



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE
OVARIO POLIQUÍSTICO MAYORES DE 19 AÑOS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL II GUSTAVO LANNATA LUJÁN 2024

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora:

Lazo Sarmiento, Katherine Milagros

Asesor:

Jaramillo Samaniego, Jose German

ORCID: 0000-0002-1190-1213

Jurado:

Paz Soldan Oblitas, Carlos Enrique

Huarag Reyes, Raul Abel

Sandoval Diaz, Wilder Adolfo

Lima - Perú

2025



CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO MAYORES DE 19 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II GUSTAVO LANNATA LUJÁN 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

21 %

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

www.cochrane.org

Fuente de Internet

2%

2

repositorio.unica.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

dspace.utpl.edu.ec

Fuente de Internet

1%

4

www.dspace.uce.edu.ec

Fuente de Internet

1%

5

Submitted to Universidad de San Martín de Porres

Trabajo del estudiante

1%

6

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

7

1library.co

Fuente de Internet

1%

8

Andrés E. Ortiz-Flores, Manuel Luque-Ramírez, Héctor F. Escobar-Morreale. "Síndrome de ovario poliquístico en la mujer adulta", Medicina Clínica, 2019

Publicación

1%

9

Helena J. Teede, Chau Thien Tay, Joop Laven, Anuja Dokras et al. "Recommendations from the 2023 International Evidence-based

1%



FACULTAD DE MEDICINA “HIPOLITO UNANUE”

**CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE OVARIO
POLIQUÍSTICO MAYORES DE 19 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II
GUSTAVO LANNATA LUJÁN 2024**

Líneas de investigación

Salud pública

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autora

Lazo Sarmiento, Katherine Milagros

Asesor

Jaramillo Samaniego, Jose German

ORCID: 0000-0002-1190-1213

Jurado

Paz Soldan Oblitas, Carlos Enrique

Huarag Reyes, Raul Abel

Sandoval Diaz, Wilder Adolfo

Lima – Perú

2025

DEDICATORIA

A mi familia, por todos estos años de apoyo incondicional durante mi formación académica, durante los momentos más brillantes y más difíciles.

INDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT.....	7
I. INTRODUCCION	8
1.1. DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA	8
1.2. ANTECEDENTES	10
1.3. OBJETIVOS	15
<i>OBJETIVO GENERAL</i>	15
<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	16
1.4. JUSTIFICACIÓN	16
1.5. HIPOTESIS	18
II. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1. BASES TEÓRICAS SOBRE EL TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	19
III. METODO	26
3.1. TIPO DE INVESTIGACION.....	26
3.2. AMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL.....	26
3.3. VARIABLES	26
3.4. POBLACION Y MUESTRA	26
3.5. INSTRUMENTOS.....	27
3.6. PROCEDIMIENTOS.....	30
3.7. ANALISIS DE DATOS	30
3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	30

IV. RESULTADOS.....	32
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	40
VI. CONCLUSIONES.....	44
VII. RECOMENDACIONES.....	46
VIII. REFERENCIAS.....	47
IX. ANEXOS.....	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas	32
Tabla 2 Puntaje de calidad de atención según dimensiones	34
Tabla 3 Evaluación de la dimensión diagnóstico.....	35
Tabla 4 Evaluación de la dimensión prevención de comorbilidades metabólicas	36
Tabla 5 Evaluación de la dimensión manejo del estilo de vida	37
Tabla 6 Evaluación de la dimensión terapia farmacológica	38
Tabla 7 Evaluación de la dimensión atención psicológica	38
Tabla 8 Evaluación de la dimensión seguimiento continuo.....	39

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 calidad de atención medica por dimensión en las pacientes con SOP	33
Figura 2 distribución del puntaje de calidad de atención médica en las pacientes con SOP	34

RESUMEN

Objetivo: Identificar la calidad de atención médica en pacientes mayores de 19 años con SOP atendidas en el Hospital II Gustavo Lannata Luján durante 2024. **Material y métodos.** Se utilizó un checklist basado en la *Guía Internacional Basada en Evidencia 2023 para la Evaluación y Gestión del SOP (GIBE 2023-EGSOP)* y se realizó un análisis descriptivo de las dimensiones: diagnóstico, prevención de comorbilidades metabólicas, manejo del estilo de vida, terapia farmacológica, atención psicológica y seguimiento continuo y se evaluó el porcentaje de cumplimiento. **Resultados:** Se tuvo como resultados que el diagnóstico de SOP tuvo un porcentaje de cumplimiento de 53%, seguido de la terapia farmacológica (35%) , mientras que las otras dimensiones fueron menores de 12% , siendo la evaluación psicologica (1.51%) la de menor cumplimiento. **Conclusión:** la calidad de atención médica fue regular para el diagnóstico de SOP (54.31%) , y mala para la prevención de comorbilidades metabólicas (11.36%) , manejo del estilo de vida (11.36%) , terapia farmacológica (35.6%), atención psicológica (1.51%) y seguimiento continuo (11.36%).

