9b-d695-4d5a-b98f-048fe0d13851/content>

Calvo, M. (2016). M. Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP). *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 4(2), 20-31. https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol4num2-2016/20_sindrome_de_ovario_poliquistico_sop.pdf

Muñoz Solano, L. (2022). Guía de atención nutricional para la paciente con síndrome de ovario poliquístico. <https://repo.sibdi.ucr.ac.cr/bitstream/123456789/20075/1/47465.pdf>

Porchia, L. M., Hernandez-Garcia, S. C., Gonzalez-Mejia, M. E., & López-Bayghen, E. (2020). Diets with lower carbohydrate concentrations improve insulin sensitivity in women with polycystic ovary syndrome: a meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 248, 110-117. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.03.010>

Organización Mundial de la Salud. (2023). Síndrome del ovario poliquístico. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/polycystic-ovary-syndrome>

Rosero Paspuezan, Y. L. (2017). *Prevalencia y factores asociados en los casos de síndrome de ovario poliquístico diagnosticados en el Centro de Salud N° 1 Ibarra período 2016* (Bachelor's thesis). <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/6824/1/06%20NUT%20212%20RABAJO%20DE%20GRADO.pdf>

Gaitan, E. S. (2019). Actualización del manejo de síndrome de ovario poliquístico. *Revista Médica Sinergia*, 4(12), 322. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7399470>

Winykamien, I., Dalibón, A., & Knoblovits, P. (2017). Síndrome de ovario poliquístico. *Revista del Hospital de Italiano Buenos Aires*, 37(1), 10-20. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-966680>

ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS AL SOBREPESO EN MUJERES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO EN MAR DEL PLATA

MATERIALES Y MÉTODOS

Determinar el consumo de hidratos de carbono y la presencia de obesidad en mujeres de 18 a 35 años con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico en Mar del Plata durante el año 2024.

OBJETIVO

Determinar el consumo de hidratos de carbono y la presencia de obesidad en mujeres de 18 a 35 años con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico en Mar del Plata durante el año 2024.

CONCLUSIÓN

Adoptar patrones alimentarios saludables es esencial para el manejo del SOP. Esto incluye una dieta rica en carbohidratos complejos y baja en grasas, lo cual no solo mejora la salud metabólica y reproductiva, sino que también facilita una mejor comprensión y manejo del síndrome por parte de las pacientes y profesionales de salud. Es de nuestra responsabilidad, como nutricionistas, formar un equipo multidisciplinario junto a médicos y ginecólogos, brindar un correcto abordaje a las consultantes; por nuestro lado, la Educación Alimentaria es sin duda la herramienta fundamental para la mejoría del estilo de vida

RESULTADOS

El 80% de las encuestadas tiene el diagnóstico hace más de 9 meses. El 51% presenta un estado nutricional desbalanceado, de las cuales el 62% de ellas presentan obesidad; gran parte de las mismas manifiesta haber percibido cambios en el peso a partir del diagnóstico de SOP, tales como "subida de peso" y "dificultad para bajar". Casi el 97% se encuentra en tratamiento, dentro de ellas, el 55% realiza tratamiento con pastillas anticonceptivas, y otro 55% tratamiento farmacológico. El 62% no recibió seguimiento médico-nutricional, teniendo en cuenta que el 45% de las mismas, tiene diagnóstico de insulinoresistencia. Los alimentos con hidratos de carbono complejos como la papa, las pastas simples, la pizza y el pan blanco son los más consumidos, y en cuanto a los alimentos con hidratos de carbono simple, los cereales azucarados, chocolates y golosinas son consumidos con frecuencia alta en la dieta de las encuestadas. 13 personas no tuvieron ninguna recomendación nutricional.



UNIVERSIDAD
FASTA

FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS





REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA AUTORIZACIÓN DEL AUTOR

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.

Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra:

largo plazo de la presente obra:

1. Autor:

Apellido y nombre.....

Tipo y número de documento.....

Telefono/s.....

Email:.....

Título obtenido:.....

2. Identificación de la Obra:

TÍTULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación):Fecha de defensa: / /20

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LA LICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Compartir Igual 3.0 Unported.

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero []

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) no autorizadas para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa".

Firma del Autor - Lugar y Fecha

1. Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso o página siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado