

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

MEDICINA Y CIRUGÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura.*

**CARGA DE LA ENFERMEDAD POR
ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS (B12.3) EN
COSTA RICA, 1990-2017.**

Sustentante

AMANDA RAMÍREZ OVARES

Tutora

DRA. MARIANA FALLAS PICADO.

DICIEMBRE, 2019

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
ÍNDICE DE IMÁGENES	viii
AGRADECIMIENTO	ix
RESUMEN	x
SUMMARY	xi
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1.1 Antecedentes del problema	13
1.1.2 Delimitación del problema.....	15
1.1.3 Justificación	16
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL. LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	18
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
1.3.1 Objetivo general.....	19
1.3.2 Objetivos específicos	19
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES	20
1.4.1 Alcances de la investigación	20
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1 CONTEXTO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	22
2.1.1 Carga de la enfermedad.	22
2.1.2 Anatomía del sistema reproductor femenino.....	23
2.1.3 Enfermedades ginecológicas.	24
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	53
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	54
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	55
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	56
3.3.1 Población	56
3.3.2 Muestra.....	56

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	56
3.4 METODOLOGÍA	57
3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	59
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	60
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	67
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	93
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	94
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	108
6.1 CONCLUSIONES	109
6.2 RECOMENDACIONES	112
BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA.....	115
ABREVIATURAS.....	119
ABREVIATURAS	120
ANEXOS	121
CARTA DEL TUTOR.....	122
DECLARACIÓN JURADA.....	123
CARTA DEL LECTOR	124
CARTA DEL FILÓLOGO.....	125

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Tasa estandarizada de años de vida ajustados por discapacidad en enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica en el periodo de 1990-2017. Tasa por 100.000 habitantes.	68
Gráfico N°2: Tasa de años de vida ajustados por discapacidad en enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica en el periodo de 1990-2017 según grupos etarios. Tasa por 100.000 habitantes.....	70
Gráfico N°3: Tasa estandarizada de años de vida perdidos por muerte prematura por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica, en el periodo de 1990-2017. Tasa por 100.000 habitantes.	72
Gráfico N° 4: Tasa de años de vida perdidos por muerte prematura por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica, en el periodo de 1990-2017 según grupos etarios. Tasa por 100.000 habitantes.....	74
Gráfico N° 5: Tasa estandarizada de años de vida con discapacidad por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica en el periodo de 1990-2017. Tasa por 100.000 habitantes.	76
Gráfico N° 6: Tasa de años de vida con discapacidad por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica en el periodo de 1990-2017 según grupos etarios. Tasa por 100.000 habitantes.	78
Gráfico N° 7: Tasa estandarizada de prevalencia por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica, en el periodo de 1990-2017. Tasa por 100.000 habitantes.	80
Gráfico N° 8: Tasa de prevalencia por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica en el periodo de 1990-2017 según grupos etarios. Tasa por 100.000 habitantes.	82
Gráfico N° 9: Tasa estandarizada de incidencia por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica, en el periodo de 1990-2017. Tasa por 100.000 habitantes.....	84
Gráfico N° 10: Tasa de incidencia por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica, en el periodo de 1990-2017 según grupos etarios. Tasa por 100.000 habitantes.....	86
Gráfico N° 11: Tasa de mortalidad estandarizada por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica, en el periodo de 1990-2017. Tasa por 100.000 habitantes.	88

Gráfico N° 12: Tasa de mortalidad por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica, en el periodo de 1990-2017 según grupos etarios. Tasa por 100.000 habitantes..... 90

Gráfico N° 13: Tasas estandarizadas de años de vida ajustados por discapacidad por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica, en el periodo de 1990-2017. Comparación países de América central. Tasa por 100.000 habitantes..... 99

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen N°1: Clasificación modificada de Ferriman Gallwey	32
Imagen N° 2: Tasa estandarizada por años de vida ajustados por discapacidad, por enfermedades ginecológicas en Costa Rica, 1990.	103
Imagen N° 3: Tasa estandarizada por años de vida ajustados por discapacidad, por enfermedades ginecológicas en Costa Rica, 2017.	104
Imagen N°4: Tasa estandarizada de prevalencia de las principales enfermedades ginecológicas en Costa Rica para el año 2016.	106

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios y la Virgen María por estar conmigo durante todo el proceso de mi carrera y mi vida.

A mi tutora, la Dra. Mariana Fallas por toda su ayuda, tiempo y paciencia durante este trabajo de investigación.

A mi papá, Carlos Ramírez que siempre ha sido mi mayor ejemplo de superación y trabajo en mi vida, por todo su esfuerzo, apoyo y palabras de aliento.

A mi mamá, Sandra Ovaes que siempre ha estado para mí en las buenas y más en las malas, por su esfuerzo incondicional y apoyo siempre.

A mi hermana, Maureen Ramírez que es mi mayor motivación y mi fuerza.

A mis abuelos Rodolfo Ovaes y Blanca Herra por estar siempre para mí incondicionalmente y ser mi soporte.

A mi abuela Seidy que es mi luz en el cielo, por toda la confianza que puso en mí.

RESUMEN

Introducción. La evolución de la carga de la enfermedad por enfermedades ginecológicas permite realizar una estimación de la mortalidad y morbilidad que producen estas patologías en la población. **Objetivo general.** Determinar la carga de la enfermedad por Enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017. **Metodología.** Se tomó información referente a años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), años de vida con discapacidad (AVD), años perdidos por muerte prematura (AVP), prevalencia, incidencia y mortalidad de la base de datos del Instituto Métricas en Salud, posteriormente se creó una base de datos en un documento de Excel y luego se realizaron gráficos para un mejor análisis de la información. **Resultados.** El grupo etario que presentó mayor carga de la enfermedad fue el grupo de 15 a 49 años, en esta población en el año 1990 la tasa fue de 407,66 por cada 100.000 habitantes, posterior a este año se mantuvo una tendencia en aumento alcanzando la tasa más elevada en el 2011, siendo esta de 455,8 por cada 100.000 habitantes. Posterior a este año se mantiene una tendencia constante en disminución hasta el final del periodo. **Discusión.** La carga de la enfermedad se ha mantenido variable a lo largo del periodo en estudio, pero desde el año 2011 se mantiene una tendencia constante en disminución. **Conclusiones.** Las tasas de AVAD, AVP, AVD y prevalencia afectan mayormente al grupo etario de 15-49 años. La tasa de mortalidad por patología ginecológica es mayor en el grupo etario de mayores de 70 años.

Palabras claves. Carga de la enfermedad, enfermedades ginecológicas.

SUMMARY

Introduction: The evolution of the disease burden due to gynecological diseases allows the count of mortality and morbidity caused by these pathologies in the population. **Course objective:** To determine the burden of the disease due to Gynecological Diseases (B12.3) in Costa Rica, 1990-2017. **Methodology:** The baseline information related to disability-adjusted years of life (DALY), years of life with disabilities (YLD), years lost due to premature death (YLL), prevalence, incidence and mortality from the Institute of Health Metrics database , later a database was created in an Excel document and then graphs were presented for a better analysis of the information. **Results:** The age group that presented the greatest burden of the disease was the group of 15 to 49 years, in this population in 1990 the rate was 407.66 per 100,000 inhabitants, after this year there was an increasing trend reaching the highest rate in 2011, with 455.8 per 100,000 inhabitants. After this year there is a constant tendency to decrease until the end of the period. **Discussion:** The disease burden has remained variable throughout the period under study, but since 2011 there has been a constant tendency to decrease. **Conclusions:** The rates of DALY, YLD, YLL and prevalence mostly affected the age group of 15-49 years. The mortality rate due to gynecological pathology is higher in the age group of people over 70 years.

Keywords: Disease burden, gynecological diseases.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

Las enfermedades ginecológicas constituyen patologías de alta prevalencia en la población femenina. R.A Bang en su estudio *“High Prevalence of Gynaecological Diseases in Rural Indian Women”*⁽¹⁾ realizado en la India durante el año 1989 constató esta información al estudiar una población de seis cientos cincuenta mujeres de dos pueblos rurales con características demográficas similares de la India.

De esta población en estudio cincuenta y cinco por ciento presentaban sintomatología ginecológica que pudiese orientar a afectación de dicho sistema y cuarenta y cinco por ciento reportaron no presentar sintomatología alguna, posteriormente se procedió a realizar examen físico completo y se complementó con exámenes de laboratorio e imagen para el diagnóstico certero de las patologías ginecológicas.

Se constató que el noventa y dos por ciento de las mujeres en el estudio presentaba al menos una enfermedad en este sistema, y al sumar todas las patologías, se encontraron dos mil trescientas cuarenta y cuatro enfermedades ginecológicas, lo que constituye un promedio de 3,6 por mujer en el estudio⁽¹⁾.

Esta información evidencia la alta proporción de mujeres con padecimientos de este tipo, además estas enfermedades han representado una causa importante de muerte en la población femenina en el nivel mundial.

Rogo K.O en su publicación realizada en diciembre del año 1989 *“Mortality in acute gynecology: a developing country perspective”*⁽²⁾ en el Hospital Nacional de Kenyatta, Kenia, determinó que durante un periodo de veinte meses ciento cinco muertes fueron

causadas por patología ginecológica aguda, siendo cuarenta y un por ciento atribuibles a embarazos y cuarenta y seis por ciento a patología maligna principalmente cáncer.

Un estudio epidemiológico realizado por Ayda S.D⁽³⁾ en el año 2013 en el Servicio de Gineco - Obstetricia, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapovas Perú constató una incidencia de enfermedades ginecológicas de 17,24 por cada mil mujeres en edad fértil, de estas la primer causa fue la enfermedad pélvica inflamatoria.

Dada la alta prevalencia de estas patologías y la tasa elevada de mortalidad que presentan, Izetbegovic S y colaboradores en el año 2013 realizaron un estudio analítico descriptivo de varios estudios científicos llamado "*Prevention of Diseases in Gynecology*"⁽⁴⁾, donde recalcan la importancia de promover la prevención primaria al evitar que aparezca la patología y la prevención secundaria al eliminar su progresión antes de que sea necesario realizar procesos curativos complejos.

Un estudio realizado por Jining⁽⁵⁾ en China durante el año 2016 sobre la carga de las enfermedades ginecológicas evidencia que estas patologías también afectan considerablemente a la población China, al presentar una prevalencia de 24,94% en mujeres en edad fértil y consiguiendo una tasa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) de 411,12 por cada cien mil habitantes, siendo las tres patologías con mayor tasa el síndrome premenstrual, los fibromas uterinos y la endometriosis.

1.1.2 Delimitación del problema

La población incluida en el estudio corresponde a todas las mujeres costarricenses mayores de cinco años con enfermedades ginecológicas durante el periodo 1990-2017.

1.1.3 Justificación

La salud ginecológica es de gran importancia para la sociedad ya que de ella depende la reproducción del ser humano.

Las enfermedades ginecológicas son patologías muy frecuentes en la población, pese a esto el número de consultas médicas no es tan alto debido a temas religiosos, sociales y culturales que impiden el contacto de la paciente con el sistema de salud, por lo cual en muchos casos cuando estas son diagnosticadas ya se encuentran en fases avanzadas de la enfermedad,

Dichos atrasos, no deberían darse, puesto que requieren de tratamientos invasivos y muy incómodos para las pacientes en los procesos de recuperación, además de ser altamente propensos a complicaciones, las cuales en muchos casos pueden llevar al fallecimiento de la paciente..

La elaboración de este trabajo de investigación, genera beneficios a la población costarricense debido a que al contar con un dato estadístico, como lo es la carga de la enfermedad, la cual relaciona aspectos importantes del impacto de las patologías como lo son, los años perdidos por muerte prematura y los años vividos con discapacidad

Esta medición, brinda orientación al profesional y al sistema de salud acerca del comportamiento de la patología, la evolución de la misma y la necesidad de realizar diagnóstico en fases iniciales de la enfermedad.

Además, al conocer la carga de las enfermedades ginecológicas se pueden orientar los gastos del sistema de salud en temas de tamizaje y prevención primaria, para realizar un diagnóstico oportuno de dichas patologías, además de agilizar la

prevención secundaria cuando ya se cuenta con un diagnóstico establecido, el cual permita evitar la evolución a fases avanzadas de estas enfermedades.

Todo esto ayudará a disminuir el riesgo de complicaciones altamente incapacitantes o fatales, y hasta el fallecimiento de las mujeres que las padecen. Además de la distribución de fondos en materia de prevención terciaria, en caso de pacientes que ya se encuentren en etapas avanzadas.

También al orientar los gastos en el nivel primario de atención, se puedan iniciar programas educativos para que las mujeres sean partícipes, y se involucren en estos procesos con mayor conocimiento e interés acerca de su salud.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL. LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la carga de la enfermedad por enfermedades ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar la carga de la enfermedad por Enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar los años de vida ajustados por discapacidad por Enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017 según grupo etario.
- Establecer los años de vida perdidos por muerte prematura por enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017 según grupo etario.
- Investigar los años de vida con discapacidad por enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017 según grupo etario.
- Analizar la prevalencia por enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017 según grupo etario.
- Precisar la incidencia por enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017 según grupo etario.
- Determinar la mortalidad por enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017 según grupo etario.

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

- Se creó una base de datos que incluye información referente a años de vida ajustados por discapacidad, años de vida perdidos, años vividos con discapacidad, prevalencia, incidencia y mortalidad por enfermedades ginecológicas en general.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

- No se cuenta con estudios que contengan datos estadísticos propios de patología ginecológica en general.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1.1 Carga de la enfermedad.

La carga de la enfermedad es un concepto relativamente nuevo que ha revolucionado la forma de ver y tratar las enfermedades.

El primer estudio⁽⁶⁾ realizado referente a carga de la enfermedad se publicó en el año 1993 por el Doctor Christopher Murray, el cual fue financiado por el Banco Mundial en colaboración de la Organización Mundial de la Salud.

Este estudio surgió ante la necesidad de priorizar los gastos económicos en materia de salud, y la creación de un único indicador que permitiera valorar la mortalidad y la morbilidad ocasionada por las diferentes enfermedades. Debido a que hasta ese momento, únicamente se contaba con indicadores que permitían la valoración de la enfermedad en sí y su mortalidad pero no de su posible discapacidad.

El faltante de un indicador universal, ocasionaba que fuese imposible la comparación de las mismas, o que no se le prestara mayor atención a las patologías que causaban poca mortalidad, pero las personas vivían muchos años acompañados de una discapacidad importante.

Posteriormente se han realizado actualizaciones y estudios donde se ha contado con la colaboración de varias instituciones como la Universidad de Harvard, gobiernos locales y el Instituto Métricas en Salud.

Con la creación de estos nuevos indicadores surgieron los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), que es el principal indicador de carga de la enfermedad, este toma en cuenta los años de vida perdidos (AVP) más los años vividos con discapacidad

(AVD), para permitir valorar conjuntamente la morbilidad y mortalidad ocasionada por las diferentes patologías.

2.1.2 Anatomía del sistema reproductor femenino.

La anatomía del sistema reproductor femenino es amplia, sus órganos externos e internos comprenden varias estructuras.

En el nivel externo la vulva está compuesta por el monte de venus, labios mayores y menores y glándulas localizadas en el vestíbulo vaginal.

El vestíbulo vaginal, está compuesto anatómicamente en sus porciones laterales por los labios menores, en su porción anterior por el orificio uretral y el clítoris y en su parte posterior por el frenillo de los labios menores⁽⁷⁾. La abertura vaginal se encuentra rodeada por una estructura membranosa denominada himen, el cual desaparece en mujeres con vida sexual ya iniciada.

Los labios mayores consisten en dos estructuras carnosas localizadas a ambos lados de la abertura vaginal, estas están cubiertas por vellos del monte de venus y en su porción más proximal a la abertura vaginal se encuentran los labios menores, los cuales no tienen vellos en su superficie, tanto los labios mayores como menores no tienen tamaño definido, sino que varían de acuerdo con cada mujer, la paridad, peso y raza.

El clítoris es una estructura de aproximadamente 2cm localizado superior a la abertura vaginal cerca de la unión de los labios menores, su función es la estimulación sexual, este cuenta con tejido eréctil⁽⁷⁾.

En el nivel de órganos internos se encuentra el útero, que es un órgano compuesto por tejido muscular que se encarga de la reproducción al permitir la concepción,

implantación y crecimiento del embrión. Este consta de dos porciones que se encuentran separadas por un istmo, una porción superior y una inferior, la cual se comunica en su parte más inferior con la vagina.

En la porción superior del útero se encuentran las trompas uterinas o trompas de Falopio, las cuales están en contacto distalmente con los ovarios para permitir su función, la cual consiste en la conducción de los óvulos ya fecundados al cuerpo del útero para su implantación.

Los ovarios son órganos localizados en las porciones terminales de las trompas de Falopio, tienen un tamaño que varía entre los 2.5cm a 5cm de largo y de 1,5cm a 3cm de ancho con un peso aproximado de 4gr a 8gr⁽⁷⁾, su función principal es la producción de células sexuales femeninas.

La vagina es una estructura muscular hueca localizada desde la porción inferior del útero hasta el vestíbulo vaginal que constituye un canal para el paso del feto durante el nacimiento.

2.1.3 Enfermedades ginecológicas.

Las enfermedades ginecológicas según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) se encuentran dentro de la categoría de enfermedades crónicas no transmisibles.

Estas patologías son muy frecuentes en la población femenina, con una incidencia en el año 2017 de 2,383,95 casos por cada cien mil habitantes⁽⁸⁾, pese a esto muchas veces estas no buscan atención médica por prejuicios sociales o culturales que impiden el contacto con el médico, por lo que muchas veces son diagnosticadas en

fases avanzadas donde se requieren tratamientos más invasivos que se pudieron haber evitado.

- **Fibromas uterinos**

Los fibromas uterinos son los tumores de tipo benigno más frecuentes en mujeres en edad fértil, se calcula que aproximadamente el setenta al ochenta por ciento de las mujeres adultas tienen fibromas uterinos⁽⁹⁾ al alcanzar su máxima incidencia en edades peri menopaúsicas.

Estos tumores están compuestos por células de músculo liso.

- **Etiología**

Entre los factores etiológicos o precipitantes se encuentran la presencia de esteroides ováricos tipo estrógenos y progesterona, la descendencia afrocaribeña y una posible asociación con citoquinas y quimiocinas. Hasta la fecha no se ha encontrado un único gen desencadenante de esta patología y no se ha visto relación con el uso de anticonceptivos orales, además se ha notado como factor protector en mujeres de raza blanca la multiparidad⁽¹⁰⁾.

- **Clasificación**

La clasificación de los fibromas uterinos de Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) 2011 divide a los mismos dependiendo de la localización, dando tres posibles grupos siendo submucosos, intramurales o subserosos⁽¹¹⁾.

- Submucoso:
 - Cero. Si este es pediculado intracavitario.
 - Uno. Si presenta menos del cincuenta por ciento intramural.
 - Dos. Si tiene más del cincuenta por ciento en localización intramural.
- Intramural. Este es de categoría tres, estando en un cien por ciento intramural pero manteniendo contacto con el endometrio.
- Subseroso
 - Cuatro o intramural. No se encuentra en contacto con el endometrio.
 - Cinco. Si se encuentra en la porción serosa con un cincuenta por ciento intramural.
 - Seis. Si tiene menos del cincuenta por ciento intramural.
 - Siete. Si está en la porción serosa pero se encuentra pediculado.
 - Ocho. Si este se ubica en otras localizaciones como ligamentos.

- **Sintomatología**

La mayoría de los fibromas uterinos son asintomáticos, solo un tercio de ellos originan síntomas por lo que su diagnóstico en muchos casos es incidental al realizar estudios de imagen por otras causas.

La sintomatología depende del número de fibromas, el tamaño de los mismos y su localización, y se podría definir de la siguiente manera ⁽¹²⁾:

- Submucosos. Menstruaciones con sangrados abundantes y de larga duración.
- Intramurales. Menstruaciones con sangrados abundantes y dolorosos con dolor pélvico aislado.

Cuando presentan un tamaño grande tienen la capacidad de desplazar estructuras vecinas dando sintomatología acompañante como estreñimiento y aumento de la frecuencia de micción, además pueden comprometer la forma anatómica normal del útero, al alterar así la fertilidad de la mujer que la padece

- Subserosos. Si presentan un tamaño pequeño no suelen producir sintomatología clínica ni reproductiva.