Palabras clave: síndrome de ovario poliquístico, calidad de atención, manejo médico

ABSTRACT

Objective: To identify the quality of medical care in patients older than 19 years with PCOS seen at Hospital II Gustavo Lannata Luján during 2024. **Material and methods.** A checklist based on the International Evidence-Based Guidelines 2023 for the Evaluation and Management of PCOS was used and a descriptive analysis of the dimensions: diagnosis, prevention of metabolic comorbidities, lifestyle management, pharmacological therapy, psychological care and continuous follow-up was performed and the percentage of compliance was evaluated. **Results:** The diagnosis of PCOS had a compliance percentage of 53%, followed by pharmacological therapy (35%), while the other dimensions were less than 12%, with psychological evaluation (1.51%) being the least compliant. **Conclusion:** The quality of medical care was fair for the diagnosis of PCOS (54.31%), and poor for the prevention of metabolic comorbidities (11.36%), lifestyle management (11.36%), pharmacological therapy (35.6%), psychological care (1.51%) and continuous follow-up (11.36%).

Keywords: polycystic ovary syndrome, quality of care, medical management

I. INTRODUCCION

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un trastorno endocrino común en mujeres en edad reproductiva, con impacto metabólico, psicológico y reproductivo, que a pesar de sus manifestaciones clínicas, tiene deficiencias en la atención médica.

1.1. Descripción y formulación del problema

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es uno de los trastornos endocrinos más prevalentes en mujeres en edad reproductiva, con una etiología compleja, multifactorial y heterogénea. Representa la endocrinopatía metabólica más común en esta población, con una prevalencia global estimada entre el 6% y el 15%, dependiendo de los criterios diagnósticos aplicados (Ortiz-Flores et al., 2019) (Hoeger et al., 2021).

El SOP afecta significativamente la calidad de vida de las pacientes, manifestándose con ciclos menstruales irregulares, menorragia, infertilidad, hirsutismo, acné, obesidad y mayor riesgo de patologías cardiometabólicas. También tiene un fuerte impacto psicológico, con alta prevalencia de ansiedad, depresión, trastornos alimentarios y alteración en la función sexual (Agramonte Machado, 2022; Coffey et al., 2006; Dokras et al., 2017; Ovies Carballo et al., 2022; Teede et al., 2023a). A nivel nacional, el 50% de las pacientes son diagnosticadas por ecografía y presentan mayor riesgo de diabetes tipo 2, con una asociación significativa entre SOP, depresión y ansiedad (Ordinola Ramírez et al., 2022; Sotero Camino, 2022). A pesar de su alta prevalencia y complicaciones metabólicas y psicológicas, el SOP sigue asociado a diagnósticos tardíos, tratamientos inadecuados y una atención médica deficiente (Deeks et al., 2011).

En el Hospital Gustavo Lannata, las pacientes con SOP son por el servicio de ginecología, evidenciándose demoras en el diagnóstico, insatisfacción con el tratamiento de complicaciones y dificultades en el acceso a otros servicios especializados como nutrición y psicología. La *Guía*

Internacional Basada en la Evidencia 2023 para la Evaluación y gestión del Síndrome de Ovario Poliquístico, elaborada por 39 organizaciones en 71 países, busca estandarizar el manejo, reducir la variabilidad clínica y mejorar la atención multidisciplinaria. Su implementación puede optimizar la detección de comorbilidades, agilizar el diagnóstico y mejorar la salud física y mental de las pacientes. En este contexto, el estudio evaluará la calidad de la atención médica en el Hospital Gustavo Lannata, identificando deficiencias en diagnóstico, tratamiento y acceso a servicios según estándares internacionales con el uso de esta guía.

1.1.1. Problema general

¿Cuál es la calidad de atención médica en pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años atendidas en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024?

1.1.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficos de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024?
- ¿Cuál es la calidad de atención medica en los pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años según el diagnostico en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024?
- ¿Cuál es la calidad de atención medica en los pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años según la prevención de comorbilidades metabólicas en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024?

- ¿Cuál es la calidad de atención médica en los pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años según la manejo del estilo de vida en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024?
- ¿Cuál es la calidad de atención médica con síndrome de ovario poliquístico en los pacientes mayores de 19 años según la terapia farmacológica en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024?
- ¿Cuál es la calidad de atención médica en los pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años según la evaluación psicológica en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024?
- ¿Cuál es la calidad de atención médica en los pacientes mayores de 19 años según el seguimiento continuo en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Gutierrez Cesar, en su investigación titulada “*Prevalencia y características clínico-epidemiológicas en pacientes diagnosticadas con síndrome de ovario poliquístico en el Hospital Santa María del Socorro, Ica – 2023*”, de tipo observacional, descriptivo tuvo como objetivo determinar la prevalencia y características clínico-epidemiológicas en 52 pacientes diagnosticadas con SOP. La edad media fue de 24.6 ± 7.23 años, predominando las pacientes ≤ 25 años (65.38%), nuligestas (53.85%), el IMC predominante fue el normopeso y sobrepeso (40.38% cada uno). La manifestación clínica predominante fue la irregularidad menstrual (63.45%), la hipertensión arterial no se presentó en ninguna de nuestras pacientes. (Gutiérrez Chacaltana, 2024)

1.2.2. *Antecedentes internacionales*

Ismayilova y Yaya, en su investigación titulada *“I’m usually being my own doctor: women’s experiences of managing polycystic ovary syndrome in Canada”*, tuvieron como objetivo explorar las experiencias de vida de mujeres con síndrome de ovario poliquístico (SOP) en Canadá y los factores que influyen en su manejo. Mediante entrevistas en profundidad a 25 mujeres de 18 a 63 años, identificaron barreras como la falta de orientación médica el 68% de los participantes no recibieron suficiente información sobre las opciones de tratamiento ni orientación de los médicos para elaborar un plan de tratamiento individualizado, sesgos relacionados con el peso al 44% se les recomendó la pérdida peso, pero expresaron su frustración cuando sus médicos no les ofrecieron ninguna orientación o derivación a dietistas o nutricionista. Con respecto a la salud mental, solo el 8% tenían médicos de que hicieron un seguimiento de su salud mental y sus repercusiones en el SOP, lo que llevó a muchas a depender de la autogestión y autoeducación. Esta investigación subraya la necesidad de mejorar la formación médica y los recursos disponibles para las pacientes. (Ismayilova y Yaya, 2023)

Yan et al., en su investigación titulada *“Is polycystic ovary syndrome appropriately diagnosed by obstetricians and gynecologists across China: a nationwide survey”*, tuvieron como objetivo evaluar los criterios diagnósticos utilizados y su aplicación en el diagnóstico del síndrome de ovario poliquístico (SOP) por obstetras y ginecólogos en China. A través de una encuesta nacional en línea a 2,328 médicos, encontraron que los criterios más utilizados fueron los de la Androgen Excess and PCOS Society (48.2 %), seguidos por los de Rotterdam (35.7 %) y los del National Institute of Health (12.1 %). Sin embargo, solo el 41.2% de los encuestados aplicó correctamente los criterios de Rotterdam, además aquellos médicos especialistas en endocrinología ginecológica que provenían de hospitales de tercer nivel tuvieron 1,49 veces más probabilidades

de utilizar correctamente sus criterios. Estos hallazgos resaltan la necesidad urgente de mejorar la formación médica continua en el diagnóstico del SOP para optimizar la atención a los pacientes. (Yan et al., 2021)

Chemerinski et al., en su investigación titulada *“Knowledge of PCOS in physicians-in-training: Identifying gaps and educational opportunities”*, tuvieron como objetivo identificar brechas en el conocimiento sobre los criterios diagnósticos y el manejo del síndrome de ovario poliquístico (SOP) entre residentes de Obstetricia y Ginecología en los Pensilvania, Estados Unidos. Mediante una encuesta en línea realizada a 347 residentes, encontraron que, aunque el 85% reportó utilizar los criterios de Rotterdam, solo el 55% identificó al menos un componente de cada criterio diagnóstico y menos del 10% pudo identificar todos los componentes, siendo la ecografía el criterio menos utilizado para el diagnóstico (26.4%). Además, solo el 50% conocía la asociación entre los síntomas depresivos y el PCOS; el 98% de residentes reportó la evaluación para diabetes (con hemoglobina A1C, glucosa en ayunas o prueba de tolerancia oral), pero solo el 73% para dislipidemia. Sobre el tratamiento, el 89% prescribieron ACO, 89% cambios en el estilo de vida y 56% metformina. Las brechas en el conocimiento fueron más evidentes en relación con las comorbilidades y el manejo del SOP, lo que resalta la necesidad urgente de mejorar la educación médica en esta área. (Chemerinski et al., 2020)