- **Diagnóstico**

La mayoría de los diagnósticos de fibromas uterinos se realizan de manera incidental por la alta tasa de casos asintomáticos, pero cuando se sospecha esta patología es de vital importancia realizar historia clínica y examen físico completo, el cual nos podría orientar al diagnóstico al encontrar un tamaño uterino aumentado o la presencia de masas móviles.

Además es recomendable la realización de pruebas de imagen, en este caso el mejor método es el ultrasonido sea vía abdominal o trasvaginal según sea necesario.

Además en caso de existir duda diagnóstica o presentarse muchos fibromas se pueden realizar exámenes complementarios como resonancia magnética o histeroscopia, en

estas pacientes la Tomografía Axial Computarizada es de poca utilidad por lo que no se recomienda⁽¹⁰⁾.

- **Tratamiento**

El tratamiento de esta patología depende principalmente del deseo genésico de la paciente, debido a que como es una patología meramente benigna no precisa tratamiento a menos que sea sintomático.

Para las pacientes que no presentan deseo genésico con menos metrorragias importantes se recomienda el uso de progestágenos por vía oral o la utilización de un dispositivo intra uterino, además está indicado el uso de antiinflamatorios no esteroideos como tratamiento sintomático.

También, se ha estudiado el uso de Ácido Tranexámico que es un fibrinolítico para disminuir el volumen de la hemorragia y la inyección de análogos de la hormona liberadora de gonadotropina para disminuir el volumen del útero previo a un tratamiento quirúrgico.

En el caso de que la paciente aun cuente con deseo gestacional se recomienda un tratamiento conservador dependiendo de la localización del fibroma de la siguiente manera⁽¹⁰⁾:

- Submucosa, categoría cero, uno o dos y mide 5-6cm
 - Histeroscopia quirúrgica para la eliminación del fibroma
- Submucosa, categoría cero, uno o dos, mide más de 6cm

- varias histeroscopías quirúrgicas y el uso previo a la cirugía de análogos de la hormona liberadora de gonadotropina o Acetato de Ulipristal.
- Intramural o subseroso
 - Miomectomía laparoscópica si se presentan menos de tres fibromas y son menores 8cm centímetros o por medio de laparotomía si el número y tamaño se salen de este rango.

Como alternativa al tratamiento quirúrgico se encuentra la embolización de las arterias uterinas, una técnica realizada desde 1990 que consiste en la disminución del aporte sanguíneo al tumor con la consiguiente disminución de su tamaño en mujeres que no tienen deseo de concepción.

La reducción del tamaño del tumor trae consigo la disminución de los síntomas como las hemorragias y el dolor pélvico en un setenta y cinco por ciento en un periodo de cinco años post tratamiento, y disminuye el tamaño de los miomas en un cuarenta a un ochenta por ciento en un periodo de seis meses⁽¹⁰⁾, esto con una tasa de complicaciones muy baja al ser una técnica mínimamente invasiva.

Otra técnica de tratamiento novedosa, es la eliminación del tumor por medio de radiofrecuencia, la cual se puede realizar de forma laparoscópica o por medio de ultrasonido trasvaginal en fibromas visibles por este método.

Los tratamientos quirúrgicos radicales se realizan en mujeres que no cuenten con deseo concepcional, en estos casos la mejor técnica es la quirúrgica por medio de

histerectomía sea por vía laparoscópica, laparotomía o vía vaginal individualizando cada caso.

- **Síndrome de Ovario Poliquístico.**

El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) o Síndrome de Stein-Leventhal es el trastorno endocrino-metabólico más frecuente en mujeres en edad fértil, estando presente en el 5-15% de las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial⁽¹³⁾.

- **Historia**

Este síndrome fue descrito por primera vez en el año 1935 durante una reunión de la Asociación Central de Obstetricia y Ginecología en Nueva Orleans por los doctores Irving Freiler Stein y Michael Leventhal⁽¹³⁾ los cuales expusieron el caso de siete mujeres con sintomatología similar correspondiente a amenorrea, obesidad, hirsutismo e infertilidad.

A estas pacientes por medio de laparotomías exploratorias se les demostró la presencia de ovarios aumentados de tamaño en aproximadamente dos a cuatro veces lo considerado normal, además de la presencia de quistes de 1-1,5mm de diámetro.

Ante estos hallazgos se procedió a la toma de biopsias para obtener un análisis histopatológico, trayendo consigo una consecuencia relevante, luego de la toma de las mismas las pacientes menstruaron, lo que motivó a los médicos a la resección quirúrgica de las porciones con quistes y la mejoría en estas pacientes fue notoria, dos de ellas lograron un embarazo exitoso post resección y sus síntomas clínicos mejoraron en todas ellas.

- **Etiología**

La etiología del Síndrome de Ovario Poliquístico o de Stein-Leventhal aún es incierta, pero pese a esto existen factores hereditarios importantes y es considerado un síndrome de origen multifactorial y poligénico

- **Fisiopatología**

La fisiopatología del Síndrome de Stein- Leventhal se basa en una disfunción de la liberación de la hormona liberadora de gonadotropina por parte del hipotálamo, lo que causa un aumento de liberación de hormona luteinizante por la hipófisis con la consiguiente producción de andrógenos por las células de la teca, además de esto se produce una resistencia por parte del hipotálamo y la hipófisis al efecto supresor de la progesterona. La hormona folículo estimulante en estas pacientes se encuentra disminuida lo que no permite un crecimiento folicular adecuado.

- **Sintomatología**

La sintomatología del Síndrome de ovario poliquístico se presenta de forma variada, las pacientes cursan con un aumento de andrógenos que se manifiesta principalmente con hirsutismo, el cual consiste en el aumento de vellos terminales en localizaciones anormales para el sexo femenino pero que se presentan de forma típica en hombres, además pueden presentar acné y alopecia.

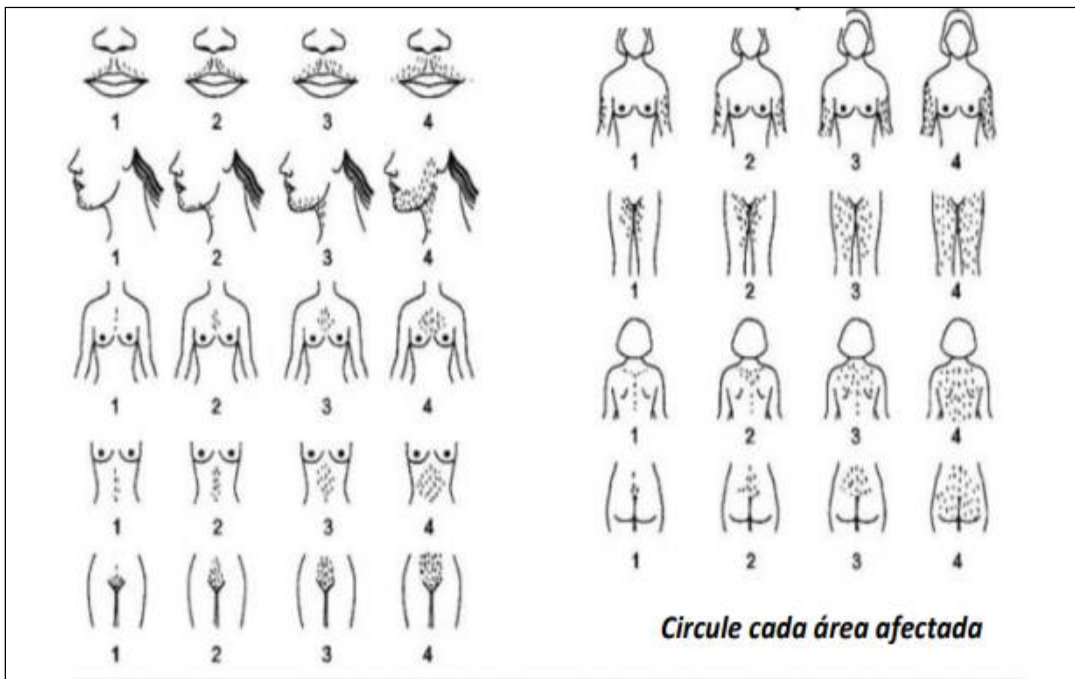
Además, debido a la disfunción ovulatoria estas pacientes pueden cursar con ciclos menstruales de duración más corta y por tanto mayor número de ciclos al año, lo que se conoce como polimenorreas, pero pese a esto pacientes con ciclos menstruales normales también pueden padecer este síndrome.

- **Evaluación de Hirsutismo**

Para evaluar la presencia de hirsutismo se puede utilizar la Calificación Modificada de Ferriman-Gallwey, una escala que permite visualizar las localizaciones del vello corporal dando una puntuación de cero a cuatro, donde cero indica ausencia del mismo y cuatro la aparición abundante de vello.

Las localizaciones a evaluar son labio superior, mentón y cuello, parte superior del pecho, parte superior del abdomen, parte inferior del abdomen o patrón masculino en escudo, parte superior de la espalda, parte inferior de la espalda, parte superior de los brazos y muslos, una puntuación mayor a seis orienta a la presencia de hiperandrogenismo⁽¹⁴⁾.

Imagen N°1: Clasificación modificada de Ferriman Gallwey



Fuente: ⁽¹⁴⁾

- **Diagnóstico**

El diagnóstico del Síndrome de Stein- Leventhal se realiza mediante una historia clínica completa y un examen físico detallado que incluya la inspección de toda la piel la paciente en busca de hirsutismo, ya que este es manifestación más frecuente del hiperandrogenismo, además de áreas alopécicas.

En cuanto a pruebas de imagen está indicada la realización de ultrasonido pélvico en todas las pacientes, idealmente transvaginal, la Tomografía Axial Computarizada (TAC), y la Resonancia Magnética (RM), sólo que se deben realizar en casos de diagnóstico no concluyente o para descartar otras patologías.

La laparoscopia permite la toma de biopsias para la realización de un análisis histopatológico que permita realizar el diagnóstico de forma certera.

Las pruebas hormonales se realizan con el fin de evidenciar el hiperandrogenismo por medio de la medición de testosterona total, testosterona libre y la medición del sulfato de dehidroepiandrosterona y la evidencia de disfunción ovárica por medio de la cuantificación de progesterona y hormona antimulleriana.

Además, es necesario excluir otros diagnósticos que generen sintomatología similar como disfunción tiroidea, hiperprolactinemia, hiperplasia suprarrenal, enfermedad de Cushing, tumores productores de hormonas y consumo de fármacos, por lo que es necesaria la medición de hormona estimulante de la tiroides, prolactina, estimulación aguda de adrenocorticotropina y realizar una prueba de tolerancia oral a la glucosa.

La morfología ovárica en mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), es consistente con alteraciones por aumento de andrógenos, en estas pacientes se debe evidenciar el aumento de volumen de al menos un ovario de 10mL y la presencia de doce o más folículos antrales de 2-9mm de diámetro⁽¹³⁾.

Los criterios diagnósticos del SOP han cambiado a lo largo de los años, los Institutos Nacionales de Salud (NIH) en el año 1990 propusieron dos criterios que son la presencia de hiperandrogenismo clínico, bioquímico, o ambos y la presencia de oligoanovulación en la paciente, la presencia de estos dos criterios definía el diagnóstico.

En el año 2003 la Sociedad Europea de Reproducción y Embriología Humana y la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva propusieron los criterios de Rotterdam, que además de los dos criterios del NIH-1990 incluyeron la morfología de ovario poliquístico, siendo necesarios dos de tres criterios para confirmar el diagnóstico⁽¹⁴⁾.

En el año 2006 la *Androgen Excess & PCOS* incluyen dos criterios, siendo necesarios ambos para hacer un diagnóstico, estos incluyen hiperandrogenismo clínico, bioquímico, o ambos y la presencia de disfunción ovárica, sea por oligoanovulación o el presentar morfología de ovario poliquístico.

Durante el año 2012 se realizó el consenso de los Institutos Nacionales de Salud, donde se recomendó utilizar los criterios de Rotterdam pero con la identificación de los cuatro fenotipos definidos, los cuales son⁽¹⁴⁾:

- A) Hiperandrogenismo, oligo/anovulación, morfología de ovario poliquístico.
- B) Hiperandrogenismo, oligo/anovulación.
- C) Hiperandrogenismo, morfología de ovario poliquístico.
- D) Oligo/anovulación, morfología de ovario poliquístico.

- **Comorbilidades asociadas**

Las mujeres con SOP pueden asociar comorbilidades importantes que pueden afectar su salud y su calidad de vida.

Un 30-60% de las pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico cursan con obesidad, además de resistencia crónica a la insulina que contribuye una disfunción vascular con el consiguiente desarrollo de hipertensión arterial y riesgo aumentado de desarrollar eventos cerebrovasculares y trombosis venosa profunda, además esta hiperinsulinemia crónica puede sumar al desarrollo de esteatosis hepática macrovascular.

Todas estas condiciones contribuyen al desarrollo del llamado síndrome metabólico, el cual se presenta en una gran cantidad de estas pacientes, siendo el doble de la incidencia en mujeres enfermas en comparación con las mujeres que no presentan este síndrome⁽¹⁴⁾.

Además, estas pacientes tienen riesgo aumentado de desarrollar hiperplasia endometrial, carcinoma de endometrio y cáncer de ovario asociado a la presencia de hiperinsulinemia crónica y la anovulación.

También tienen un riesgo aumentado de trastornos de ansiedad y depresivos asociados a su imagen física, esto debido a la presencia de hirsutismo, obesidad y acné, lo que genera que muchas de estas pacientes presenten aislamiento social.

- **Tratamiento**

El tratamiento del SOP es amplio y depende de factores farmacológicos y no farmacológicos. En cuanto a factores no farmacológicos es de suma importancia la realización de dieta y ejercicio físico, ya que en muchos casos se puede llegar a normalizar la ovulación solo con esta medida, además de que se disminuye el riesgo de desarrollo de diabetes y la sintomatología endocrina característica⁽¹⁵⁾.

El tratamiento farmacológico del SOP está enfocado en dos aspectos, la anovulación y las manifestaciones clínicas y este además se debe adecuar de acuerdo con el deseo concepcional de la paciente.

En mujeres sin deseo concepcional la meta de tratamiento son las manifestaciones clínicas y el desorden menstrual, en estos casos se pueden utilizar anticonceptivos orales combinados (ACO) como tratamiento de primera línea y las progestinas para la inducción de la menstruación⁽¹⁵⁾.

En mujeres que si tienen deseo concepcional el tratamiento farmacológico se enfoca en la inducción de la ovulación, para lo cual está indicado el uso de citrato de clomifeno como tratamiento de primera línea en estas pacientes. También se pueden utilizar terapia con dosis bajas de gonadotropinas y el drilling ovárico, que consiste en la punción de los ovarios con láser o asa de diatermia por vía laparoscópica⁽¹⁵⁾.

Para el tratamiento de las manifestaciones clínicas como el hirsutismo, se ha visto una leve disminución de la misma con anticonceptivos orales combinados que contienen drospirenona, también se pueden utilizar fármacos anti androgénicos y eflornitina, un inhibidor de la enzima ornitina descarboxilasa aplicado por vía tópica en hirsutismo facial⁽¹⁵⁾.

- **Infertilidad.**

La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva define la infertilidad como la incapacidad de lograr concebir un embarazo durante un periodo de un año en mujeres menores de treinta y cinco años y un periodo de seis meses en mujeres mayores de treinta y cinco años siempre y cuando no se utilicen métodos anticonceptivos⁽¹⁶⁾.

La infertilidad puede ser considerada como primaria, en caso de que la mujer nunca haya concebido un embarazo y secundaria cuando ya ha tenido embarazos previos y ahora no se logra la concepción.

- **Etiología**

Entre las causas de infertilidad femenina se deben tomar en consideración factores como reserva ovárica, disfunción ovulatoria y anomalías estructurales como alteraciones de las trompas de Falopio, factores uterinos como pólipos o fibromas uterinos grandes, factores cervicales como cirugías o procedimientos con láser previos y la endometriosis y el factor edad.

Pese a que existen causas establecidas y comprobables de la misma, es importante la prevención primaria y la información a la población, se sabe que los extremos de peso corporal producen anovulación, así como el consumo de tabaco; esto reduce la capacidad fértil en las mujeres, mientras que en los hombres produce alteraciones en los espermatozoides, y el uso de lubricantes podrían tener efectos tóxicos para los mismos.

Se recomienda además, que las mujeres con deseo genésico, que inicien con la toma de ácido fólico, para la prevención de defectos neurológicos.

- **Diagnóstico**

En la valoración de pacientes que consultan por infertilidad es de suma importancia realizar historia clínica y examen físico completo de ambos miembros de la pareja, debido a que con estos se puede determinar la etiología de la misma.

En la historia clínica de la mujer es importante conocer si padece alguna otra afección médica, la exposición a dietilestilbestrol, las características de sus ciclos menstruales como por ejemplo la regularidad de la menstruación, la duración, la presencia de síndrome pre menstrual, la cantidad de flujo y la presencia de síntomas asociados.

También, es importante conocer los antecedentes del desarrollo puberal como la menarca, también el uso previo de métodos anticonceptivos, así como la duración y el tipo de los mismos, si existieron embarazos previos y como evolucionaron los mismos, el antecedente de cirugías pélvicas anteriores, la presencia de infecciones de transmisión sexual o enfermedad pélvica inflamatoria y el consumo actual de fármacos, la frecuencia coital, el consumo de tabaco, alcohol o drogas ilícitas o lícitas.

En cuanto a la exploración física de estas pacientes es de suma importancia la exploración completa incluyendo signos vitales. En la exploración general es importante detectar la presencia de signos de hiperandrogenismo, obesidad, bajo peso o acantosis nigricans, ya que estas nos pueden orientar a la causa de la infertilidad.

En la exploración por sistemas se debe valorar realizar examen de mamas, tiroides para verificar si existe aumento de volumen de la misma o la presencia de nódulos, examen pélvico determinando el tamaño del útero, la forma, su posición y movilidad, además de la presencia de masa anexiales.

Los estudios adicionales en la paciente femenina consisten en exámenes de laboratorio e imagen para detectar anomalías en la reserva ovárica, función ovulatoria y las anomalías estructurales.

La reserva ovárica consiste en el potencial reproductivo que tienen los ovarios de una mujer, por lo tanto una medición disminuida de la misma nos orienta a un diagnóstico de infertilidad, pese a su importancia no existen criterios establecidos para determinarla, pero se cuenta con diferentes parámetros de laboratorio e imagen que podrían orientar a una reserva ovárica disminuida.

Una medición de la hormona folículo estimulante en los días dos a cinco del ciclo menstrual de más de 10UI/L indica una reserva ovárica disminuida, además, los niveles de estradiol aumentado podrían suprimir la producción de la hormona folículo estimulante⁽¹⁷⁾.

También, la medición de la hormona antimulleriana en cualquier momento del ciclo menstrual nos predice una reserva ovárica disminuida.

El principal estudio de imagen para determinar reserva ovárica disminuida es la ecografía, menos de cinco folículos ováricos orienta al diagnóstico, sabiendo que condiciones como el Síndrome de Ovario poliquístico podría aumentar este número y el uso de Anticonceptivos Orales podría llegar a disminuirlo.

La disfunción ovulatoria se asocia con oligomenorrea o amenorrea y/o un nivel de progesterona lútea de menos de 3ng/ml, cabe destacar que la presencia de ciclos menstruales normales puede cursar con anovulación⁽¹⁷⁾.

Diversos factores como el nivel de progesterona lútea, la hormona luteinizante, temperaturas basales bifásicas y cambios en el moco cervical son sugestivos de disfunción ovulatoria, también es importante valorar los niveles de hormona

estimulante de la tiroides, la presencia de hiperprolactinemia, trastornos alimenticios, ejercicio intenso, obesidad y tumores hipofisarios en pacientes que presenten clínica congruente además cabe destacar que la principal causa de disfunción ovulatoria es el Síndrome de Ovario Poliquístico.

En cuanto los factores estructurales que pueden causar infertilidad se incluyen los factores tubáricos, donde se recomiendan las pruebas de imagen como la histerosalpingografía para valorar la permeabilidad de las trompas uterinas, también existen técnicas modernas como la histerosalpingosonografía que combina el uso de medios de contraste con el ultrasonido transvaginal.

Para detección de anomalías estructurales en la cavidad uterina se cuenta con pruebas como la sonohisterografía, el ultrasonido transvaginal y la histeroscopia, cada uno se utiliza dependiendo del diagnóstico en sospecha, donde las principales causas de infertilidad a este nivel corresponden a pólipos uterinos, sinequias y fibromas, donde solo los de gran tamaño que distorsionen la pared uterina son capaces de causar infertilidad.