Sydora et al, en su investigación titulada *“Challenges in diagnosis and health care in polycystic ovary syndrome in Canada: a patient view to improve health care”*, tuvieron como objetivo evaluar las percepciones del estado de salud, la experiencia de la atención sanitaria y el apoyo a la gestión de la enfermedad en los afectados por el SOP en Canadá, utilizando un cuestionario online. Se incluyeron las respuestas de 194 participantes residentes en Canadá (93% en Alberta). La edad media era de 34 ± 8 años y el IMC de 35 ± 9 . La mitad (53%) de las

encuestadas afirmaron no haber sido derivadas a especialistas para su seguimiento, y el 70% no fueron informadas sobre la morbilidad a largo plazo, como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares. Identificaron importantes lagunas en la atención sanitaria, como un diagnóstico a tiempo, atención y apoyo de seguimiento y atención multidisciplinar. Estos datos basados en la evidencia pueden utilizarse para informar sobre el desarrollo de vías para mejorar la experiencia de la atención sanitaria en los afectados por el SOP. (Sydora et al., 2023)

Hoyos L. et al, en su investigación “Measures of Patient Dissatisfaction With Health Care in Polycystic Ovary Syndrome: Retrospective Analysis”, tuvo como objetivo explorar la satisfacción con la atención médica entre los pacientes con SOP y examinar la educación médica en endocrinología reproductiva e infertilidad (REI) durante la residencia en obstetricia y ginecología como un indicador del conocimiento de los médicos en este campo, a través de un cuestionario online, se encontró que el SOP fue diagnosticado por un obstetra/ginecólogo en el 60,9 % (462/759) de las pacientes, y el 57,3 % (435/759) de las pacientes estaban insatisfechas con la atención general. En promedio, las residencias de obstetricia y ginecología dedicaron solo el 4 % (2/43) del tiempo total del bloque de endocrinología reproductiva e infertilidad, mientras que el 5,5 % (11/200) de dichas residencias no ofrecieron ninguna rotación de endocrinología reproductiva e infertilidad. (Hoyos et al., 2020a)

Simon Virginie, en su investigación titulada “The Psychosocial Impact of Polycystic Ovary Syndrome”, publicada en *Reproductive Medicine* (2023), analizó el impacto psicosocial del síndrome de ovario poliquístico (SOP). Este estudio observacional y descriptivo señala que el SOP afecta entre el 5% y el 20% de las mujeres, aumentando el riesgo de trastornos metabólicos y psicológicos, como ansiedad, depresión y baja autoestima, lo que impacta su calidad de vida. Además, el retraso en el diagnóstico y la falta de información generan estrés y afectan sus

proyectos de vida. El estudio concluye que la evaluación de las comorbilidades psicológicas debe integrarse en el manejo clínico del SOP. Se destaca el desconocimiento del impacto psicosocial por parte de los profesionales de salud y la importancia de implementar cuestionarios en el diagnóstico para una detección temprana. También enfatiza la necesidad de un enfoque multidisciplinario, dado que la calidad de vida influye en la salud y el estilo de vida de las pacientes, resaltando la importancia de mejorar la información sobre el SOP en la comunidad médica y la población general (Simon et al., 2023).

Dokras A, et al, en su investigación *“Gaps in knowledge among physicians regarding diagnostic criteria and management of polycystic ovary syndrome”*, tuvo como objetivo identificar las lagunas en los conocimientos sobre SOP y su práctica entre los médicos en América del Norte en respuesta a la insatisfacción significativa de las pacientes con respecto a su diagnóstico y experiencia de tratamiento, se utilizó un cuestionario online realizado a través del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva de endocrinólogos reproductivos en 2015-16. En general, el 27,7% de los encuestados no sabían qué criterios de diagnóstico de SOP utilizaban, sólo el 68,3% de los endocrinólogos reproductivos y el 41,2% de las ginecólogas aplicaban los criterios de Rotterdam. La mayoría de los encuestados (>85%) eran conscientes de las comorbilidades cardiometabólicas; sin embargo, menos ginecólogas eran conscientes de la depresión asociada y los trastornos de ansiedad, las pacientes reportaron que menos de la mitad de los médicos proporcionaban información sobre temas relacionados con el tratamiento médico o el asesoramiento emocional y psicológico. Aunque más del 60% de los médicos informaron de que recomendaban cambios en el estilo de vida para el tratamiento del SOP no relacionado con la fertilidad, una gran mayoría de las pacientes se

mostraron insatisfechas con la información que se les proporcionó, lo que sugiere la necesidad de mejorar dicho asesoramiento (Dokras et al., 2017).

Gibson-Helm et al, en su investigación “ Conocimientos y prácticas sobre el síndrome de ovario poliquístico entre médicos de Europa, América del Norte y el resto del mundo: un estudio basado en un cuestionario en línea”, tuvo como objetivo la identificación de brechas entre la evidencia y la práctica en la atención del SOP y las variaciones entre disciplinas y entre regiones del mundo a través de un cuestionario en línea, anónimo distribuido a través de sociedades profesionales y completado por 1.495 médicos. Encontraron que las características correspondientes a los criterios diagnósticos de Rotterdam fueron bien reconocidas (p. ej., ciclos menstruales irregulares por el 99% de los médicos), pero las implicaciones psicológicas fueron reconocidas solo por el 29 al 64%. Sobre el tratamiento más recomendado para pacientes sin deseo de fertilidad, fue el ACO (78%) y el manejo de vida (73%), los médicos excepto los de Norteamérica y Europa, tenían menos probabilidades de identificar una mejoría de los síntomas tras la pérdida de peso, esto podría indicar una menor familiaridad con las pruebas del manejo del estilo de vida o un menor éxito a la hora de recomendar el manejo del estilo de vida. (Gibson-Helm et al., 2018)

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Identificar la calidad de atención médica en pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años atendidas en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024.
- Identificar la calidad de atención médica en los pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años según el diagnóstico de SOP en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024.
- Identificar la calidad de atención médica en los pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años según la prevención de enfermedades metabólicas en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024.
- Identificar la calidad de atención médica en los pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años según el manejo del estilo de vida en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024.
- Identificar la calidad de atención médica en los pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años según la terapia farmacológica en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024.
- Identificar la calidad de atención médica en los pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años según la evaluación psicológica en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024.
- Identificar la calidad de atención médica en los pacientes mayores de 19 años según el seguimiento continuo en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024

1.4. Justificación

Justificación Teórica

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es una de las endocrinopatías más prevalentes en mujeres en edad reproductiva, y su manejo requiere un enfoque multidimensional que abarque diagnóstico preciso y atención médica integral. Sin embargo, la evidencia señala deficiencias significativas en la aplicación de guías clínicas actualizadas y en el manejo adecuado del SOP en muchos contextos de atención. Este estudio busca contribuir al cuerpo de conocimiento teórico al evaluar la calidad de atención médica desde una perspectiva basada en evidencia, utilizando la Guía Internacional Basada en Evidencia 2023 como referencia. Los hallazgos permitirán identificar vacíos en la implementación de estándares clínicos y aportar información relevante para mejorar la formación profesional y la atención médica en entornos hospitalarios.

Justificación Práctica

El presente trabajo tiene una importancia práctica clave al enfocarse en el Hospital II Gustavo Lannata Luján, donde se han identificado problemas como retrasos en el diagnóstico, manejo insuficiente de las complicaciones del SOP (por ejemplo, obesidad, hirsutismo e infertilidad) y dificultades de acceso a servicios como ecografías, nutrición y psicología. Esta investigación evaluará si los procesos clínicos actuales cumplen con las recomendaciones internacionales para el manejo del SOP y permitirá generar propuestas concretas para optimizar la atención médica. Los resultados pueden servir como una base para rediseñar protocolos, capacitar al personal de salud y promover una atención más efectiva y eficiente para las pacientes.

Justificación Metodológica

Metodológicamente, este estudio se fundamenta en un diseño descriptivo, transversal y retrospectivo, que permitirá recolectar y analizar datos mediante la revisión de historias clínicas y el uso de un checklist basado en la Guía Internacional Basada en Evidencia 2023. Este enfoque garantiza una evaluación sistemática de aspectos clave como el diagnóstico, las evaluaciones

metabólicas y cardiovasculares, las intervenciones terapéuticas y el seguimiento de las pacientes. La metodología utilizada no solo permite identificar áreas de mejora en la calidad de atención, sino que también ofrece un marco replicable que puede ser utilizado en otros entornos hospitalarios para investigaciones futuras.

1.5. Hipótesis

Esta tesis, al ser de tipo descriptiva, no presenta hipótesis.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Síndrome de ovario poliquístico*

El SOP es el trastorno endocrino más frecuente en mujeres premenopáusicas, afecta a entre el 8 y el 13% de las mujeres en edad reproductiva. Su etiopatogenia es compleja y está asociada a una importante influencia ambiental, genética y epigenética. El diagnóstico se basa en la constatación de la presencia de hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico, disfunción ovulatoria y/o hormona antimulleriana, descartando otras causas que pudiesen justificar los síntomas de exceso androgénico y oligo-anovulación. (Ortiz-Flores et al., 2019)

No existe una prueba diagnóstica específica que identifique inequívocamente el SOP. La directriz internacional basada en la evidencia y el Colegio Americano de Medicina reproductiva refieren que el diagnóstico debe basarse en los criterios de consenso de Rotterdam de 2003 y se recomienda la exclusión de enfermedad tiroidea (hormona estimulante del tiroides, TSH), hiperprolactinemia (prolactina) e hiperplasia suprarrenal congénita no clásica (cribado con 17-hidroxi progesterona). Las características diagnósticas de la enfermedad también varían a lo largo de la vida y según el origen étnico, lo que complica la categorización y la historia natural.