- **Endometriosis**

La endometriosis es una enfermedad benigna, crónica muy frecuente en la población femenina caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Esta patología se caracteriza por ser estrógeno dependiente y por presentar una resistencia a la progesterona.

- **Epidemiología**

Su prevalencia es bastante elevada y oscila entre un 2-10% en mujeres en edad reproductiva⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Pese a que se han descrito casos en mujeres premenarquicas y postmenopausicas, la edad de presentación más frecuente varía entre veinticinco y treinta y cinco años⁽¹⁸⁾.

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de esta patología se encuentra la exposición prolongada a estrógenos endógenos como en el caso de mujeres con menarca temprana, edades avanzadas para el embarazo y ciclos menstruales cortos así como también la presencia de un componente genético, principalmente relacionado con familiares de primer grado.

El tejido endometrial ectópico se encuentra localizado principalmente en pelvis, ovarios, ligamentos uterosacros y saco de Douglas⁽¹⁹⁾, aunque puede tomar localizaciones extra pélvicas y dando sintomatología por una marcada reacción inflamatoria crónica que produce sangrados anormales y fibrosis con las posteriores adherencias.

○ **Etiología**

La etiología de esta patología aún no está clara, pero existen diversas teorías que tratan de explicar la fisiopatología de la enfermedad como la teoría de transporte retrogrado de Sampson, la teoría de metaplasia celómica, la teoría embrionaria mulleriana y la teoría de diseminación hematógena linfática⁽¹⁹⁾.

De estas teorías la más aceptada es la teoría de transporte retrógrado de Sampson o menstruación retrógrada que consiste en una migración de las células endometriales

por las trompas de Fallopio favorecidas por la presencia de flujo menstrual retrógrado que posteriormente se implantan en la pelvis.

Las otras teorías presentan menos apoyo pero explican factores importantes considerar, la teoría de metaplasia celómica o de Robert Meyer se basa en la presencia de metaplasia en el nivel de las células del peritoneo visceral y abdominal en células endometriales favorecidas por estímulos hormonales y ambientales, la teoría mulleriana se asocia con una alteración de tipo estructural durante el proceso de organogénesis durante la gestación y la teoría de diseminación vascular o linfática explica la presencia de focos endometriales fuera de la cavidad pélvica.

- **Sintomatología**

Pese a ser una patología frecuente entre la población femenina en la mayoría de los casos se detecta en fases avanzadas, debido a que su clínica es muy inespecífica, esta se basa principalmente en la triada de dismenorrea, dispareunia y disquecia⁽¹⁷⁾, aunque también se puede presentar dolor pélvico de forma cíclica, sangrados anormales e infertilidad.

También pueden presentar sintomatología dependiendo de la localización del tejido endometrial ectópico, siendo frecuentes los síntomas gastrointestinales como diarreas, estreñimiento y síndrome de intestino irritable y síntomas del sistema urinario como disuria y en algunos casos hematuria.

Esta enfermedad es de suma importancia para las pacientes que la padecen y para la sociedad, ya que la dismenorrea que presentan aparece uno o dos días antes del periodo menstrual, siendo causa frecuente de ausentismo laboral y escolar, e interfiere

con sus actividades de la vida diaria, la dispareunia en estas pacientes es importante debido que la alteración de su vida sexual puede traer repercusiones psicológicas.

- **Diagnóstico**

El diagnóstico de la endometriosis es individualizado, siempre es de suma importancia la realización de historia clínica y examen físico completo, realizando tacto vaginal bimanual para descartar datos de enfermedad profunda como, hipersensibilidad uterina, inmovilidad, presencia de nódulos endometrioides en el fornix posterior y el engrosamiento palpable de los ligamentos uterosacros, también es importante realizar especuloscopia ya que la presencia de lesiones azuladas en la cavidad sugieren la presencia de tejido endometrial ectópico.

La mejor técnica para demostrar la presencia de endometriosis es la laparoscopia diagnóstica, pero pese a ser una prueba útil para confirmar el diagnóstico no se realiza en todas las pacientes, debido a que al ser un procedimiento quirúrgico presenta riesgo elevado y alto costo económico.

En cuanto a pruebas de imagen se cuenta con la ecografía pélvica sea vía suprapúbica o vía transvaginal, este es útil para descartar la presencia de endometriomas localizados en el nivel de los ovarios, también se puede realizar una resonancia magnética para valorar los tejidos previo a un tratamiento quirúrgico y también para la visualización de quistes endometriales ováricos y valorar la extensión de endometriosis profunda.

También, la ecoendoscopia rectal es útil en casos de que se presente sintomatología a este nivel para descartar la presencia de endometriosis en el área rectosigmoidea.

El ultrasonido doppler podría aportar utilidad al visualizar disminución del flujo sanguíneo en un endometrioma.

- **Tratamiento**

El tratamiento de la endometriosis es amplio y siempre debe ser individualizado, además debido a que esta es una patología crónica el único tratamiento definitivo es el quirúrgico, pero se cuenta con una amplia gama de terapia sintomática.

En el caso de pacientes sin deseo genésico el uso de anticonceptivos orales y progesterona son una buena opción terapéutica para crear un ambiente poco estrogénico y disminuir la progresión de la enfermedad, además si las pacientes cuentan con contraindicaciones para el uso de estos se pueden usar los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina.

Si los síntomas persisten a pesar del tratamiento con anticonceptivos se debe recurrir a la opción quirúrgica que puede ir desde laparoscopia para eliminar las áreas afectadas, eliminación de adherencias o resección de órganos afectados por el tejido endometrial ectópico.

Luego del procedimiento quirúrgico se recomienda la administración de anticonceptivos para prevenir la aparición de recidivas de la enfermedad.

En el caso de pacientes que aun cuenten con deseo genésico el único tratamiento sintomático disponible es la administración de antiinflamatorios no esteroideos.

- **Prolapso genital**

El prolapso genital es una patología muy común entre la población femenina que consiste en el descenso sea total o parcial de todos o algunos órganos de la pelvis por

la abertura vaginal, esto por incompetencia de los elementos que dan sostén a los órganos pélvicos.

De acuerdo al órgano prolapsado por el canal vaginal se asignan nombres para diferenciarlos, así, el prolapso de la vejiga se denomina cistocele, el de la uretra, uretrocele, enterocele si corresponde a una porción intestinal, rectocele si la estructura del prolapso es el recto y prolapso uterino si existe descenso del útero.

- **Epidemiología**

Esta patología es muy frecuente en la población y se estima que nueve de cada diez mujeres van a presentar algún grado de prolapso durante sus vidas⁽²¹⁾.

Además, cabe destacar que la incidencia de esta patología aumenta con la edad, y como la expectativa de vida se encuentra en aumento por las mejoras en los sistemas de salud y el saneamiento ambiental se espera que en el futuro la incidencia sea aún mayor.

- **Etiología**

La etiología del prolapso genital es de tipo multifactorial, pero pese a esto existe relación clara con condiciones como el parto vaginal, principalmente en mujeres multíparas donde intervienen factores como el pujar, la posición de la mujer durante la expulsión del feto, la realización de episiotomía y el uso de instrumentos como fórceps o ventosas, también se han asociado condiciones genéticas importantes y congénitas que predisponen a laxitud o debilidad del piso pélvico como la enfermedad de Ehlers-Danlos y síndrome de Marfan.

Además, existen otras causas descritas como levantar cargas pesadas de manera repetitiva, la presión intraabdominal elevada, el fumado, la menopausia, la tos crónica incluyendo enfermedades crónicas con la misma condición como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

- **Clasificación**

La clasificación del prolapso genital se basa en la clasificación del Sistema de cuantificación de prolapso de órganos pélvicos o POP-Q, por sus siglas en inglés. La Sociedad Internacional de Continencia aceptó esta clasificación en el año 1995, y posteriormente fue aceptada por la Sociedad Americana de Uroginecología y la Sociedad de Cirujanos Ginecológicos para facilitar la estadificación de las pacientes⁽²¹⁾. La clasificación POP-Q utiliza nueve medidas en centímetros las cuales toman en cuenta dos puntos anteriores, dos posteriores, un punto con relación al cuello uterino, un punto relacionado con el fornix posterior, una medición al cuerpo perineal, al hiato genital y la medición de la longitud vaginal total.

Estos datos se agregan en una tabla de medidas 3x3 y se anota el símbolo (+) a las mediciones que se encuentran por fuera del himen y el símbolo (-) a las que se encuentran cercanas a él. Una vez que se cuenta con estos datos se facilita el estadiaje del prolapso, siendo el mismo clasificado como⁽²¹⁾:

- A) Cuando no existe ningún grado de prolapso.
- B) Cuando el prolapso se encuentre 1cm por encima del himen

- C) Cuando el prolapso se encuentre +/- a 1cm del himen
- D) Cuando el prolapso es mayor a 1cm del himen pero la protrusión no es mayor a 2 cm de la longitud vaginal.
- E) Cuando el prolapso es completo.

- **Sintomatología**

La sintomatología del prolapso genital es amplia, y depende del órgano afectado por el prolapso. Pese a esto, la mayoría de pacientes reportan sensación de pesadez pélvica o sensación de cuerpo extraño.

En cuanto a la sintomatología urinaria las pacientes pueden cursar con nicturia, urgencia urinaria, disuria, sensación de vaciamiento incompleto, dificultad para iniciar la micción y en casos de prolapso grado cuatro, donde la vejiga comprime casi por completo la uretra se pueden presentar episodios de retención aguda de orina.

Cuando se presenta un prolapso rectal los síntomas digestivos varían desde dificultad para defecar y sensación de evacuación incompleta hasta casos avanzados donde se requieren maniobras de manipulación vaginal o perineal para poder iniciar la defecación.

Además de la sintomatología mencionada, muchas de estas pacientes cursan con cuadros de dispareunia, donde su actividad sexual puede traer consigo síntomas depresivos y de culpa.

- **Tratamiento**

El tratamiento del prolapso genital puede ser de tipo conservador en las pacientes con prolapso grado uno o dos que son asintomáticas, en ellas son recomendables los ejercicios de Kegel para fortalecer el piso pélvico y evitar los factores contribuyentes como el fumado y levantar objetos pesados.

En pacientes grado dos que se encuentren sintomáticas o en grado tres y cuatro se recomienda el tratamiento quirúrgico para la corrección del prolapso, debido a que la sintomatología que desencadena afecta de forma considerable la calidad de vida de las pacientes que lo padecen.

- **Síndrome Premenstrual**

El Síndrome Premenstrual es un trastorno clínico cíclico que se presenta durante la fase lútea del periodo menstrual.

- **Etiología**

En cuanto a la etiología de esta patología no se encuentra una causa claramente establecida, pero se ha asociado factores hormonales, genéticos y una fuerte relación con neurotransmisores como la serotonina, además se han relacionado como factores predisponentes que aumentan el riesgo de padecer síndrome pre menstrual el grupo de edad entre veinticinco y treinta y cinco años, la presencia de ciclos menstruales alterados sea con ciclos muy cortos y de muchos días de duración, la historia clínica psiquiátrica y los antecedentes familiares.

- **Sintomatología**

La sintomatología aparece de cinco a diez días antes del inicio del periodo, y en la mayoría de pacientes desaparece cuando este empieza o en los cuatro a siete días posteriores, pudiendo afectar la capacidad física, cognitiva y emocional de las pacientes⁽²²⁾.

La edad de presentación más común varía entre los veinte y los cuarenta años y el síntoma más comúnmente reportado es la dismenorrea, pero pese a esto la sintomatología es amplia y varía entre las pacientes.

En el nivel emocional se pueden presentar síntomas depresivos catalogados como depresión moderada en un 15,9% de las pacientes y severa en un 1,8% de ellas⁽²³⁾, también irritabilidad, tristeza, ira, insomnio y olvidos, también se pueden presentar alteraciones físicas como calambres abdominales, dolor de mamas, migraña, fatiga, inflamación, acné y aumento de peso, y síntomas conductuales como disminución de la concentración, aislamiento social y atracones de alimentos.

Dependiendo de la sintomatología de cada paciente, y como esta altera su calidad de vida; se puede catalogar como síndrome pre menstrual:

- Leve-moderado. A las pacientes con síntomas leves a moderada, que no interfieren de forma importante en sus actividades diarias.
- Trastorno dismórfico premenstrual. A las pacientes con sintomatología severa con afectación importante de su calidad de vida, siendo este grupo de un 5-8% de las pacientes y de un 75-80% síndrome pre menstrual⁽²²⁾.

- **Diagnóstico**

En cuanto al diagnóstico de esta enfermedad según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM 5, por sus siglas en Inglés es importante documentar los síntomas presentes en dos o tres periodos menstruales para establecer una relación con el momento del ciclo y la sintomatología, para esto es necesario que las pacientes anoten los síntomas diariamente que presentan durante el periodo, teniendo como limitación pacientes con bajo coeficiente intelectual⁽²⁴⁾.

Los criterios diagnósticos según el DSM 5 son⁽²⁴⁾:

A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.

B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:

1. Labilidad afectiva intensa.
2. Irritabilidad intensa.
3. Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
4. Ansiedad, tensión, o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.

1. Disminución del interés por las actividades habituales
2. Dificultad subjetiva de concentración.

3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnia o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.
7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.

D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas

E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).

F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una o a otra afección médica.

- **Tratamiento**

El tratamiento de esta patología se basa en medidas higiénico dietéticas en caso de síntomas leves se recomienda la realización de ejercicio físico, evitar el estrés, alimentos pobres en sal y evitar el consumo de cafeína y alcohol.

En pacientes con síntomas leves-moderados se recomienda la administración de calcio, vitamina E que favorece los síntomas en pacientes que cursan con migrañas, vitamina D, vitamina B6 debido a que mejora la hinchazón, el edema y cuadros de acné y la administración de magnesio^(22,25).

En pacientes con sintomatología moderada-grave está indicada la administración de antidepresivos, principalmente inhibidores selectivos de la receptación de serotonina, diuréticos como la espirolactona desde el día catorce del ciclo menstrual, antiinflamatorios no esteroideos y anticonceptivos orales.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de este trabajo de investigación es de tipo cuantitativo debido a que se delimita un problema inicial, el cual es medible, observable y viable y permite realizar una relación entre las variables por estudiar.

Según R. Hernández⁽²⁶⁾ este tipo de enfoque permite comprobar hipótesis siempre y cuando los pasos de la investigación se sigan de manera rigurosa, inicialmente se plantea un problema de investigación del cual deriva el marco teórico y la formulación de hipótesis, posteriormente la recolección de datos y el consiguiente análisis de los mismos.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación de este trabajo es de tipo descriptivo, ya que los datos son obtenidos de una base de datos, no se obtienen datos nuevos ni se manipulan los anteriores.

El objetivo principal de una investigación de tipo descriptivo es como su nombre lo dice describir una situación en estudio, al indicar cuáles son sus características y cómo se comporta la misma; esto se realiza por medio de la recolección de datos y no se pretende explicar cómo estos fenómenos se relacionan entre sí⁽²⁶⁾.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

El área geográfica de investigación corresponde a Costa Rica.

- Fuentes primarias. Por el tipo de estudio no se cuenta con fuentes de información primarias.
- Fuentes secundarias. Se cuentan con fuentes de información de páginas web como el Instituto Métricas en Salud, libros y artículos.

3.3.1 Población

La población en estudio corresponde a las mujeres costarricenses mayores de cinco años durante el periodo 1990-2017.

3.3.2 Muestra

Por el tipo de investigación no se utilizan muestras.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.

- Criterios de inclusión
Mujeres mayores de cinco años que presentaron enfermedades ginecológicas en Costa Rica durante el periodo 1990-2017.

- Criterios de exclusión
No se cuentan con criterios de exclusión.

3.4 METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo de investigación se ingresa a la página web del Instituto Métricas en Salud usando la herramienta del estudio *Global Burden of Disease* (GBD) de donde se obtienen los datos estadísticos necesarios para el cumplimiento de los objetivos antes descritos, se toman datos referentes a mortalidad, prevalencia, incidencia, años de vida perdidos por muerte prematura, años vividos con discapacidad y años de vida ajustados por discapacidad.

En cuanto a datos estadísticos se va a utilizar para el análisis la población femenina mayor de cinco años, debido a que en El Instituto Métricas en salud poblaciones menores a esta edad los datos son estadísticamente no significativos.

Posteriormente se crea un nuevo documento de Microsoft Excel donde se introduce una tabla con los valores antes descritos para luego proceder a la creación de gráficos para un mejor análisis de los mismos.

Las fórmulas por utilizar son las siguientes:

- Años de vida ajustados por discapacidad:

$$AVAD= AVP + AVD$$

Donde AVP son los años de vida perdidos por muerte prematura y AVD son los años vividos con discapacidad.

- Años de vida perdidos por muerte prematura

$$AVP= EV - EM$$

Donde EV es esperanza de vida y EM es edad de muerte.

- Años de vida con discapacidad
- Tasa de prevalencia

$$Tasa\ prevalencia = \frac{No.casos\ de\ enfermedades\ ginecológicas}{total\ de\ la\ población\ a\ mitad\ del\ periodo} \times 100.000$$

- Tasa de Incidencia

$$Tasa\ de\ incidencia = \frac{No.casos\ nuevos\ de\ enfermedades\ ginecológicas}{total\ de\ la\ población\ a\ mitad\ del\ periodo} \times 100.000$$

- Tasa de mortalidad

$$Tasa\ de\ mortalidad = \frac{No.de\ muertes\ por\ enfermedades\ ginecológicas\ en\ el\ grupo\ de\ X\ edad}{No.habitantes\ edad\ X} \times 100.000$$

3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación de este trabajo es de tipo no experimental, longitudinal, ecológico mixto.

Debido a que los datos estadísticos analizados son tomados de la base de datos del Instituto Métricas en Salud sin realizar modificaciones de los mismos este es considerado un estudio no experimental. Además es de tipo longitudinal debido a que se estudia un periodo de tiempo desde 1990 a 2017 y de tipo ecológico mixto ya que el objeto de estudio es un grupo de personas.

Según R. Hernández⁽²⁶⁾ en este tipo de diseño no se manipulan las variables por parte del investigador, solo se observa la forma natural de un proceso para luego proceder a su análisis.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Determinar los años de vida ajustados por discapacidad por Enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017 según grupo etario.	Años de vida ajustados por discapacidad.	Mortalidad perdida por muerte prematura con los años vividos con discapacidad,	Tasa de años de vida ajustados por discapacidad.	Tasa de años de vida ajustados por discapacidad por Enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017	Base de datos del Instituto Métricas en Salud.
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Grupos etarios	.	Base de datos Instituto Métricas en Salud

Investigar los años de vida perdidos por muerte prematura por enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017 según grupo etario.	Años de vida perdidos por muerte prematura.	Pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros	Tasa de años de vida perdidos por muerte prematura.	Tasa de años de vida perdidos por muerte prematura Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017	Base de datos Instituto Métricas en Salud.
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales	Grupos etarios		Base de datos Instituto Métricas en Salud.

Investigar los años vividos con discapacidad por enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017 según grupo etario.	Años vividos con discapacidad.	Años de vida saludable perdidos por morir de manera prematura o por vivir con discapacidad.	Tasa de años de vida vividos con discapacidad.	Tasa de años vividos con discapacidad por enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017	Base de datos Instituto Métricas en Salud.
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Grupos etarios.		Base de datos Instituto Métricas en Salud.