Si bien es muy frecuente, plantea dificultades en el diagnóstico y tratamiento, ya que los síntomas principales pueden variar en función de la edad y el tratamiento puede adaptarse a las necesidades específicas de cada persona (Ortiz-Flores et al., 2019). El síndrome también se ve afectado por la resistencia a la insulina, que se ve agravada por la acumulación de tejido adiposo relacionada con el hiperandrogenismo y la disfunción con lipotoxicidad y estrés oxidativo. Así pues, el espectro clínico completo del síndrome implica alteraciones metabólicas, reproductivas y psicológicas. (Hoeger et al., 2021)

Además de los síntomas físicos, el SOP también puede tener un impacto significativo en la salud mental y emocional de las mujeres que lo padecen. Las mujeres con SOP tienen un mayor riesgo de depresión y ansiedad en comparación con las mujeres sin esta condición, las razones de esta asociación son complejas, ya que las enfermedades crónicas suelen estar vinculadas a problemas de salud mental que pueden afectar negativamente la calidad de vida y aumentar la gravedad de los síntomas depresivos. (Almhoud et al., 2024; Bazarganipour et al., 2013; Dybczak et al., 2023; Ovies Carballo et al., 2022) No obstante, aunque las guías actuales recomiendan abordar el estado de ánimo y la calidad de vida relacionada con la salud durante el diagnóstico y seguimiento de estas mujeres, la evidencia sobre mejoras significativas en estos aspectos tras las intervenciones es limitada (Escobar-Morreale, 2018).

Sufren también de una mayor insatisfacción con su cuerpo debido a los síntomas físicos de la condición, como el aumento de peso y el hirsutismo, (Himelein y Thatcher, 2006; Jai Narain Vyas y Chouhan, 2022; Simon et al., 2023). Esto puede llevar a una baja autoestima y una mayor vulnerabilidad a los trastornos alimentarios. También tienen un mayor riesgo de problemas de sueño, como la apnea del sueño y el insomnio. La falta de sueño puede afectar negativamente el estado de ánimo y la capacidad para hacer frente al estrés. (Wang et al., 2022; Zhang et al., 2022).

Adicionalmente, los autores encontraron una proporción significativamente mayor de pacientes que estaban insatisfechas con su vida sexual y una mayor proporción de lubricación vaginal insuficiente en pacientes con SOP (Simon et al., 2023). Los estudios que han comparado la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres con SOP con otras poblaciones ginecológicas han informado de peores puntuaciones de calidad de vida relacionada con la salud para aquellas mujeres con SOP, y limita gravemente la satisfacción sexual. (Elsenbruch et al., 2003; Jones et al., 2008; Sidra et al., 2019)

La modificación del estilo de vida (LSM) se considera el tratamiento de primera línea, independientemente del estado de fertilidad, sin la adición de metformina. Las píldoras anticonceptivas orales (AO) deben usarse como tratamiento de primera línea para el manejo a largo plazo para pacientes sin requisitos reproductivos. Para pacientes con requisitos de fertilidad, la terapia de ovulación es un tratamiento eficaz. (Jin y Xie, 2018a)

2.1.2. Calidad de la atención médica

La calidad de la atención o calidad asistencial según el Instituto de Medicina, es el grado por el que los servicios asistenciales incrementan la posibilidad de resultados de salud deseados para individuos y poblaciones, en concordancia con el conocimiento profesional actual (Pencheon, 2006). La calidad es un concepto integral y polifacético, y contienen varias dimensiones y su relevancia cambia según el contexto, dimensiones tales como competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades. (DiPrete Brown et al., 2014)

La competencia profesional se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo, esta se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad; para los profesionales de la salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas, y el personal de apoyo depende de cada descripción del puesto, aunque las técnicas de relación interpersonal con el paciente y las comunidades son de particular importancia. La falta de competencia profesional puede variar de desviaciones menores de los procedimientos normales a

errores de importancia que disminuyen la eficacia o ponen en peligro la seguridad del paciente. (DiPrete Brown et al., 2014).

2.1.3. Calidad de la atención médica en SOP

Existen estudios previos indican una insatisfacción generalizada y demoras en el diagnóstico del SOP y una falta de suministro de información por parte de los médicos. (Ismayilova yYaya, 2022) Las pacientes con SOP suelen estar insatisfechas con la atención médica recibida, el proceso diagnóstico y el tratamiento inicial, lo que afecta la relación médico-paciente (Hoyos et al., 2020b).

En un estudio publicado 2023, donde se evaluaron 1385 mujeres en edad reproductiva, que vivían en América del Norte (53,0%), Europa (42,2%) u otras regiones del mundo (4,9%), un tercio o más informaron haber visitado >2 años (33,6%) y ≥ 3 profesionales de la salud (47,1%) antes de que se estableciera un diagnóstico. Pocas estaban satisfechas con su experiencia de diagnóstico (35,2%) o con la información que recibieron (15,6%). (Gibson-Helm et al., 2017)

Aunque el impacto psicosocial del SOP es significativo, los profesionales que atienden a pacientes con SOP saben poco al respecto (Simon et al., 2023). Igualmente, la revisión bibliográfica sugiere que existe una insatisfacción en la calidad de atención médica por el diagnóstico tardío y en el tratamiento del SOP.

2.1.4. Guía internacional basada en la evidencia 2023 para la Evaluación y Gestión del síndrome de ovario poliquístico

Las guías clínicas son planteamientos desarrollados sistemáticamente para ayudar al profesional y al paciente a decidir sobre la atención asistencial adecuada en circunstancias clínicas específicas y es parte de la valoración de calidad clínica, que a su vez es parte de la calidad asistencial (Legido-Quigley et al., 2008).

Una revisión de la literatura nos dice que la adherencia a guías clínicas mejora la percepción de calidad y resultados clínicos (Hoyos et al., 2020b) , que la percepción de buena atención médica está relacionada con la adherencia a protocolos basados en evidencia (Bazarganipour et al., 2015), y que la implementación de criterios de calidad mejora el tratamiento del SOP y la percepción de las pacientes sobre la atención médica (Taghavi et al., 2015). Además, el seguimiento estructurado de protocolos en la atención del SOP tiene efectos positivos en reducción de complicaciones metabólicas, mejora el manejo de la salud mental, y mejora la satisfacción y adherencia al tratamiento (Trent et al., 2002; Vågnes y Pranić, 2023).

Según La *GIBE 2023-EGSOP*, desarrollada con la participación de 39 organizaciones profesionales y de consumidores de 71 países, incluyendo comités internacionales de asesoramiento y gestión, y grupos de desarrollo de guías, tenemos las siguientes recomendaciones del manejo del síndrome de ovario poliquístico (Teede et al., 2018, 2023b)

DIAGNÓSTICO

1.1. Evaluación de disfunción ovulatoria:

Definir ciclos menstruales irregulares según el grupo etario:

- Primer año post menarquia: Ciclos normales como parte de la transición puberal.
- 1-3 años post menarquia: Intervalos <21 o >45 días.
- >3 años post menarquia hasta la perimenopausia: Intervalos <21 o >35 días o menos de 8 ciclos al año.
- Amenorrea primaria: Ausencia de menarquia a los 15 años o 3 años después de la telarquia.
- Confirmar anovulación en casos de ciclos aparentemente regulares midiendo niveles séricos de progesterona

1.2. Evaluación de hiperandrogenismo:

- Medir testosterona total y libre mediante métodos precisos.

1.3. Criterios ultrasonográficos para SOP:

- Definir la morfología ovárica poliquística (PCOM) en adultos como ≥ 20 folículos por ovario o un volumen ovárico ≥ 10 ml.

1.4. Uso de hormona antimülleriana (AMH):

- Considerar la AMH como alternativa al ultrasonido para definir PCOM en adultos. No debe ser utilizada como prueba diagnóstica única ni en adolescentes. (Teede et al., 2018, 2023b)

RIESGOS ASOCIADOS Y EVALUACIÓN CLÍNICA

- Evaluación cardiovascular: realizar un perfil lipídico completo (colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos) en el momento del diagnóstico y periódicamente según factores de riesgo adicionales. Además, monitoreo de la presión arterial anualmente.
- Riesgo de intolerancia a la glucosa y diabetes tipo 2: Evaluar el estado glucémico en el diagnóstico con una prueba de tolerancia oral a la glucosa (75 g OGTT) como estándar. Reevaluar cada 1-3 años. (Teede et al., 2018, 2023b)

MANEJO DEL ESTILO DE VIDA

Intervenciones de estilo de vida

- Recomendar intervenciones combinadas de dieta saludable, ejercicio físico y estrategias conductuales como la fijación de objetivos y el monitoreo.

- Promover actividad física de intensidad moderada (150-300 minutos semanales) o vigorosa (75-150 minutos) con fortalecimiento muscular al menos dos días a la semana

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Anticonceptivos orales combinados (COCP): Primera línea para el manejo de hirsutismo y ciclos menstruales irregulares. Utilizar dosis bajas de etinilestradiol (20-30 µg) para equilibrar eficacia y perfil metabólico
- Metformina: Considerar en pacientes con $IMC \geq 25$ kg/m² para mejorar resistencia a la insulina, perfil glucémico y lipídico.

SOPORTE PSICOLÓGICO

- Cribar depresión y ansiedad en todas las pacientes con SOP utilizando herramientas validadas y ofrecer tratamiento adecuado, incluidas terapias como la cognitivo-conductual.
- Abordar problemas de imagen corporal y disfunción psicosocial, proporcionando apoyo específico según sea necesario (Teede et al., 2018, 2023b)

III. METODO

3.1. Tipo de investigación

Tipo de investigación: Observacional, cuantitativa

Nivel de investigación: Descriptiva

3.2. Ambito temporal y espacial

La investigación se realizó en el Hospital II Gustavo Lannata Luján ubicado en Huacho, Lima, entre enero y diciembre de 2024.