<p>Determinar prevalencia por enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017 según grupo etario.</p>	<p>Prevalencia</p>	<p>La tasa de prevalencia se define como el número de casos existentes de una enfermedad u otro evento de salud dividido por el número de personas de una población en un período específico</p>	<p>Tasa de prevalencia.</p>	<p>Tasa de prevalencia por enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017.</p>	<p>Base de datos Instituto Métricas en Salud.</p>
---	--------------------	--	-----------------------------	---	---

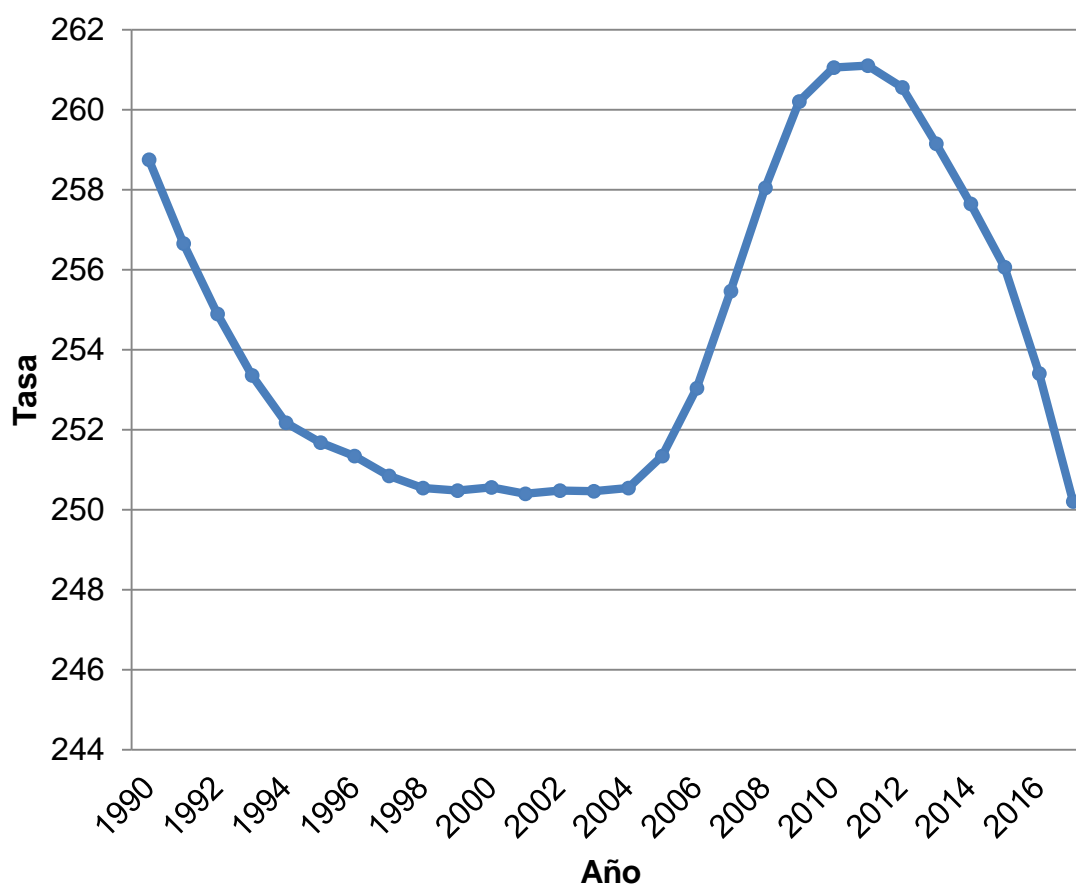
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Grupos etarios.		Base de datos Instituto Métricas en Salud.
Investigar la incidencia por enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017 según grupo etario	Incidencia	Número de casos nuevos de una enfermedad u otra condición de salud dividido por la población en riesgo de la enfermedad (población expuesta) en un lugar específico y durante	Tasa de incidencia	Tasa de incidencia por enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017	Base de datos Instituto Métricas en Salud.

		un período específico.			
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Grupos etarios.		Base de datos Instituto Métricas en Salud.
Investigar la mortalidad por enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017 según grupo etario.	Mortalidad	Indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa.	Tasa de mortalidad.	Tasa de mortalidad por enfermedades Ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017	Base de datos Instituto Métricas en Salud.

	Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.			Base de datos Instituto Métricas en Salud.
--	------	--	--	--	--

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Gráfico N° 1: Tasa estandarizada de años de vida ajustados por discapacidad en enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica en el periodo de 1990-2017. Tasa por 100.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia⁽⁸⁾.

En este gráfico se observa el comportamiento fluctuante de los años de vida ajustados por discapacidad en tasas estandarizadas por 100.00' habitantes.

Al inicio del periodo en estudio, durante el año 1990 la tasa de años de vida ajustados por discapacidad fue de 258,75 por cada 100.000 habitantes, posterior a

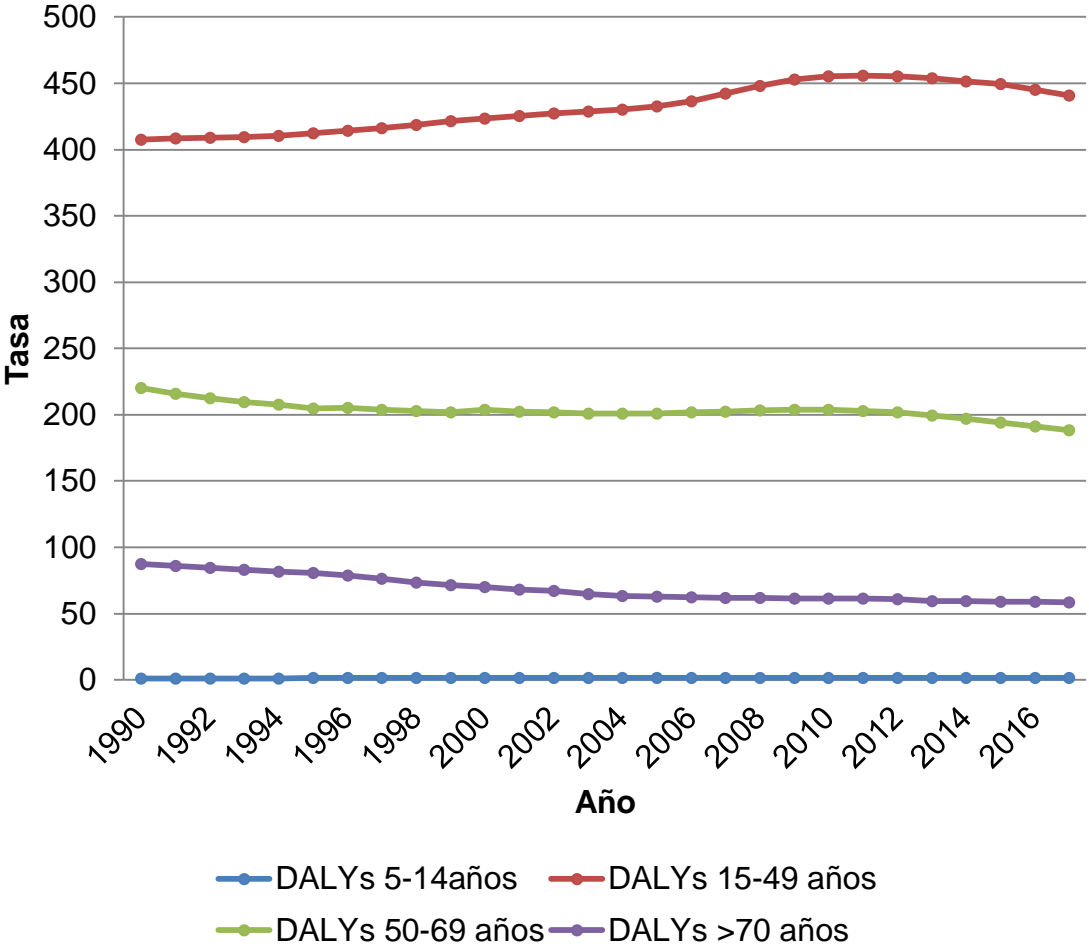
este año se inicia una tendencia en disminución hasta 1998, donde se registró una tasa de 250,54.

Durante el periodo de 1998-2004 se mantuvo una tendencia constante al permanecer en valores entre 250,41 y 250,55 por cada 100.000 habitantes.

Luego del año 2004 se inició un aumento en la tendencia hasta alcanzar en el año 2011 la tasa más elevada, siendo la misma de 261,11 por cada 100.000 habitantes.

Posterior al año 2011 se observa una tendencia en constante disminución en la tasa de años de vida ajustados por discapacidad por patología ginecológica, hasta alcanzar la tasa más baja del periodo en estudio en el final del mismo, durante el año 2017, al registrar 250,21 por cada 100.000 habitantes.

Gráfico N°2: Tasa de años de vida ajustados por discapacidad en enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica en el periodo de 1990-2017 según grupos etarios. Tasa por 100.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia⁽⁸⁾.

En este gráfico se observa el comportamiento de los años de vida ajustados por discapacidad según grupos etarios.

El grupo etario de 5-14 años obtuvo la menor tasa de años de vida ajustados por discapacidad por patología ginecológica, al registrar este grupo etario su mayor tasa durante el año 2009, siendo esta de 1,46 por cada 100.000 habitantes y su tasa más baja durante el año 1990 con 1,28 por cada 100.000 habitantes.

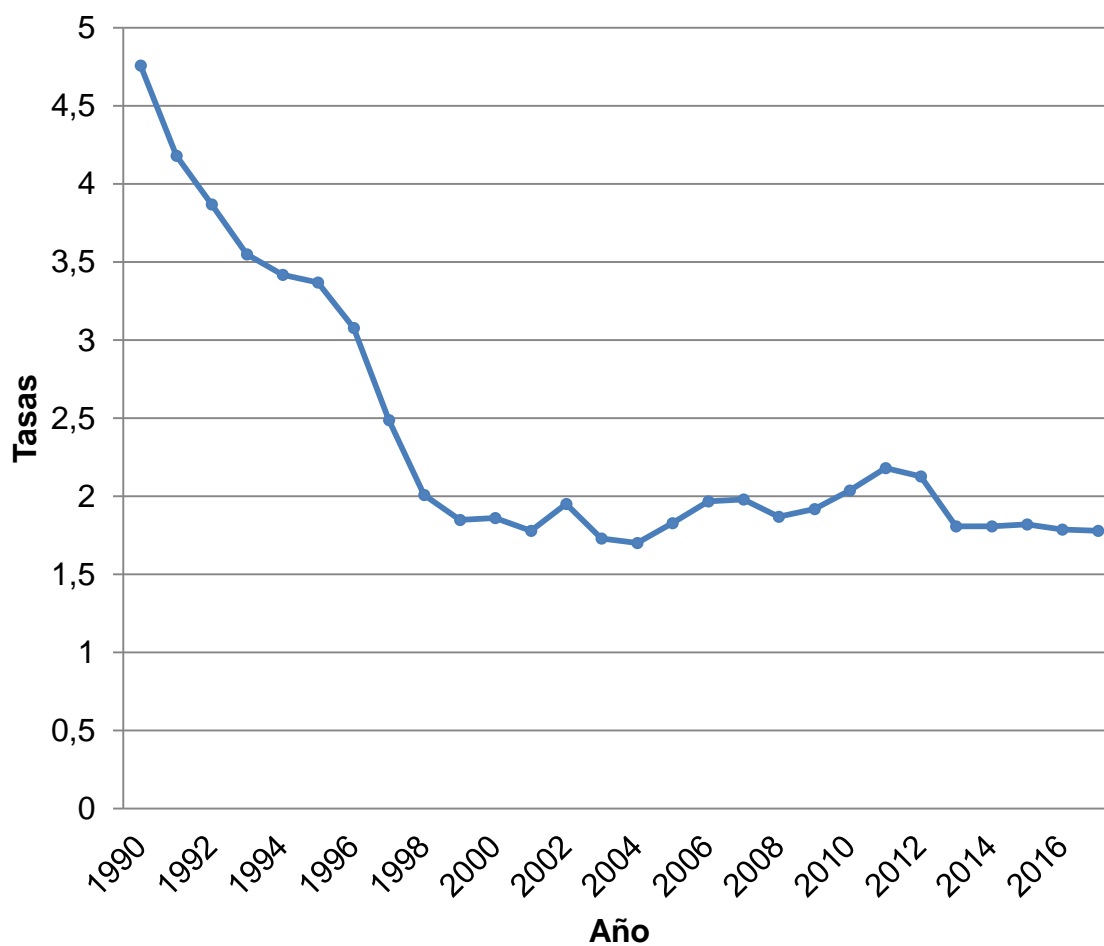
El grupo etario de 15-49 años se presentaron las tasas más elevadas del periodo en estudio, siendo la menor tasa para este grupo etario en el inicio del periodo, en el año 1990, esta fue de 407,66 casos por cada 100.000 habitantes, posterior a este año se produjo un aumento en la tendencia al alcanzar la tasa más elevada en el año 2011 con 455,8, posterior a este año se mantiene una constante disminución de esta tasa hasta el final del periodo.

El grupo etario de 50-69 años se produjo una tendencia en disminución, siendo la tasa más elevada al inicio del periodo en el año 1990 con 220,36 casos por cada 100.000 habitantes y alcanzando el pico más bajo al final del mismo en el año 2017 con 188,23.

En el grupo etario de mayores de 70 años la tasa más alta se presentó durante el año 1990, siendo la misma de 87,57 casos por cada 100.000 habitantes, en el final del periodo, en el año 2017 se observa la tasa más baja, siendo de 58,52.

Gráfico N°3: Tasa estandarizada de años de vida perdidos por muerte prematura por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica, en el periodo de 1990-2017.

Tasa por 100.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia⁽⁸⁾.

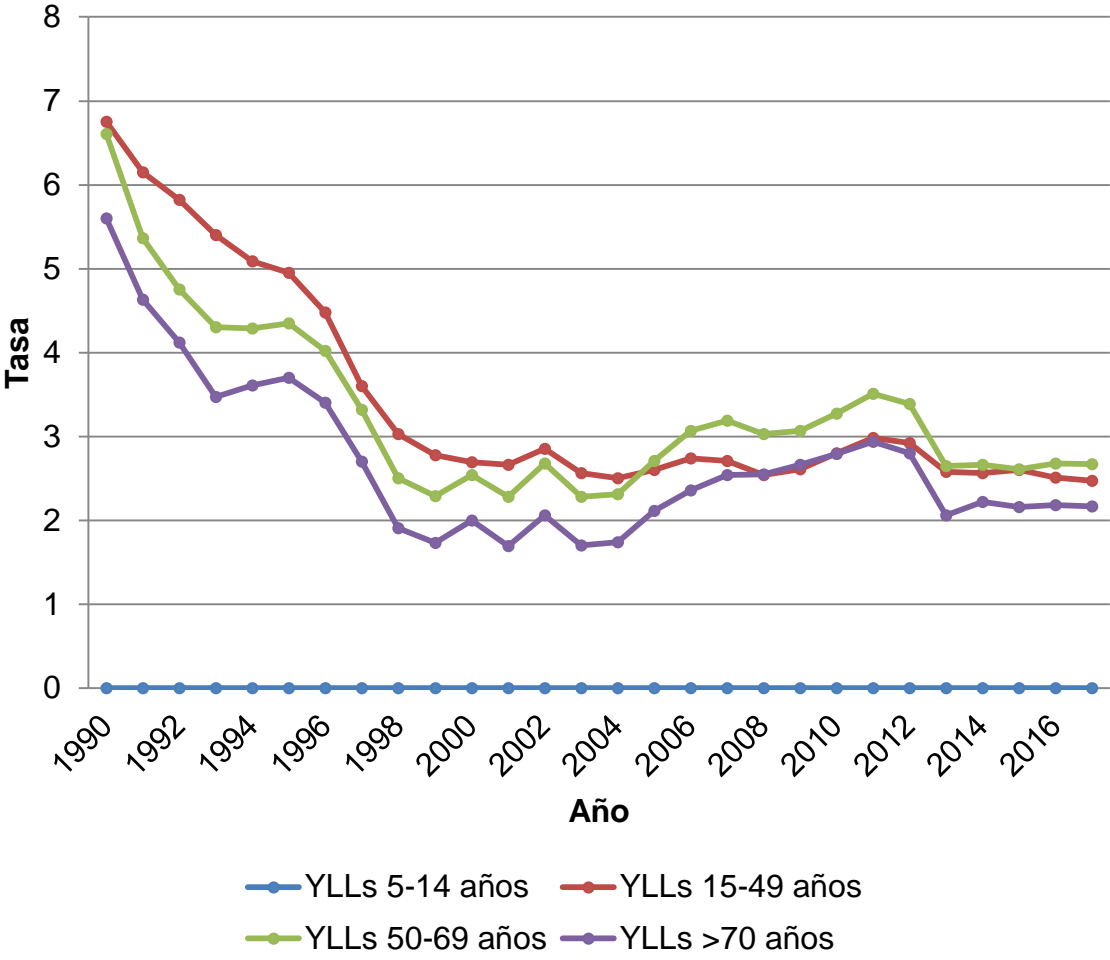
En este gráfico se observa el comportamiento fluctuante de años de vida perdidos por muerte prematura en tasas estandarizadas.

Al inicio del periodo durante el año 1990 se presentó la tasa más elevada por muerte prematura a causa de enfermedades ginecológicas, siendo la misma de 4,76 por cada 100.000 habitantes.

Posterior a 1990 se observa una tendencia en disminución, hasta alcanzar la tasa más baja del periodo de estudio en el año 2004, correspondiendo la misma a 1,7 por cada 100.000 habitantes.

Durante el periodo 2004-2012 se observa una tendencia fluctuante pero en aumento, hasta alcanzar en el año 2013 un comportamiento lineal hasta el final del periodo en el año 2017, oscilando tasas entre 1,78 y 1,82 por cada 100.000 habitantes.

Gráfico N° 4: Tasa de años de vida perdidos por muerte prematura por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica, en el periodo de 1990-2017 según grupos etarios. Tasa por 100.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia⁽⁸⁾.

En este gráfico se observa la tendencia en la tasa de años de vida perdidos por muerte prematura según grupos etarios, se puede notar el comportamiento en paralelo de los grupos en mayores de 15 años.

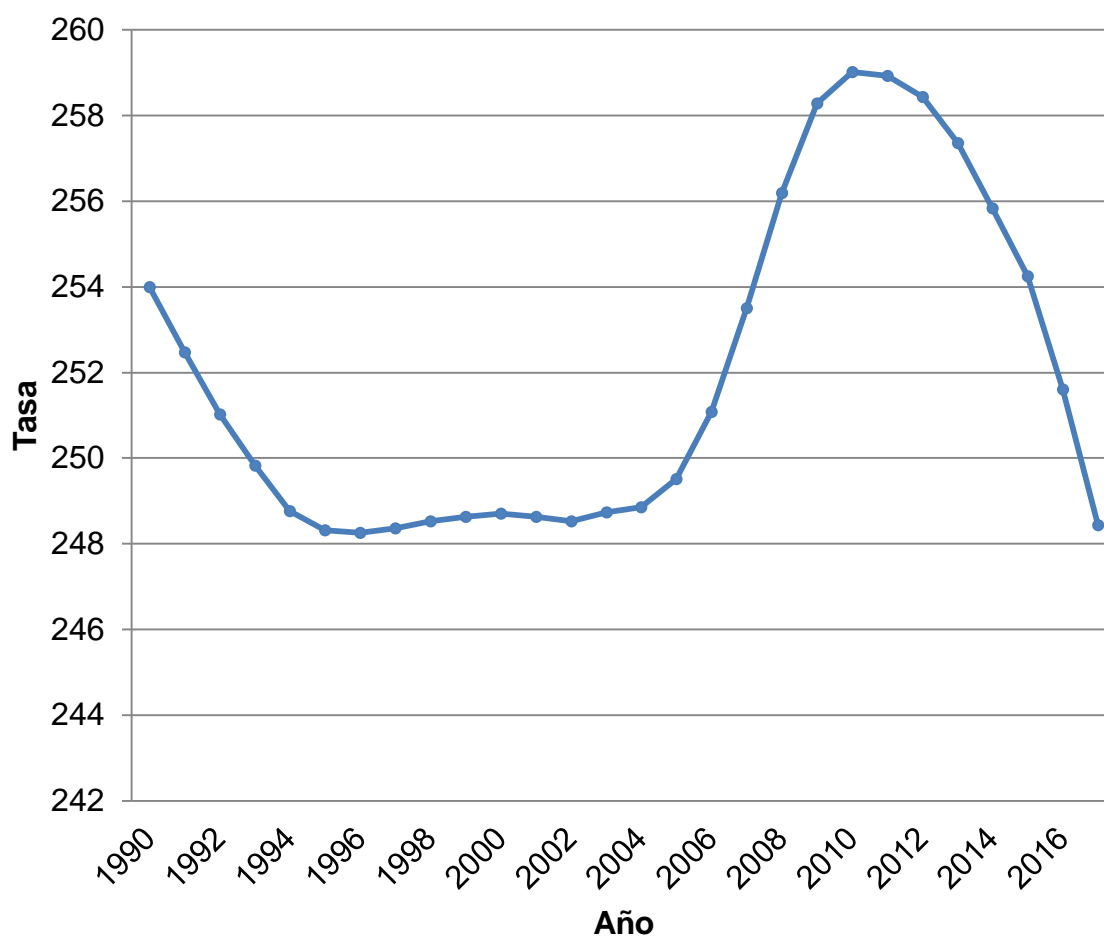
En el grupo etario de 5-14 años se observan cero casos durante todo el periodo.

En el grupo etario de 15-49 años se presentó la tasa más elevada del periodo en estudio durante el año 1990, la cual fue de 6,75 por cada 100.000, posterior a este año la tendencia se mantuvo en disminución al alcanzar la tasa más baja para este grupo etario durante el año 2017 con 2,47 por cada 100.000 habitantes.

Durante el año 1990 el grupo etario de 50-69 años presentó su tasa más elevada con 6,61 por cada 100.000, posteriormente en el año 2001 se obtuvo la tasa más baja para este grupo etario, siendo la misma de 2,28. Posterior al año 2001 se mantuvo un comportamiento en ascenso hasta el periodo 2013-2017, donde se registró una tendencia constante con tasas entre 2,61 y 2,68 por cada 100.000 habitantes.

En el grupo de mayores de 70 años, la tasa más elevada fue de 5,6 por cada 100.000 también para el año 1990, y la tasa más baja fue durante el año 2001 con 1,69 por cada 100.000 habitantes, además, en este grupo etario también se registra un periodo constante entre 2013 y 2017 con tasas que oscilan entre 2,06 y 2,22 por cada 100.000 habitantes.

Gráfico N° 5: Tasa estandarizada de años de vida con discapacidad por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica en el periodo de 1990-2017. Tasa por 100.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia⁽⁸⁾.

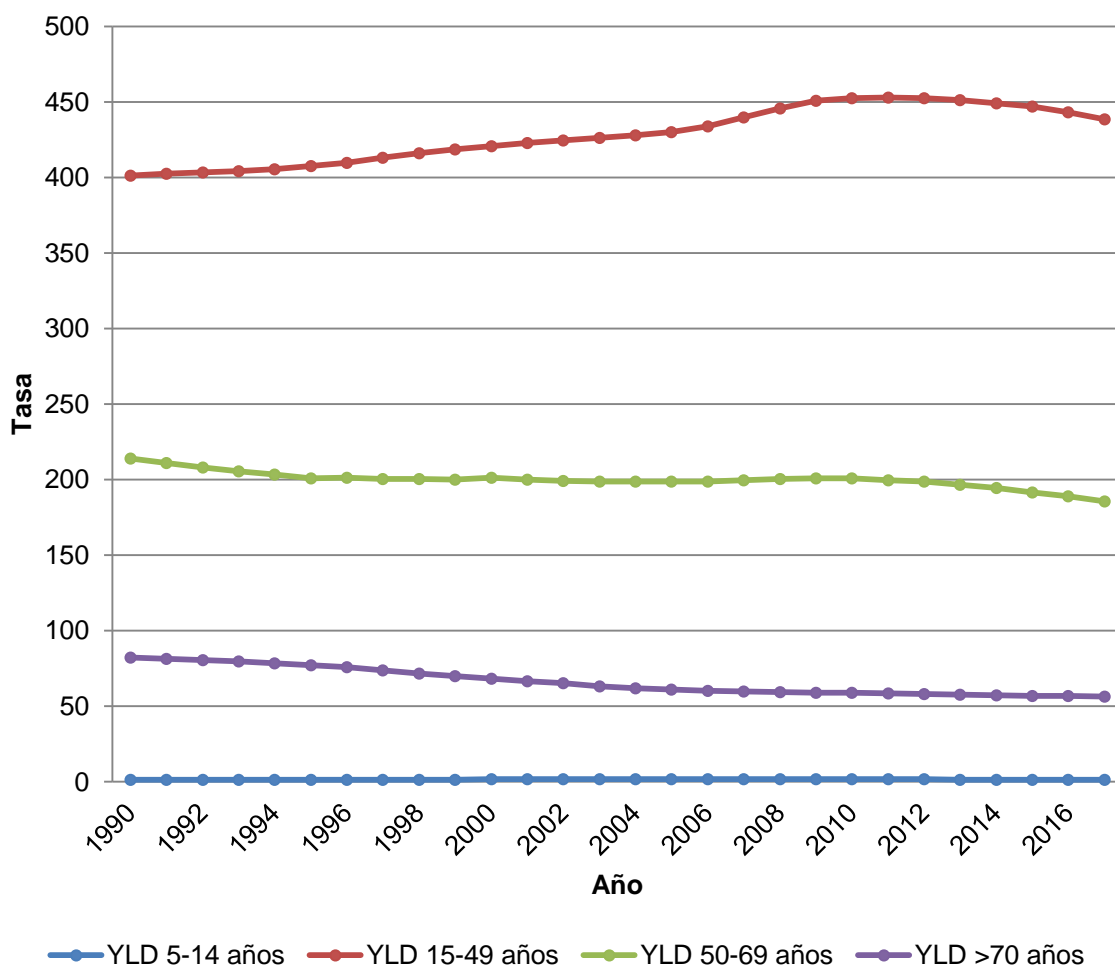
En este gráfico se observa la tendencia de la tasa de años de vida con discapacidad en tasas estandarizadas por 100.000 habitantes.

En el inicio del periodo en estudio, durante el año 1990 se presentó una tasa de 253,99 por cada 100.000 habitantes, posterior a este año la tendencia se mantuvo en disminución hasta el año 1996, donde se constató una tasa de 248,26.

Posterior al año 1996 se mantuvo un constante ascenso en la tasa de años de vida con discapacidad por patología ginecológica hasta alcanzar el punto más elevado del periodo de estudio durante el año 2010, al presentar una tasa de 259,02 por cada 100.000 habitantes.

Después del año 2010, se observa una tendencia en disminución al registrar una tasa de 248,44 al final del periodo durante el año 2017.

Gráfico N° 6: Tasa de años de vida con discapacidad por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica en el periodo de 1990-2017 según grupos etarios. Tasa por 100.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia⁽⁸⁾.

Este gráfico se observa la tendencia en los años de vida vividos con discapacidad por enfermedades ginecológicas según grupos etarios.

En los grupos etarios de 5-14 años y de 15-49 años se presentaron las tasas más bajas en el inicio del periodo en estudio con un comportamiento posterior en ascenso.

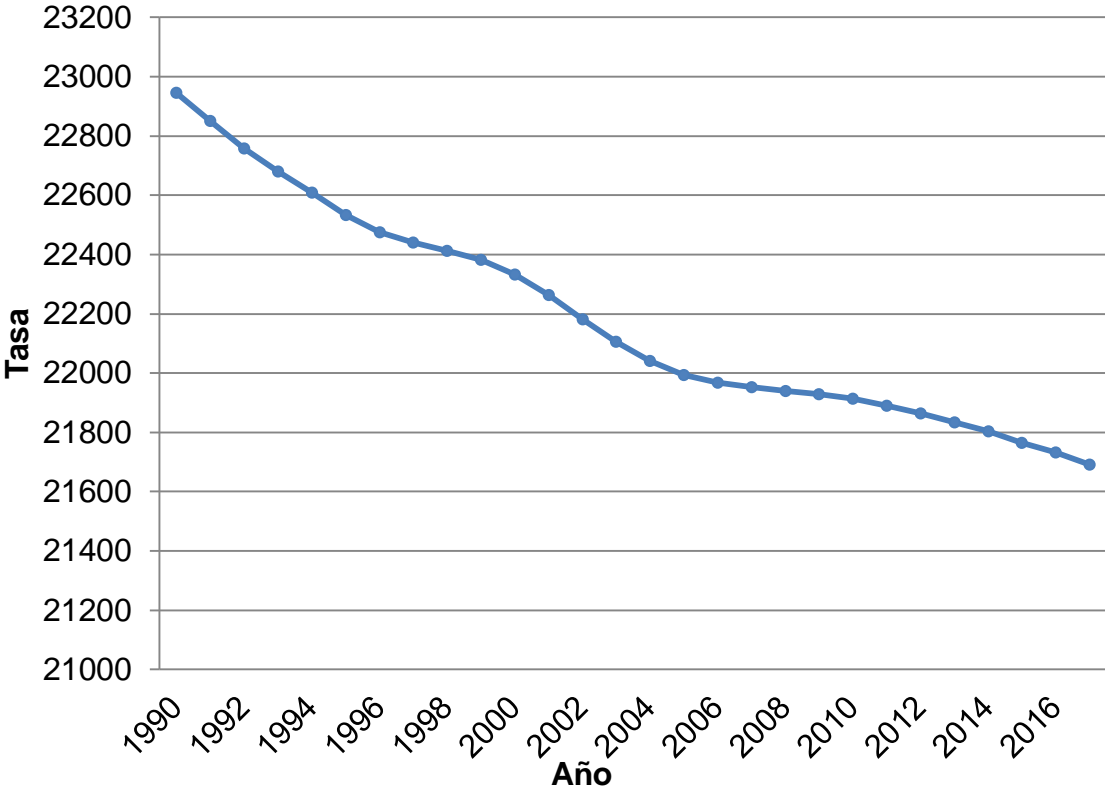
En el grupo de 5-14 años se presentó la tasa más baja durante el periodo 1990-1991 la cual fue de 1,28 por cada 100.000 habitantes, posterior a este año se mantuvo una tendencia en ascenso hasta alcanzar la tasa más elevada para este grupo etario durante el año 2009 siendo la misma de 1,46 por cada 100.000 habitantes. Desde el año 2009 y hasta el final del periodo se mantuvo una tendencia en descenso, registrándose en el año 2017 una tasa de 1,35 por cada 100.000 habitantes.

El grupo etario de 15-49 años durante el año 1990 presentó una tasa de 400,91 siendo esta la más baja del periodo para este grupo de edad y la más elevada durante el año 2011, la cual fue de 452,82 por cada 100.000 habitantes.

Durante el año 1990 se presentó la más elevada del periodo para el grupo etario el grupo etario de 50-69 años, siendo esta de 213,75 por cada 100.000 habitantes, posteriormente a lo largo del periodo se mantuvo una tendencia en descenso, al alcanzar en el año 2017 una tasa de 185,56 por cada 100.000 habitantes, que corresponde con la tasa más baja.

En el grupo etario de mayores de 70 años se presentó la tasa más elevada en 1990, siendo la misma de 81,97 por cada 100.000 habitantes y la más baja en el año 2017 con 56,35.

Gráfico N° 7: Tasa estandarizada de prevalencia por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica, en el periodo de 1990-2017. Tasa por 100.000 habitantes.



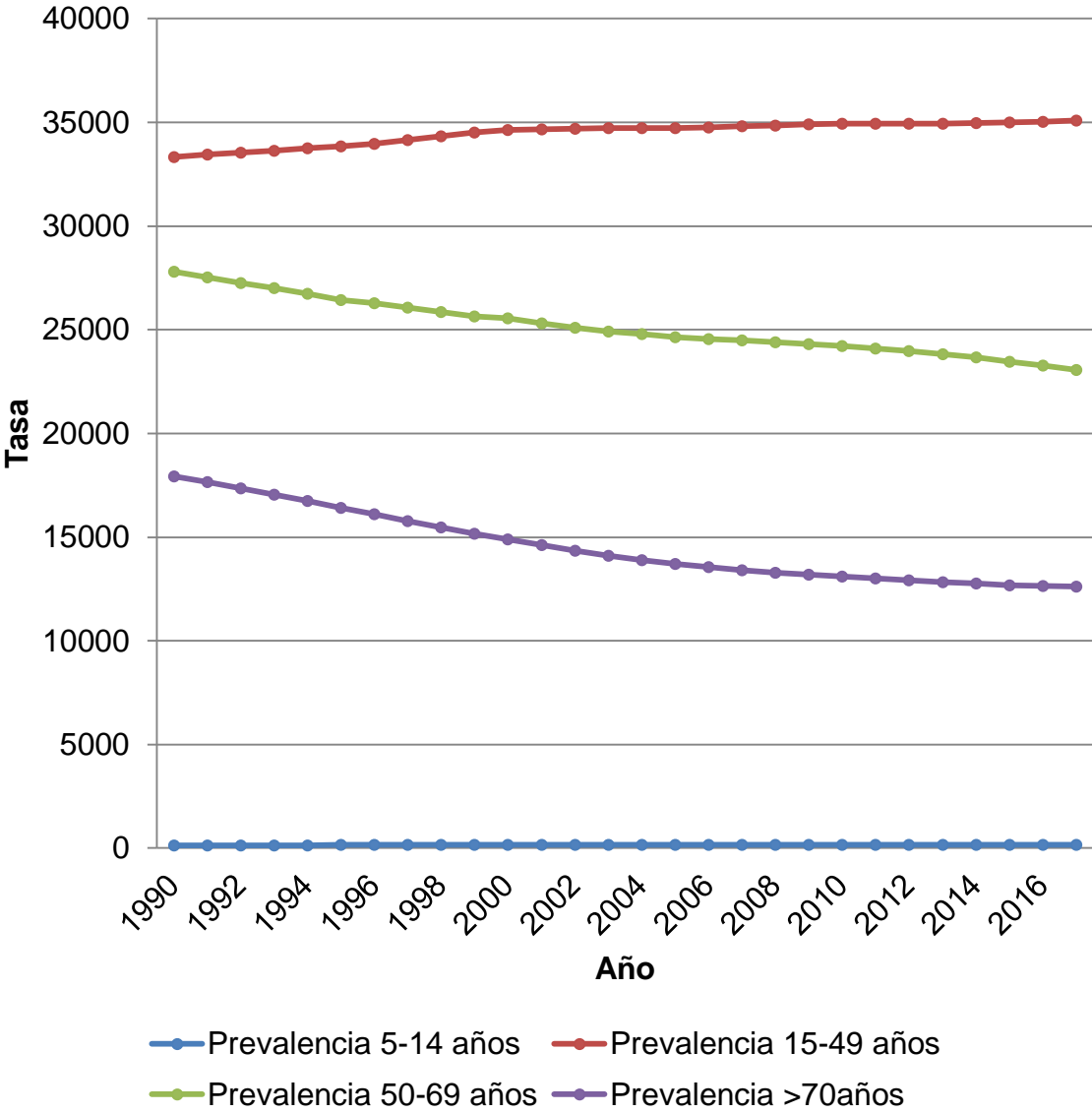
Fuente: Elaboración propia⁽⁸⁾.

En este gráfico se observa la tendencia en el comportamiento de la prevalencia por enfermedades ginecológicas en el periodo 1990-2017 en tasas estandarizadas por 100.000 habitantes.

En el inicio del periodo en estudio, durante el año 1990 se presentó la tasa más elevada de enfermedades ginecológicas en la población costarricense, para este año la tasa fue de 22945,29 casos por cada 100.000 habitantes.

Posterior al año 1990 se observa una constante tendencia en disminución a lo largo del periodo de estudio, correspondiendo la tasa más baja con el final del periodo durante el año 2017, la cual fue de 21691,57 casos por cada 100.000 habitantes.

Gráfico N° 8: Tasa de prevalencia por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica en el periodo de 1990-2017 según grupos etarios. Tasa por 100.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia⁽⁸⁾.

En este gráfico se observa el comportamiento de la prevalencia por enfermedades ginecológicas durante el periodo 1990-2017.

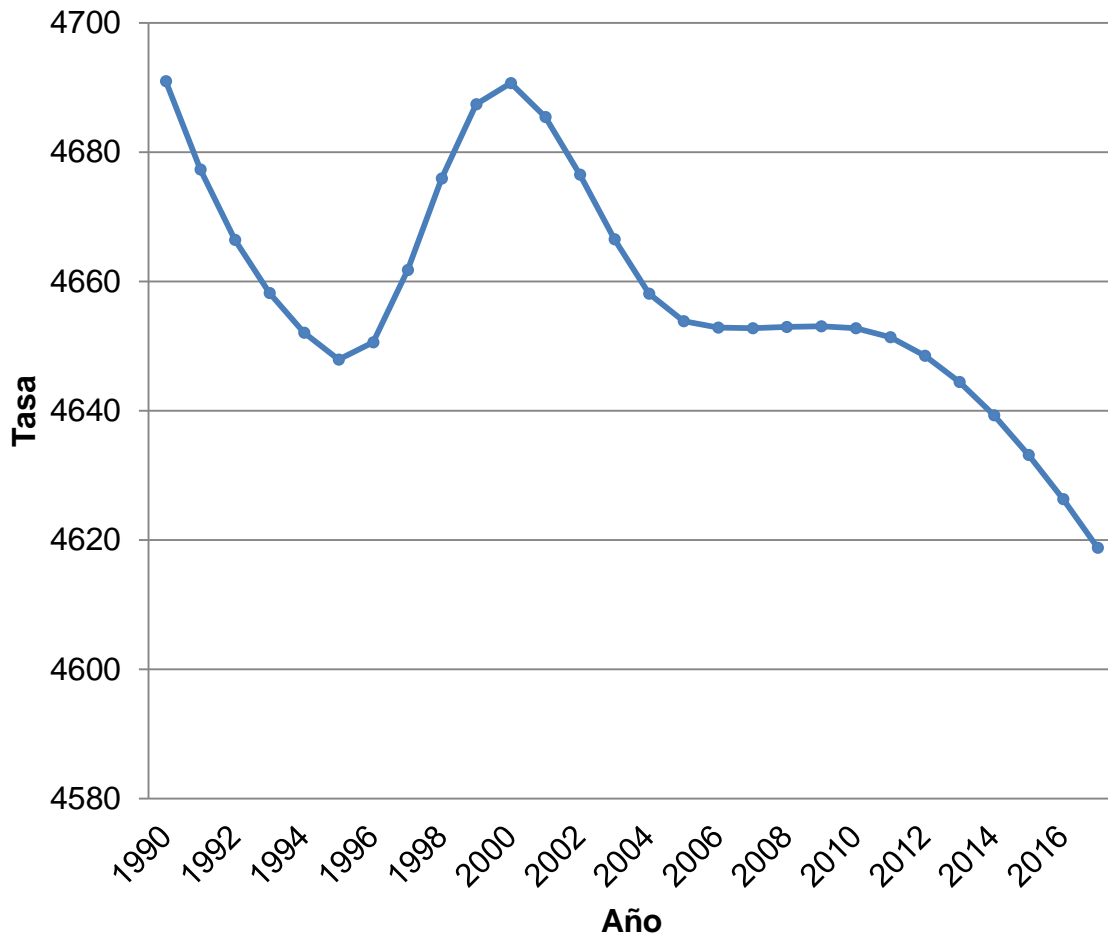
En el grupo etario de 5-14 años se encontró la tasa de prevalencia más baja al inicio del periodo, siendo esta de 145,81 casos por cada 100.000 habitantes para el año 1990, posteriormente se observa una tendencia en aumento hasta alcanzar la tasa más elevada durante el año 2009, la cual fue de 166,55 casos por cada 100.000 habitantes. Posterior al año 2009 se mantuvo una tendencia en disminución hasta el final del periodo, al alcanzar en el año 2017 una tasa de 154,09.

En el grupo etario de 15-49 años se observan las tasas más elevadas en el periodo de estudio. En este grupo de edad se observa una tendencia creciente a lo largo del periodo, siendo la tasa más baja en el año 1990, la cual fue de 33337,77 casos por cada 100.000 habitantes y la más elevada en el final del periodo en estudio durante el 2017 con 35104,16 casos por cada 100.000 habitantes.

En el grupo etario de 50-69 años se presentó la tasa más elevada durante 1990, siendo esta de 27807,18 por cada 100.000 habitantes y la más baja durante el año 2017 con una tasa de 23068,89 casos por cada 100.000 habitantes.

En el grupo de mayores de 70 años se registró la mayor tasa durante 1990, siendo esta de 17938,62 y la menor en el final del periodo en estudio durante el año 2017, al ostentar una tasa de 12616,9 por cada 100.000 habitantes.

Gráfico N° 9: Tasa estandarizada de incidencia por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica, en el periodo de 1990-2017. Tasa por 100.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia⁽⁸⁾.

En este gráfico se pueden observar las variaciones en la incidencia de enfermedades ginecológicas en el periodo 1990-2017.

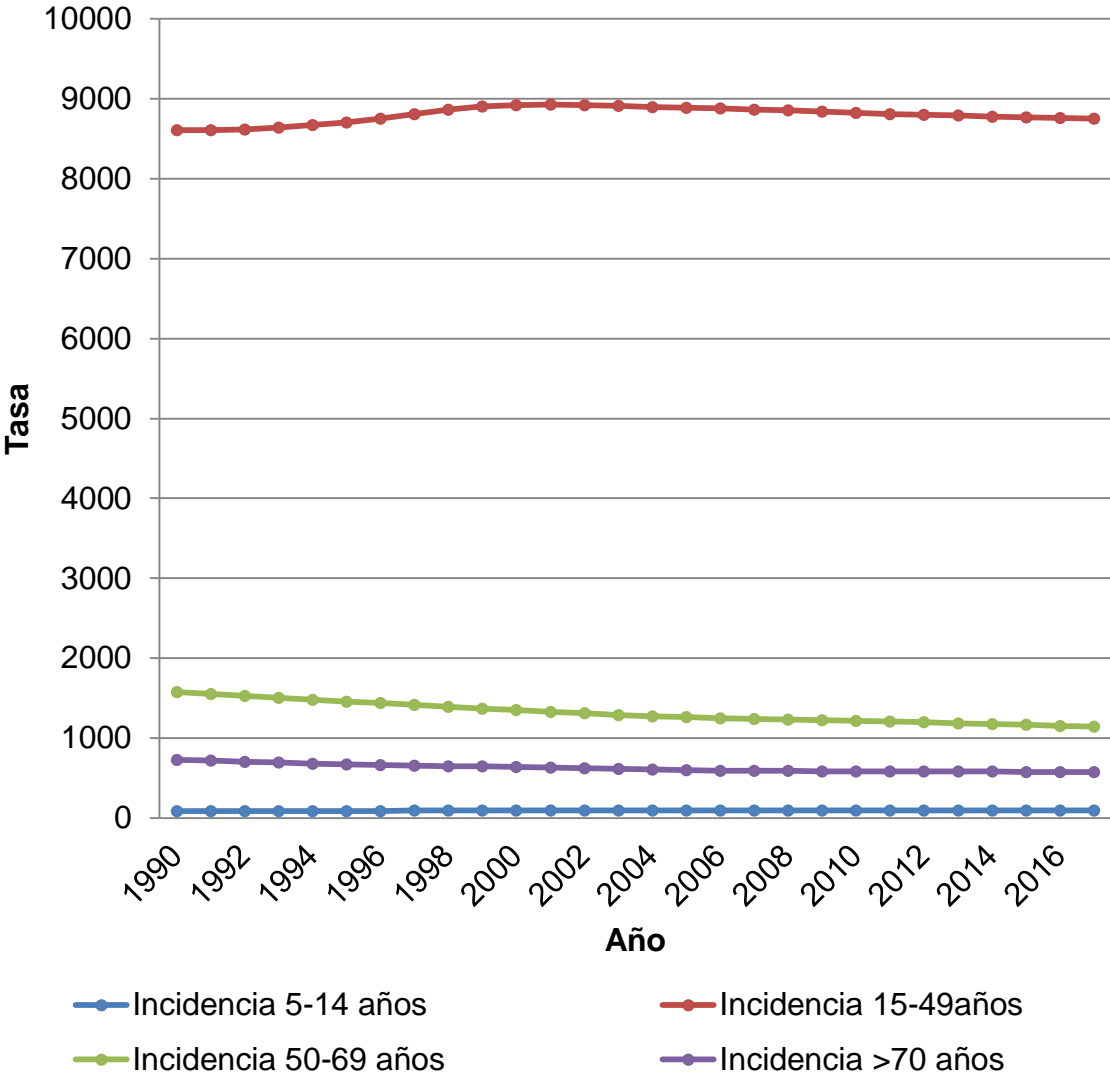
En el inicio del periodo en estudio, durante el año 1990 se presentó la tasa más elevada, siendo la misma de 4691,07 nuevos casos por cada 100.000 habitantes,

posterior a este año se observa una tendencia en disminución hasta el año 1995 donde la tasa fue de 4647,93 enfermedades ginecológicas por cada 100.000 habitantes.

Posterior al año 1995 se inicia una tendencia en aumento hasta alcanzar en el año 2000 la tasa más elevada del periodo de estudio, la misma correspondió a 4690,72 nuevos casos de enfermedades ginecológicas por cada 100.000 habitantes.

Luego del año 2000, se observa un comportamiento en disminución hasta el final del periodo en estudio, al alcanzar la tasa de incidencia más baja durante el año 2017, correspondiendo la misma a 4618,82 nuevos casos por cada 100.000 habitantes.

Gráfico N° 10: Tasa de incidencia por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica, en el periodo de 1990-2017 según grupos etarios. Tasa por 100.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia⁽⁸⁾.

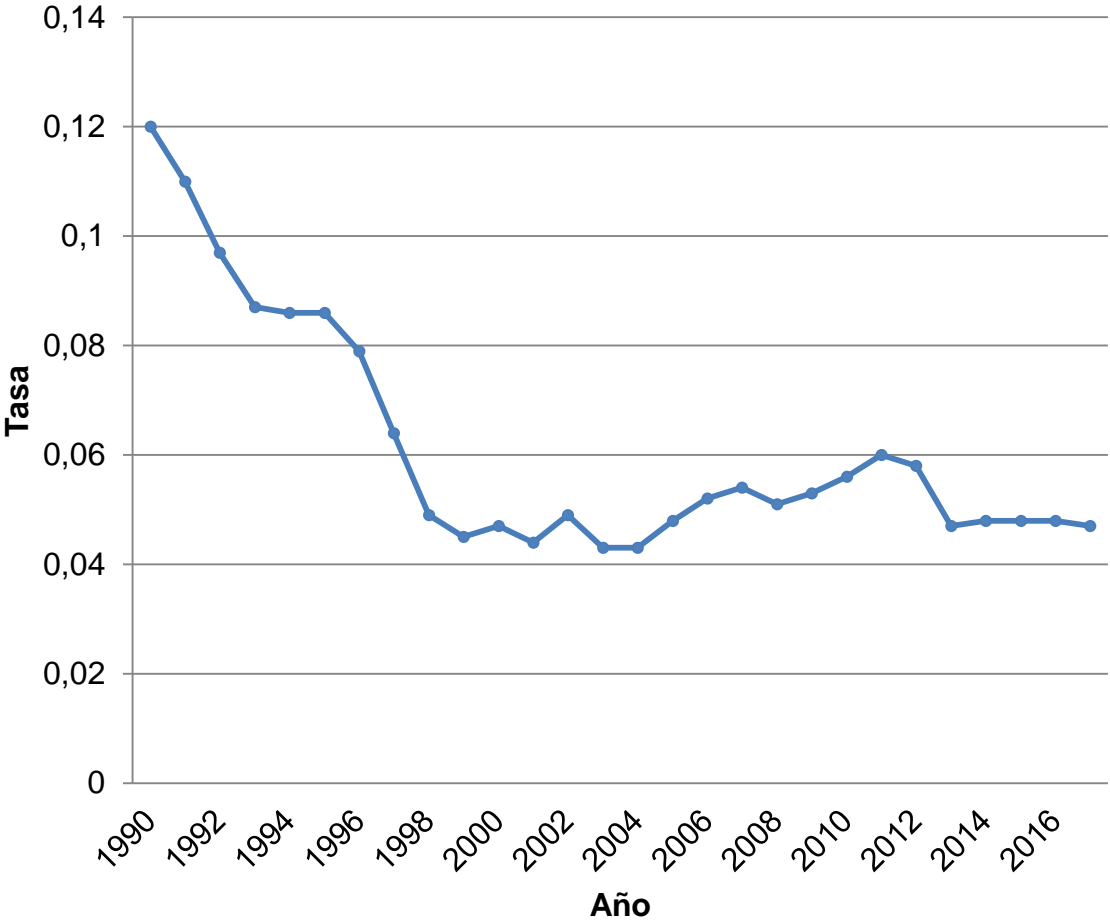
En este gráfico se observa el comportamiento paralelo de la incidencia por enfermedades ginecológicas en el periodo 1990-2017 según grupos etarios.

En el grupo etario de 5-14 años se presentan las tasas más bajas de incidencia por estas patologías. En el año 1990 correspondió la tasa más baja del periodo, siendo la misma de 85,85 casos por cada 100.000 habitantes, posteriormente la tendencia se mantuvo en aumento alcanzando la tendencia más elevada en el año 2010 con 97,33 casos por cada 100.000 habitantes.

Las tendencias más elevadas de incidencia por enfermedades ginecológicas se presentaron en el grupo etario de 15-49 años, siendo la tasa más elevada observada en el año 2001 con 8928,47 casos por cada 100.000 habitantes. En este grupo etario la tasa más baja se presentó en el inicio del periodo, la cual fue de 8610,2 casos por cada 100.000 habitantes.

En los grupos etarios de 50-69 y mayores de 70 años se presenta un patrón similar en el comportamiento de la incidencia, al presentar las tasas más elevadas en el inicio del periodo en estudio durante el año 1990 y las tasas más bajas en el final del mismo durante el año 2017.

Gráfico N° 11: Tasa de mortalidad estandarizada por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica, en el periodo de 1990-2017. Tasa por 100.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia⁽⁸⁾.

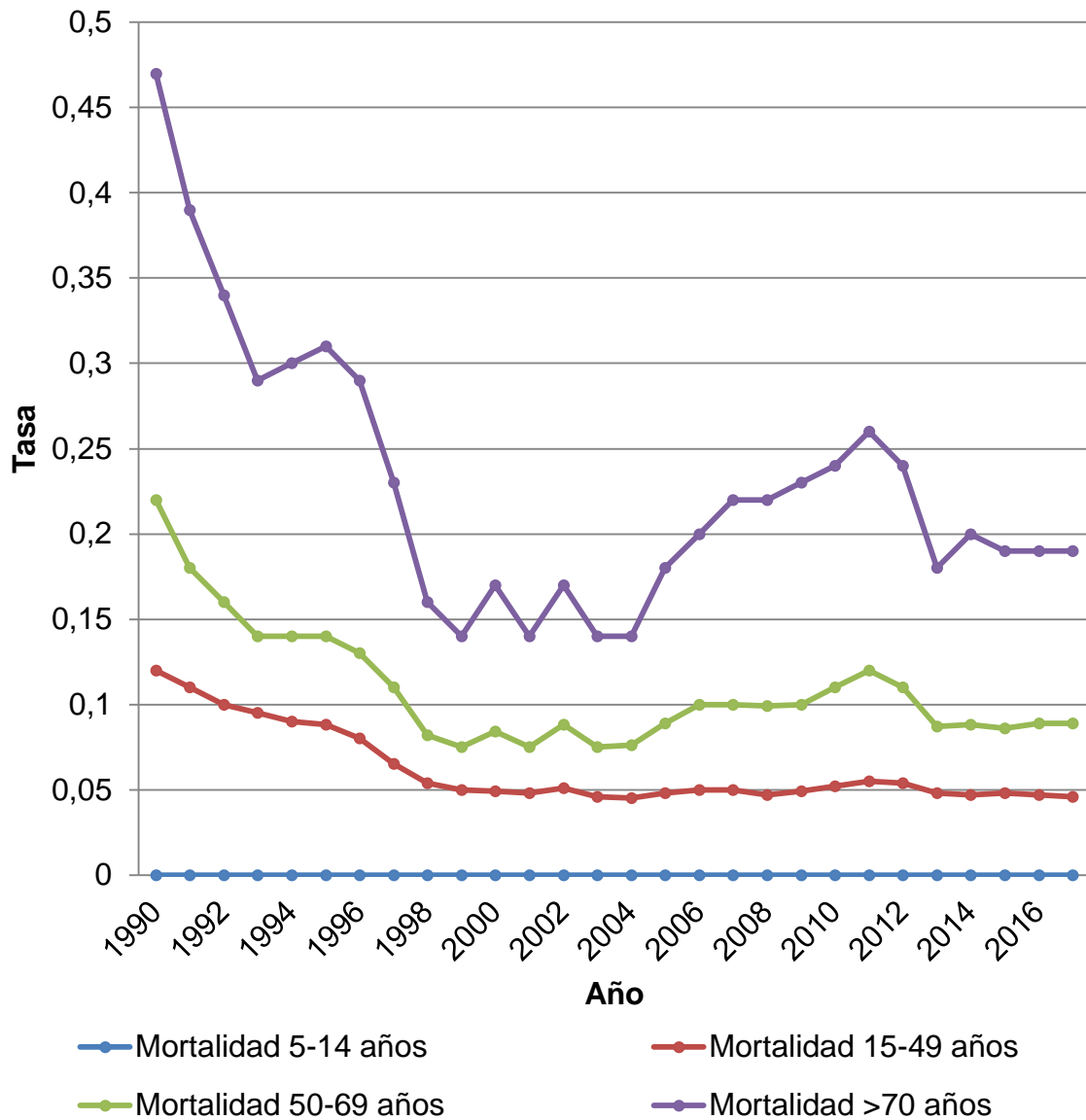
En este gráfico se pueden observar las fluctuaciones en la mortalidad por enfermedades ginecológicas durante el periodo 1990-2017.

Durante el año 1990 se observa la tasa más elevada del periodo, la misma corresponde a 0,12 muertes por cada 100.000 habitantes, posterior a este año se inicia una tendencia en disminución hasta el año 2003.

Las tasas más bajas de periodo en estudio correspondieron al periodo 2003-2004, donde se registró una tasa de 0,043 muertes por enfermedades ginecológicas por cada 100.000 habitantes.

Posterior al año 2004 la tendencia se mantuvo en aumento hasta el año 2012, donde la tasa de muertes por esta causa fue de 0,058 por cada 100.000 habitantes. Posterior al año 2012 se mantuvo una tendencia constante, al oscilar en tasas entre 0,047 y 0,048 hasta el año 2017.

Gráfico N° 12: Tasa de mortalidad por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica, en el periodo de 1990-2017 según grupos etarios. Tasa por 100.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia⁽⁸⁾.

En este gráfico se observa el comportamiento de la mortalidad por enfermedades ginecológicas según grupos etarios, se detalla que en los grupos etarios de mayores de 15 años las tasas más elevadas de mortalidad se presentan al inicio del periodo en el año 1990.

En el grupo etario de 5-14 años se presentaron cero casos a lo largo del periodo en estudio, lo que lo coloca como el grupo poblacional con menor tasa de mortalidad por patología ginecológica en el periodo en estudio.

En el grupo etario de 15-49 años se presentó la tasa más alta en 1990 siendo la misma de 0,12 muertes por cada 100.000 habitantes, posteriormente se mantuvo una tendencia en descenso hasta alcanzar la tasa más baja durante el año 2004, la cual correspondió a 0,045 muertes por cada 100.000 habitantes, posteriormente se registran oscilaciones en esta tasa hasta el periodo 2013-2017, donde se mantienen tasas entre 0,046 y 0,048 por cada 100.000 habitantes.

Para el grupo etario de 50-69 años durante 1990 se presentó una tasa de 0,22 muertes por cada 100,000 habitantes, siendo esta la más elevada del periodo para este grupo etario, luego de este año, se mantuvo una tendencia en descenso hasta alcanzar los puntos más bajos durante los años 1999, 2001 y 2003. Posterior al año 2003 y hasta el año 2013 se mantuvo comportamiento creciente en esta tasa. Durante el periodo 2013 y 2017 se registró una oscilación de tasas entre 0,086 y 0,089 por cada 100.000 habitantes.

El grupo etario de mayores de 70 años presentó las tasas más elevadas en cuanto a mortalidad durante el periodo en estudio, siendo la más alta de ellas observada

durante 1990 con 0,47 muertes por cada 100.000 habitantes. A partir de esta fecha se presenta una disminución constante a través de los años subsecuentes, hasta alcanzar la mínima tasa de todo el periodo que corresponde a 0,14 por cada 100.000 habitantes durante el año 1999; sin embargo esta cifra también es alcanzada en los años 2001,2003 y 2004.

Luego hacia el año 2000 el comportamiento se mantiene ligeramente fluctuante, y es a partir del año 2004 cuando comienza un comportamiento ascendente en esta tasa, deteniéndose este ascenso en el año 2011, con un valor de 0,26 muertes por cada 100.000 habitantes. Luego revierte el comportamiento hacia el descenso hasta el final del periodo, al cerrar los últimos tres años del periodo con igualdad de tasa de 0,19 muertes por cada 100.000 habitantes.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Según la publicación realizada por Elsa Gómez⁽²⁷⁾ *“La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe viejos problemas y nuevos enfoques”*, la salud de la mujer se encuentra en gran desventaja con respecto al género masculino. Pese a esto, durante el inicio de la década de los 90 las mujeres presentaban menores tasas de mortalidad general que los hombres pero mayores tasas de incidencia de patología aguda y enfermedades crónicas no transmisibles y no mortales que conducían a estados discapacitantes por largos periodos de tiempo.

En cuanto al comportamiento de la patología ginecológica en Costa Rica durante el inicio de esta década se observa una tendencia paralela en cuanto a tasas de mortalidad y años de vida ajustados por discapacidad, ambas en constante descenso hasta el año 2005.

La tasa de años de vida ajustados por discapacidad por esta causa durante el inicio del periodo en estudio fue de 258,75 por cada 100.000 habitantes, posteriormente durante el año 2005 se registró 251,35 por cada 100.000 habitantes.

Luego del año 2005 el comportamiento en las tasas de AVAD por patologías ginecológicas se mantuvo en constante ascenso, al alcanzar la tasa más elevada del periodo durante el año 2011 para luego mostrar un comportamiento en descenso observándose la menor tasa en el final del periodo.

Durante todo el periodo en estudio el grupo etario mayormente afectado por tasas de AVAD fue el de 15-49 años, al observarse un comportamiento en constante ascenso hasta el año 2011, donde se alcanzó la tasa más elevada con 455,8 por

cada 100.000 habitantes, luego se mantuvo un descenso considerable hasta el final del periodo donde se constató la menor tasa.

El grupo etario de 5-14 años de edad fue el que presentó las menores tasas de AVAD de todo el periodo en estudio.

El comportamiento de los años de vida perdidos por muerte prematura por patología ginecológica mostraron una constante tendencia en disminución desde el inicio de la década de 1990 y hasta el año 2004, posteriormente se mantuvo la tendencia con un comportamiento fluctuante hasta el año 2013, donde se produjo una oscilación entre tasas de 1,78 a 1,82 por cada 100.000 habitantes hasta el año 2017.

Además, para este indicador desde el inicio del periodo y hasta el año 2005 la mayor tasa de años de vida perdidos por muerte prematura se presentó en el grupo etario de 15-49 años, posterior a este año y hasta el final del estudio el grupo etario de 50-59 años ocupa el primer lugar.

Contrario lo expuesto por Elsa⁽²⁷⁾, los años vividos con discapacidad por enfermedades ginecológicas en Costa Rica en el inicio de la misma década muestran una tendencia en disminución, al presentar en el año 1990 una tasa de 253,99 por cada 100.000 habitantes, al alcanzar la tasa más baja del periodo durante el año 1996, siendo la misma de 248,26 por cada 100.000 mujeres.

Posterior al año 1996, se mantuvo un constante aumento en la tasa de años vividos con discapacidad, hasta el año 2010, desde donde se mantiene hasta el final del periodo una continua tendencia en disminución.

Además, el grupo etario que registró las mayores tasas de años de vida con discapacidad fue el de 15-49 años, en este grupo se registró la tasa más elevada

durante el año 2011 con 452,82 por cada 100.000 habitantes, posteriormente se mantiene una tendencia en constante disminución hasta el final del periodo.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽²⁹⁾ el consumo de tabaco constituye uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de cuello uterino, el cual es el segundo tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres de América Latina y el Caribe.

Además, el consumo del mismo constituye un factor de riesgo importante en la salud pública debido a la gran cantidad de efectos perjudiciales que este tiene para la salud del ser humano, tanto para el consumidor directo como para los contactos cercanos que están expuestos al humo del mismo. Pese a que el sexo masculino presenta tasas más elevadas de consumo en comparación con las mujeres estas se han ido acercando a los hombres en las últimas décadas.

Ante esta situación, en Costa Rica a partir del 22 de marzo del año 2012 empezó a regir la ley No. 9028, conocida como "*Ley General para el Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud*" o "*Ley antitabaco*"⁽³⁰⁾, ley que promueve la disminución o cese del consumo de tabaco en la población costarricense.

En cuanto a datos relacionados con tasas de prevalencia por patología ginecológica, en el inicio del periodo en estudio, durante el año 1990 se registró una tasa de 22945,29 por cada 100.000 habitantes, posteriormente se mantuvo una tendencia en constante disminución, al alcanzar durante el año 2012 cuando se implementó la ley antitabaco, una tasa de prevalencia de 21864,81 por cada 100.000 habitantes. La tendencia en la prevalencia por estas patologías se mantuvo en constante disminución desde el inicio hasta el final del periodo.

En cuanto a este indicador, el grupo etario de 15-49 años obtuvo las mayores tasas de prevalencia del periodo en estudio.

Además, según datos obtenidos por el Instituto de sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) durante las encuestas nacionales sobre el consumo de drogas en la población general, la edad promedio de inicio de fumado en la población femenina costarricense es de 17,4 años⁽³¹⁾, estos datos concuerdan con los obtenidos durante esta investigación en cuanto a relación con las tasas de incidencia y prevalencia por patología ginecológica según grupos etarios, ya que el grupo poblacional con mayores tasas corresponde al de 15-49 años de edad.

Según este Instituto, existe una considerable disminución del consumo de tabaco por parte de población femenina,⁽³¹⁾ se reportan datos que ostentan que durante el año 1990 se alcanzó una prevalencia de fumado del 8,8% en la población femenina y un descenso posterior considerable, al alcanzar un 5,5% durante el año 2015⁽³¹⁾, demás, se reporta una disminución del 3,1% de mujeres fumadoras del año 2010 al 2015⁽³²⁾.

Además, en cuanto a datos obtenidos de nuevos casos de enfermedades ginecológicas en el año 1990 se constató la tasa de incidencia estandarizada por patología ginecológica más elevada del periodo en estudio, posterior a este año, se mantuvo una tendencia fluctuante a través del tiempo hasta el año 2005, donde se empezó a mantener una disminución continua en esta tasa.

Durante el año 2012 cuando se implementó la ley antitabaco la tasa de incidencia de patología ginecológica estandarizada fue de 4648,55 por cada 100.000 habitantes, posteriormente y hasta el final del periodo en estudio se mantienen en constante disminución lo que podría inferir resultados positivos en el desarrollo de

patologías ginecológicas en la población femenina luego de la implementación de dicha ley.

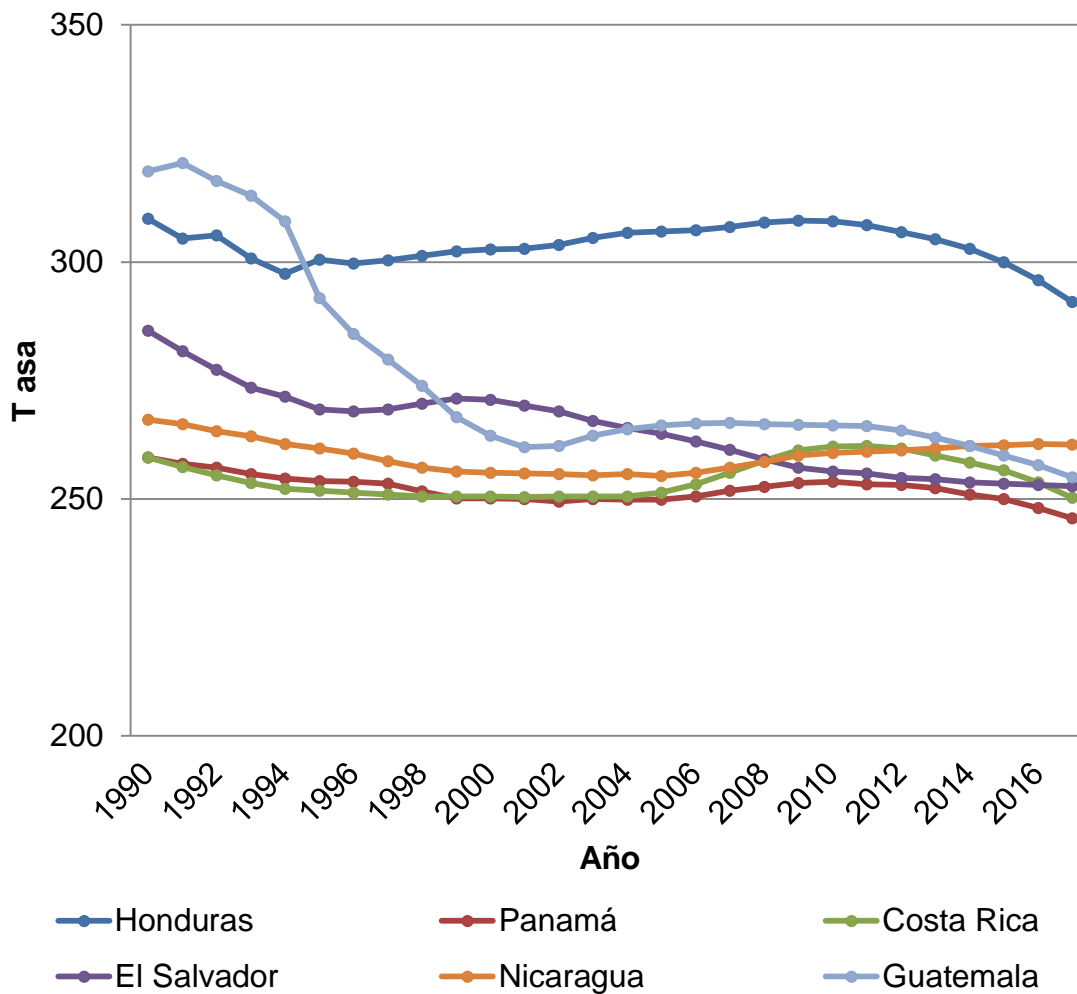
Durante el año 1990 la tasa de mortalidad estandarizada por patologías ginecológicas en Costa Rica fue de 0,12 por cada 100.000 habitantes, esta tasa fue disminuyendo a lo largo del periodo hasta alcanzar las menores tasas en el periodo 2003-2004 registrándose una tasa de 0,043 por cada 100.000 habitantes, posteriormente se mantuvo una tendencia en aumento hasta el final del periodo durante los años 2013 y 2017, periodo en el que oscilaron tasas de mortalidad por esta causa entre 0,047 y 0,048.

Estos indicadores de mortalidad se vieron más elevados en el grupo etario de las mujeres de mayores de 70 años durante todo el periodo en estudio.

Según María Correia en su publicación “Panorama de género en América Central”⁽³³⁾, publicado en el año 2002, destaca el sistema de salud de Costa Rica y Panamá de los demás países de la región centroamericana, debido a que estos dos primeros cuentan con los mejores indicadores en temas de salud de la región, además, cabe destacar que el país con el sistema más deficiente corresponde a Guatemala.

En cuanto a enfermedades ginecológicas, se realiza una comparación entre las tasas de años de vida ajustados por discapacidad en los países de América Central como se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 13: Tasas estandarizadas de años de vida ajustados por discapacidad por enfermedades ginecológicas B12,3 en Costa Rica, en el periodo de 1990-2017. Comparación países de América Central. Tasa por 100.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia⁽⁸⁾.

La carga de la enfermedad se resume en los años de vida ajustados por discapacidad, por lo que en este gráfico se puede observar una comparación en la tendencia de las enfermedades ginecológicas en los países de América Central,

durante el periodo de 1990-2017. Cabe destacar que Panamá es el país con las menores tasas de la región y Honduras presenta las más elevadas.

En Panamá en el inicio del periodo durante el año 1990 se observa una tasa de años de vida ajustados por discapacidad de 258,72 por cada 100.000 habitantes, siendo esta la tasa más elevada del periodo en estudio para este país.

Durante el año 2002 el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social Panameños publicaron el “Programa de Salud Integral de la Mujer” ⁽³⁵⁾, programa que cuenta con las normas técnico-administrativas para el manejo de las pacientes desde el inicio del embarazo, parto y puerperio, además de la atención integral de la mujer, la planificación familiar y la vigilancia de la mortalidad perinatal y materna.

Durante este mismo año la tasa de años de vida ajustados por discapacidad por enfermedades ginecológicas en Panamá fue de 249,45 por cada 100.000 habitantes, posteriormente, se mantuvo una tendencia en aumento hasta el año 2010, donde se constató una tasa de 253,64 por cada 100.000 habitantes para luego de este año mantenerse en disminución hasta el final del periodo en estudio, al alcanzar la tasa más baja para Panamá durante el año 2017 la cual fue de 245,95 por cada 100.000 habitantes.

Además, en este país durante el año 2008 se implementó la ley No.13, para el control del consumo de tabaco en la población panameña⁽³⁴⁾, para ese mismo año la tasa de años de vida ajustados por discapacidad por enfermedades ginecológicas fue de 252,48 por cada 100.000 habitantes, dos años después la tendencia en esta tasa se mantenía en aumento, pero para el año 2010, se observa una tendencia en disminución hasta el final del periodo en estudio, al alcanzar la tasa más baja durante el año 2017, la cual fue de 245,95 por cada 100.000 habitantes.

Para 1990, el grupo etario con mayor magnitud de tasas de AVAD, es el comprendido entre los 40-45 años; mientras que para el 2017 se distribuye entre los grupos de edad de entre 40-49 años.

Durante el año 1990 en Guatemala se presenta la tasa de años de vida ajustados por discapacidad más elevada de Centroamérica, siendo esta de 319,15 por cada 100.000 habitantes, posterior a este año y hasta el año 1994 este sigue siendo el país con la tasa más elevada.

Guatemala, para 1990 presenta una mayor tasa de AVAD para la población entre el grupo de edad comprendido entre los 45-49 años, mientras que para el 2017, se presentó para los de entre 40-45 años.

De acuerdo con información del Observatorio de Salud Reproductiva de Guatemala, en este país los casos de cáncer de cérvix representan, la primera causa de mortalidad por cáncer, cuya incidencia se presenta en los grupos de entre 35 a 45 años, al fallecer por esta causa el 80% de la población mayor de 40 años⁽³⁵⁾.

Posterior a 1994 y hasta el final del periodo en estudio, Honduras es el país con las tasas más alta de años de vida ajustados por discapacidad por enfermedades ginecológicas en la región centroamericana.

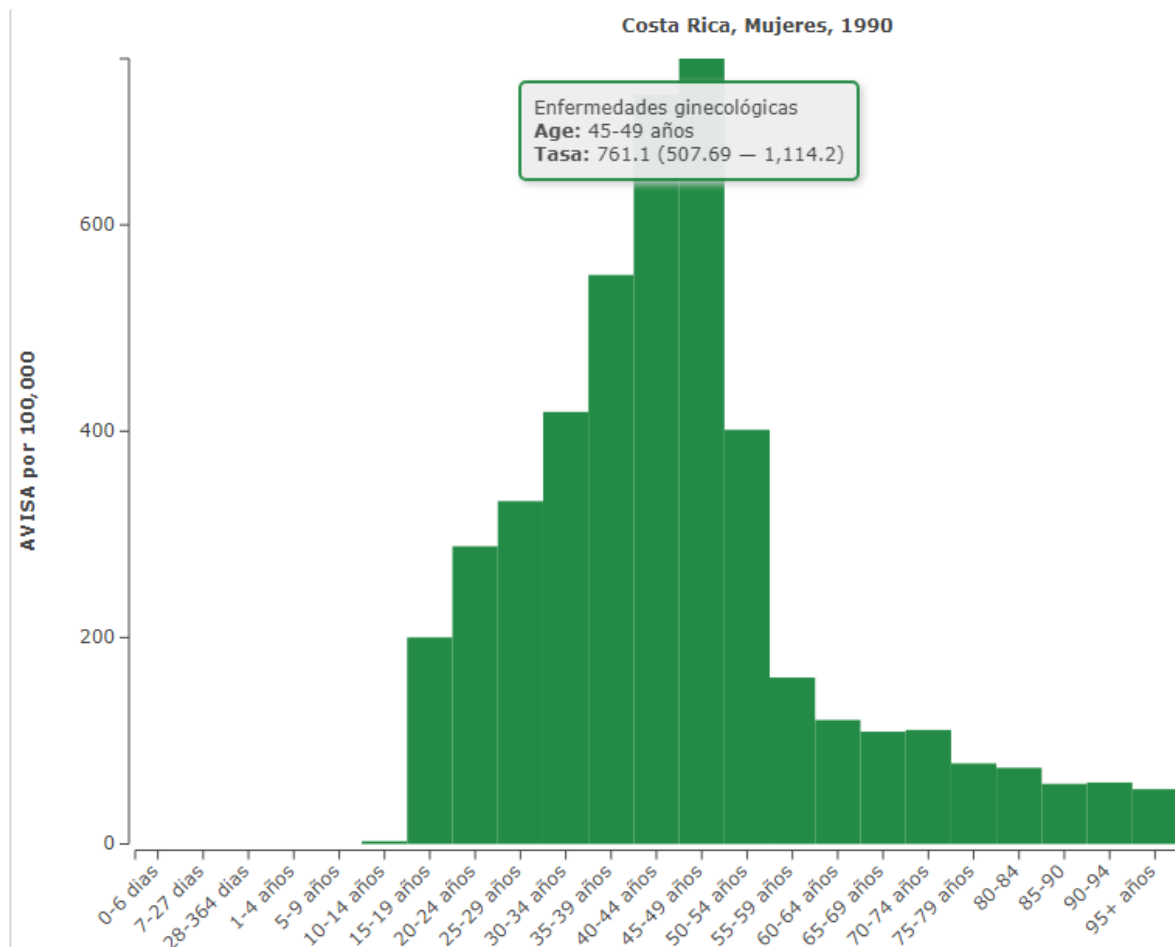
Mientras que Honduras, para 1990 presentaba un mayor impacto de sus AVAD en el grupo etario de entre 45-49 años, siguiendo ese comportamiento para el 2017.

Los informes recolectados sobre los países centroamericanos, comparten varias de las tendencias estadísticas, sobre los determinantes de la carga de la enfermedad y la prevalencia e incidencia de las enfermedades ginecológicas, como los son: la prevalencia en el grupo de edad que ronda los 40 años, y de las tasas de mortalidad que para todos ellos presentan tasas inferiores al 0,7 x 100.000 habitantes.

El Salvador y Nicaragua, presentan un comportamiento muy similar, de sus tasas de AVAD, siendo ligeramente más elevadas las de Nicaragua, en donde para el 2017 presentó una tasa de 261,4 contra 252,6 de El Salvador.

En Costa Rica la tendencia de AVAD ha afectado mayormente a los grupos de edad comprendidos entre 40 y 44 años como se demuestra en los gráficos a continuación:

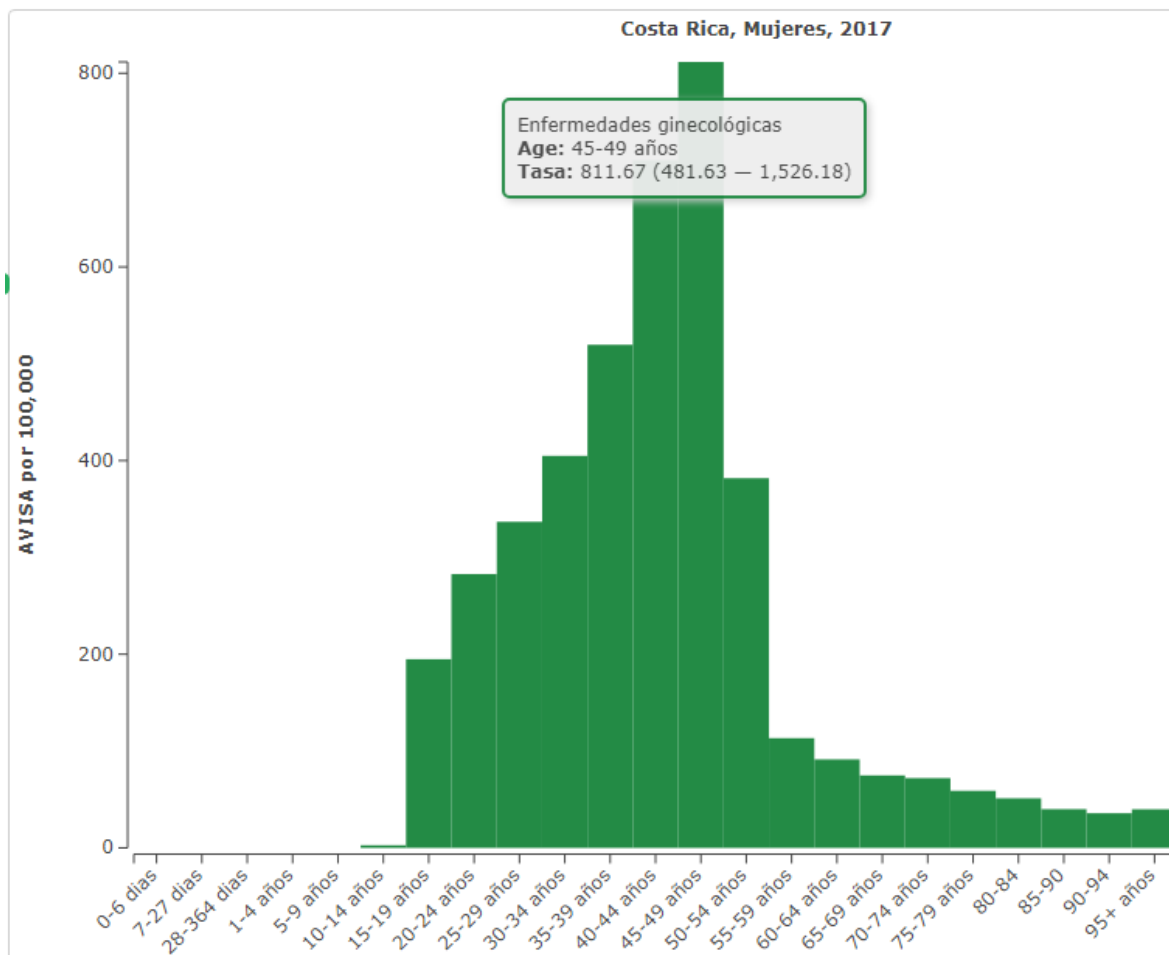
Imagen N° 2: Tasa estandarizada por años de vida ajustados por discapacidad, por enfermedades ginecológicas en Costa Rica, 1990.



Fuente: Imagen obtenida de⁽⁸⁾.

La imagen anterior muestra como en Costa Rica la carga de la enfermedad por patologías ginecológicas afecta con mayor prevalencia a la población con promedio de edad de entre 40-44 años, con una tasa para el 1990 de 761,1 por 100,000 habitantes.

Imagen N° 3: Tasa estandarizada por años de vida ajustados por discapacidad, por enfermedades ginecológicas en Costa Rica, 2017.



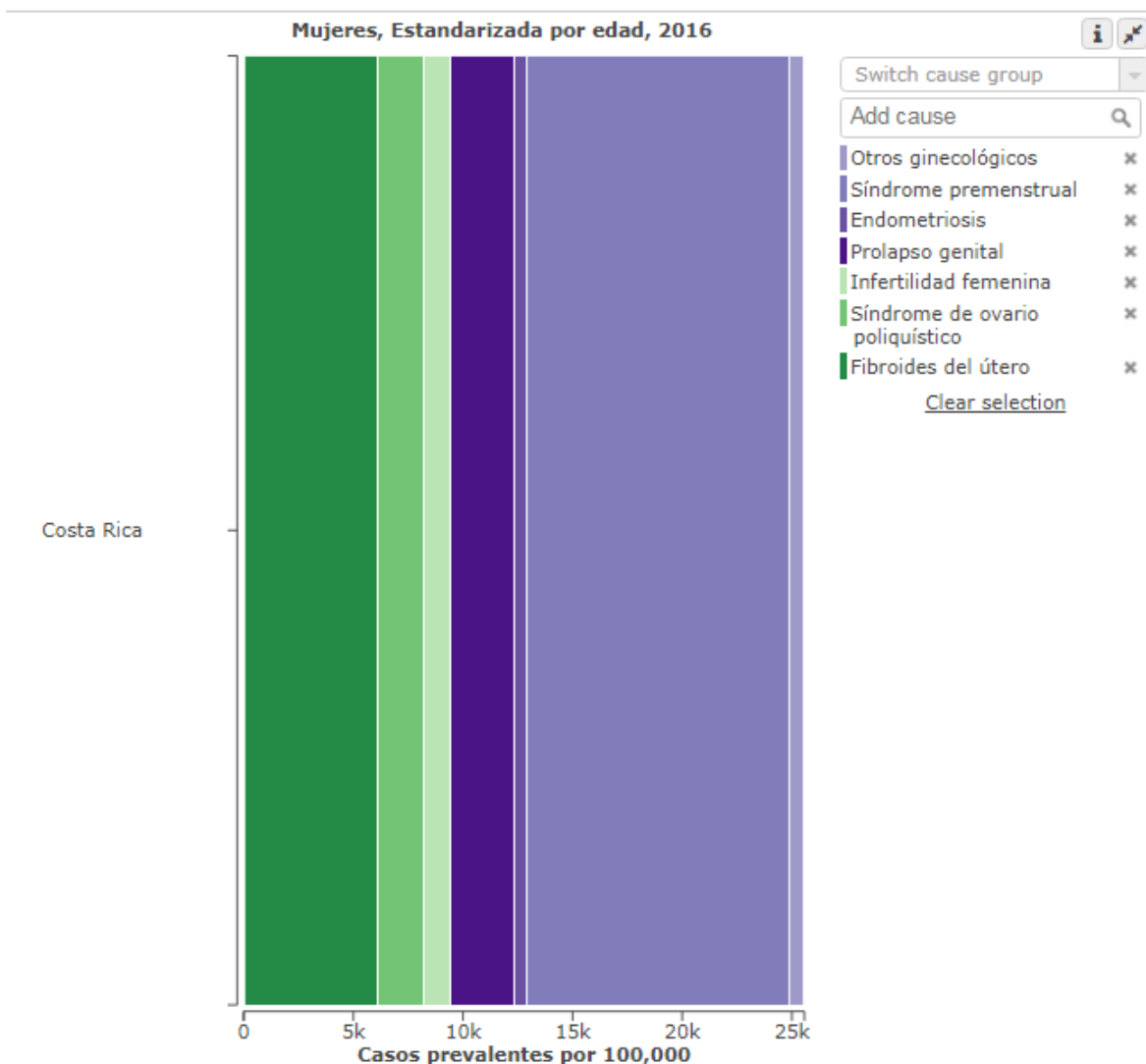
Fuente: Imagen obtenida de ⁽⁸⁾.

La imagen anterior muestra como en Costa Rica la carga de la enfermedad por patologías ginecológicas afecta con mayor prevalencia a la población con promedio de edad de entre 40-44 años, con una tasa para el 2017 de 811,67 por 100,000 habitantes, al obtener una diferencia de 50,57 con respecto del año 1990.

Un estudio elaborado por Gining, "*La carga de la enfermedad por enfermedades ginecológicas chinas en el año 2016*"⁽⁵⁾, constató una tasa estandarizada de años de vida justados por discapacidad de 341,80 por cada 100.000 habitantes; siendo las tres causas principales el Síndrome premenstrual, los fibromas uterinos y la endometriosis. En Costa Rica la tasa estandarizada de años de vida ajustados por discapacidad para ese mismo año fue 253,41 por cada 100.000 habitantes.

A continuación se presentará un gráfico con las patologías ginecológicas más prevalentes en Costa Rica durante el año 2016:

Imagen N°4: Tasa estandarizada de prevalencia de las principales enfermedades ginecológicas en Costa Rica para el año 2016.



Fuente: Imagen obtenida de⁽⁸⁾.

En Costa Rica durante el año 2016 las tres patologías ginecológicas más prevalentes fueron en primer lugar el síndrome premenstrual, luego los fibromas uterinos y en tercer lugar el prolapso genital.

Específicamente la tasa de síndrome premenstrual fue de 11,984,48; la de fibromas uterinos correspondió a 6,138,74 y el prolapso genital 2,928, 88 por cada 100.000 habitantes.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- La carga de la enfermedad por enfermedades ginecológicas se mantiene en constante descenso desde el año 2011 hasta el final del periodo en estudio.
- El grupo etario de 15-49 años posee las tasas más elevadas de años de vida ajustados por discapacidad
- Los grupos etarios de 50-69 años y mayores de 70 años muestran un descenso constante en la tendencia de años de vida ajustados por discapacidad desde el inicio del periodo hasta el final del mismo.
- La patología ginecológica presentó un descenso continuo de sus tasas de años de vida perdidos por muerte prematura desde el inicio del período y hasta el año 2000, posteriormente se presentaron fluctuaciones al alcanzar la tasa más baja durante el año 2004.
- Desde el inicio del periodo en estudio y hasta el año 2005 la mayor tasa de años de vida perdidos por muerte prematura se presentó en el grupo etario de 15-49 años, posterior a este año y hasta el final del estudio el grupo etario de 50-59 años ocupa el primer lugar.
- En los grupos etarios de 15-49 años, 50-69 años y mayores de 70 años las tasas más elevadas de años de vida perdidos por patología ginecológica se presentaron en el inicio del periodo durante el año 1990 y al final del periodo se mantiene una tendencia en meseta de los últimos cuatro años.

- En el año 2010 se presentó la tasa más elevada de años de vida con discapacidad por enfermedades ginecológicas, posterior este año se mantiene una tendencia constante en disminución hasta el final del periodo.
- Las mujeres de 15-49 años presentaron las tasas más elevadas de años de vida con discapacidad, en esta población la tasa más alta se presentó durante el año 2011, posterior a este y hasta el final del periodo se mantiene una tendencia constante en disminución.
- Las tasas de años vividos con discapacidad en mujeres mayores de 50 años se observa una tendencia similar, al presentar tasas elevadas al inicio del periodo durante el año 1990 y las más bajas en el final del mismo durante el 2017.
- La prevalencia por enfermedades ginecológicas mantuvo una constante tendencia en disminución a lo largo del periodo en estudio.
- La distribución de tasas de prevalencia por patología ginecológica según grupo etario muestra una mayor tasa en mujeres de 15 a 49 años, en este grupo se mantiene una tendencia constante en ascenso a lo largo del periodo.
- Para el año 1990 Costa Rica alcanza las mayores cifras de incidencia por patologías ginecológicas, esta tendencia se mantuvo fluctuante, pero desde el año 2011 se mantiene en constante disminución.

- El grupo etario de entre 15-49 es quien acapara las mayores cifras de incidencia por patología ginecológica, en este grupo poblacional la tendencia se ha mantenido en constante disminución desde el año 2001.
- Las tasas de mortalidad por patología ginecológicas presentan un comportamiento descendente desde el inicio del periodo y hasta el año 1999, posterior a este año se mantiene una tendencia fluctuante hasta el final del mismo.
- Las mujeres mayores de 70 años presentan la mayor tasa de fallecimientos por patología ginecológica.
- Las tasas de años de vida ajustados por discapacidad, años de vida perdidos, años vividos con discapacidad y prevalencia afectan mayormente al grupo etario de 15-49 años.
- Las tasas de años de vida ajustados por discapacidad, años de vida perdidos, años vividos con discapacidad, prevalencia e incidencia se mantienen variables pero siempre mantienen una tendencia en disminución.

6.2 RECOMENDACIONES

- Fomentar en el personal de salud, principalmente en médicos de atención primaria y enfermería la importancia de la creación de bases de datos de las diferentes patologías ginecológicas que generen mayor impacto en la población no solo en el nivel de mortalidad, como por ejemplo cáncer ginecológico en general, sino también en patologías que generen procesos de enfermedad crónicos e incapacitantes como fibromas uterinos, síndrome de ovario poliquístico, infertilidad, endometriosis, prolapso genital y síndrome pre menstrual, esto con el fin de poder realizar un mejor análisis de las mismas y de esta manera detallar las necesidades de manejo en la población, además de poder realizar una mejor distribución de gastos económicos.
- Realizar guías y protocolos de manejo para las patologías ginecológicas que causen mayor impacto en la población, principalmente fibromas uterinos, síndrome de ovario poliquístico, infertilidad, endometriosis, prolapso genital y síndrome pre menstrual, estos dirigidos al personal de salud, principalmente para médicos y enfermeras funcionarios de servicios de atención primaria para abordar de una mejor manera desde el diagnóstico hasta el tratamiento de las diferentes patologías, ya que hasta el momento no se cuenta con estos instrumentos.
- Realizar capacitaciones por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) a los médicos, principalmente a los que laboran en servicios de atención primaria acerca de la realización correcta del examen físico ginecológico, al abarcar de una manera integral la salud de la mujer, además de la importancia

de realizar los chequeos rutinarios y de tamizaje en la población femenina para así prevenir etapas avanzadas de las diferentes patologías ginecológicas.

- Fomentar en los servicios de salud la importancia de la educación a las pacientes, sea por medio de charlas programadas o en las mismas consultas en los servicios de medicina general para que ellas sean conscientes de la relevancia de la atención médica oportuna referente a su salud ginecológica en general
- Elaborar campañas por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social y Ministerio de Salud que generen amplia cobertura en la población mayor de 30 años, ya que en mujeres mayores de 40 años se presentan tasas más elevadas de patología ginecológica en general, como por ejemplo por medio de redes sociales, donde se explique la importancia de la prevención y el diagnóstico temprano de las dichas patologías.

Además, con este mismo método se pueden implementar medidas para educar a las mujeres en cuanto a la realización de auto examen de mamas para la detección temprana del cáncer de mama.

- Incentivar desde los servicios de medicina general o ginecología a las pacientes acerca de la importancia de la consulta médica de seguimiento de su patología, además de su correcto tratamiento a lo largo de su enfermedad, para evitar procesos avanzados o riesgosos en cada patología.
- Educar desde los servicios de medicina general y ginecología a las pacientes para que reconozcan signos de alarma en las patologías que padecen que causen más riesgo vital inmediato, como por ejemplo sangrados abundantes y

prolongados en la endometriosis y la importancia de acudir a un servicio de emergencias de manera temprana.

- Promover estilos de vida saludable como cese del consumo de tabaco, alcohol, realización de ejercicio físico regular, mantenimiento de una alimentación saludable y eliminar conductas sexuales de riesgo para la prevención de dichas patologías.
- Fomentar durante las consultas de medicina general y ginecología en la población femenina la importancia de métodos de planificación familiar no solo con función anticonceptiva, sino también con función de barrera como el condón, para la prevención de enfermedades de transmisión sexual como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Virus de Papiloma Humano (VPH).
- Educar a la población femenina desde edades tempranas, por medio de charlas en el nivel de colegios acerca de la importancia de la realización de exámenes rutinarios de enfermedades de transmisión sexual, además de fomentar la importancia de la realización del Papanicolau como método de tamizaje para prevenir cáncer de cuello uterino.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

1. Bang RA, Baitule M, Sarmukaddam S, Bang AT, Choudhary Y, Tale O. HIGH PREVALENCE OF GYNAECOLOGICAL DISEASES IN RURAL INDIAN WOMEN. *The Lancet*. enero de 1989;333(8629):85-8.
2. Rogo KO. Mortality in acute gynecology: a developing country perspective. *Int J Gynecol Obstet*. diciembre de 1989;30(4):343-7.
3. INCIDENCIA DE ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA, HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA, CHACHAPOVAS 2013 [Internet]. [citado 30 de mayo de 2019]. Disponible en: http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/69/FE_208.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Izetbegovic S, Alajbegovic J, Mutevelic A, Pasagic A, Masic I. Prevention of Diseases in Gynecology. *Int J Prev Med*. diciembre de 2013;4(12):1347-58.
5. Jining, Liu Shizhen. Estudio sobre la carga de enfermedad de las enfermedades ginecológicas chinas en 2016. *Rev China Ginecol Obstet*. 2018;53(5):313-8.
6. Ronald Evans Meza. Carga Global de la Enfermedad: breve revisión de los aspectos más importantes. *REV HISP CIENC SALUD*. 2015;1(2):107-16.
7. Alan H DeCHERNEY, Lauren NATHAN, Neri LAUFER, Ashley S. ROMAN. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstetrico. 11.^a ed. McGRAW-HILL;
8. GBD Compare | IHME Viz Hub [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
9. Cantella S R, Brazzini A A, Brazzini M M, Ramón JC, Hurtado R J, Quispe A E, et al. Embolización de arterias uterinas para manejo de miomatosis: experiencia con 200 pacientes. *Rev Peru Ginecol Obstet*. julio de 2016;62(3):229-34.
10. Phelippeau J, Fernandez H. Fibromas uterinos. *EMC - Ginecol-Obstet*. diciembre de 2016;52(4):1-6.
11. Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, Fraser IS, for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynecol Obstet*. abril de 2011;113(1):3-13.
12. Julieth Suarez Ocegüera, Andria de la Cruz de Oña, Yanet Ortega Dugrot, Frank Vásquez Luna, Maricela Morera Pérez. CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON MIOMAS UTERINOS SINTOMATICAS TRATADAS CON EMBOLIZACIÓN ARTERIAL UTERINA. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*. 2018;9(4):78-95.

13. Alfredo Jácome Roca. Stein, Leventhal y el síndrome de ovarios poliquísticos. *Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo*. 2018;5(4):46-7.
14. Azziz R. Polycystic Ovary Syndrome: *Obstet Gynecol*. agosto de 2018;132(2):321-36.
15. Pérez Rojas JM, Maroto Fernandez KE, Pérez Rojas JM, Maroto Fernandez KE. Síndrome de Ovarios Poliquísticos. *Med Leg Costa Rica*. marzo de 2018;35(1):94-101.
16. infertilidad_un_resumen-spanish.pdf [Internet]. [citado 5 de agosto de 2019]. Disponible en: https://www.asrm.org/globalassets/rf/news-and-publications/bookletsfact-sheets/spanish-fact-sheets-and-info-booklets/infertilidad_un_resumen-spanish.pdf
17. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Tratamiento de infertilidad para el especialista en salud de la mujer - ACOG [Internet]. 2019 [citado 6 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/Infertility-Workup-for-the-Womens-Health-Specialist?IsMobileSet=false>
18. Ulett NM. Actualización en los puntos clave de la endometriosis. *Rev Medica Sinerg*. 1 de mayo de 2019;4(5):35-43.
19. Rodrigo Durón González, Pamela Bolaños Morera. Endometriosis. *Medicina Legal de Costa Rica Edición Virtual*. marzo de 2018;35(1).
20. Tommaso Falcone, Rebecca Flyckt. Manejo Clínico de la Endometriosis. 2018;131:557–71.
21. Pérez LYA. Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. *Revisión bibliográfica*. (2016):12.
22. Paredes DFD, Farfán JCP, Orellana JMF, Legarda AAB. Trastorno disfórico premenstrual. *RECIAMUC*. 31 de mayo de 2019;3(1):199-217.
23. Cristina Torres Pascual. Alternativas al tratamiento farmacológico de las alteraciones menstruales en adolescentes y jóvenes adultas. *Medicina Naturista*. 2016;10(1):15-20.
24. American Psychiatric Association, editor. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
25. Marta León García. Serotonina, ciclo menstrual y síndrome premenstrual. *Medicina Naturista*. 2015;9(2):103-8.

26. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio. Metodología de la investigación. 5ta ed. McGRAW-HILL; 2010.
27. Gómez EG. La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques. abril de 1997;55.
28. User S, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS Chile - Salud de la Mujer | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado 11 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=72:salud-mujer&Itemid=213
29. WHO-NMH-PND-19.1-spa.pdf [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324847/WHO-NMH-PND-19.1-spa.pdf?ua=1>
30. LEY-9028.pdf [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.ucr.ac.cr/medios/documentos/2015/LEY-9028.pdf>
31. Jesús Méndez Muñoz. Tabaquismo en Costa Rica: datos epidemiológicos locales [Internet]. Instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia. 2018 [citado 11 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.iafa.go.cr/materiales-de-apoyo/presentacion/508-tabaquismo-en-costa-rica-datos-epidemiologicos-locales>
32. Ley Antitabaco celebra cinco años con cifras positivas [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.iafa.go.cr/noticias/318-ley-antitabaco-celebra-cinco-anos-con-cifras-positivas>
33. María Correia, Valeria Pena. Panorama de género en América Central [Internet]. 2002. Disponible en: <http://web.worldbank.org/archive/website01404/WEB/IMAGES/CORREI-3.PDF>
p
34. 8638.pdf [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/8638.pdf>
35. Cáncer de cérvix es la primera causa de muerte por cáncer en Guatemala - Emisoras Unidas 89.7FM [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://emisorasunidas.com/2017/11/28/cancer-de-cervix-es-la-primera-causa-de-muerte-por-cancer-en-guatemala/>

ABREVIATURAS

ABREVIATURAS

- AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad.
- AVP: Años de vida perdidos.
- AVD: Años vividos con discapacidad.
- CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades.
- FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.
- SOP: Síndrome de Ovario Poliquístico.
- NIH: Institutos Nacionales de Salud.
- ACO: Anticonceptivos orales combinados.
- POP-Q: Sistema de cuantificación de prolapso de órganos pélvicos (por sus siglas en inglés).
- DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
- GBD: Global Burden of Disease
- EV: Esperanza de vida.
- EM: Edad de muerte.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- IAFA: Instituto de sobre alcoholismo y farmacodependencia.
- VIH: Virus Inmunodeficiencia Humana
- VPH: Virus Papiloma Humano

ANEXOS

CARTA DEL TUTOR

San José, 16 de diciembre del 2019


Dirección de registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

La estudiante Amanda Ramírez Ovares, cédula de identidad número 304980278, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "**CARGA DE LA ENFERMEDAD POR ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS (B12.3), COSTA RICA 1990-2017**", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	16%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18%
	TOTAL	100%	90%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura. Atentamente,



Dra. Mariana Fallas Picado
Ced. 114880490
Cod. 14058

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo Amanda Ramírez Ovarés, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 30498 0278 egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: Carga de la enfermedad por enfermedades ginecológicas (B12.13) en Costa Rica, 1990-2017

es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. en fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 16 días del mes de Diciembre del año dos mil 19.


Firma del estudiante
Cédula

CARTA DEL LECTOR

San José, 30 de enero del 2020

Srs.
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimados señores:

La estudiante Amanda Ramírez Ovares ; cédula de identidad número: 304980278, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: "Carga de la enfermedad por enfermedades ginecológicas (B12.3) en Costa Rica, 1990-2017". La cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,


Dra. Karen Paola Fonseca Artavia
Médica General
Cód.: 14926
Dra. Karen Paola Fonseca Artavia
Ced. 1-1519-0980
Cod. 14926

CARTA DEL FILÓLOGO

CARTA DEL FILÓLOGO

San José, 6 de febrero del 2020

Señores
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
Facultad de Ciencias de la Salud

Estimados señores:

La estudiante Amanda Ramirez Ovarés, cédula número 3 0498 0278 me ha presentado para efectos de corrección de estilo, el trabajo de investigación denominado CARGA DE LA ENFERMEDAD POR ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS (B12.3) EN COSTA RICA, 1990-2017 el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado, de acuerdo con los lineamientos de la corrección de estilo señalados por la Universidad, los aspectos de estructura gramatical, acentuación, ortografía, puntuación y los vicios de dicción que se traducen al escrito y he verificado que se han realizado todas las correcciones indicadas en el documento.

Por consiguiente, doy fe que este trabajo se encuentra listo para ser presentado oficialmente a la Universidad.

Atentamente



Prof. Mario Boza Chacón
Filólogo. Cédula 103580444
Carné Colegio de Licenciados y
Profesores Número 5034

BIBLIOTECA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACIÓN

San José, 25 Abril, 2020

Señores:

Universidad

Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito Amanda Ramírez Ovares, con número de identificación 3 0498 0278 autor del trabajo de graduación titulado "*Carga de la enfermedad por enfermedades ginecológicas B12.3, en Costa Rica, 1990-2017*", como requisito para optar por el grado Licenciatura en la carrera de Medicina y Cirugía; Si autorizo a la Biblioteca de la Universidad Hispanoamericana para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,



3 0498 0278

Firma y Cédula de Identidad

ANEXO 1 (Versión en línea dentro del Repositorio)

LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR Y PERMITIR LA CONSULTA Y USO

Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional

Como titular del derecho de autor, confiero al Centro de Información Tecnológico (CENIT) una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, el autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito.

b) Autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) a publicar la obra en digital, los usuarios puedan consultar el contenido de su Trabajo Final de Graduación en la página Web de la Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana

c) Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.

d) Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante el Centro de Información Tecnológico (CENIT) y ante terceros. En todo caso el Centro de Información Tecnológico (CENIT) se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.

e) Autorizo al Centro de Información Tecnológica (CENIT) para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

f) Acepto que el Centro de Información Tecnológico (CENIT) pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.

g) Autorizo que la obra sea puesta a disposición de la comunidad universitaria en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las “Condiciones de uso de estricto cumplimiento” de los recursos publicados en Repositorio Institucional.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT), EL AUTOR GARANTIZA QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.