3.3. Variables

Calidad de atención médica del síndrome de ovario poliquístico: Es la atención médica que requiere diagnóstico adecuado y oportuno, prevención de comorbilidades metabólicas, manejo del estilo de vida, terapia farmacológica adecuada, evaluación psicológica, y seguimiento continuo en pacientes que padecen SOP (Teede et al., 2023b)

3.4. Poblacion y muestra

3.4.1. Población

Fue realizado en mujeres en mayores de 19 años quienes acudieron al consultorio de Ginecología del Hospital Gustavo Lanatta Luján.

Criterios de inclusión

1. Mujeres en edad reproductiva.
2. Pacientes con al menos una atención médica.

Criterios de exclusión

1. Pacientes con diagnósticos de comorbilidades graves, por ejemplo, cáncer o enfermedades crónicas no relacionadas con el SOP.

2. Mujeres que estén en tratamiento experimental o no convencional fuera de las guías médicas establecidas para el SOP.

3. Mujeres en tratamiento por infertilidad activa.

3.4.2. Muestra

Se utilizó una muestra poblacional, durante el año 2024 se atendieron 102 mujeres con diagnóstico definitivo de SOP de las cuales 44 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

3.5. Instrumentos

Se utilizó un checklist de propia creación para evaluar el cumplimiento de las recomendaciones clínicas basada en las recomendaciones de *GIBE 2023-EGSOP* desarrollada por un grupo multidisciplinario de expertos, liderado por el Monash Centre for Health Research and Implementation (MCHRI), en colaboración con organizaciones internacionales y sociedades profesionales, incluyendo: American Society for Reproductive Medicine (ASRM), Endocrine Society, European Society of Endocrinology (ESE) y European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Las categorías incluyen recomendaciones basadas en la evidencia (evidencia suficiente en el SOP) o consensuadas (evidencia insuficiente en el SOP, por lo que se consideró la evidencia en poblaciones generales o relevantes) y puntos prácticos adjuntos (consideraciones de implementación). Para este checklist, se utilizó las recomendaciones basadas en evidencia alta y moderada y recomendaciones de consenso fuerte (anexo 4).

Consistió en la evaluación de seis dimensiones: diagnóstico del SOP (5 ítems), prevención de comorbilidades metabólicas (4 ítems), manejo del estilo de vida (3 ítems), la terapia farmacológica (3 ítems) evaluación psicológica (3 ítems), y seguimiento y monitoreo (2 ítems).

Cada recomendación se evaluó como no cumplido con una puntuación de 0, parcialmente cumplido (0.5 puntos), y cumplido completamente (1 punto),

Para evaluar la consistencia interna de los ítems del instrumento utilizado en esta investigación, se aplicó el coeficiente Alfa de Cronbach.

Fórmula del Alfa de Cronbach

Se calculo mediante l siguiente formula:

$$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left(1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_T^2} \right)$$

Donde:

- α = Coeficiente de Alfa de Cronbach.
- k= Número de ítems en el instrumento.
- σ_i^2 = Varianza de cada ítem individual.
- Σ^2_T = Varianza total del test (suma de los ítems).

Reemplazandolos valores del instrumento

$$\alpha = \frac{20}{20 - 1} \times \left(1 - \frac{1.0396}{3.1007} \right)$$

$$\alpha = \frac{20}{19} \times (1 - 0.3352)$$

$$\alpha = 0.6997$$

$$\alpha = 0.7$$

El análisis arrojó un Alfa de Cronbach de 0.70, lo que indica un nivel de consistencia interna aceptable. Según los criterios de interpretación de este coeficiente (George yMallery, 2003), un valor entre 0.7 y 0.8 sugiere que el instrumento tiene una fiabilidad adecuada, aunque mejorable. Estos resultados respaldan el uso del instrumento en la presente investigación.

Fórmula para el cálculo del puntaje por dimensión de calidad de atención

El puntaje global de calidad de atención médica se calculó con la siguiente fórmula:

$$\text{Puntaje de Cumplimiento por Dimensión} = \left(\frac{\sum \text{Puntajes de los Criterios de la Dimensión}}{\text{Número Total de Criterios en la Dimensión}} \right) \times 100$$

Donde:

- **Σ Puntajes de los Criterios de la Dimensión** → Suma de los valores obtenidos en cada criterio dentro de una dimensión específica.
- **Número Total de Criterios en la Dimensión** → Cantidad total de criterios evaluados en esa dimensión.
- **Multiplicación por 100** → Para expresar el puntaje en porcentaje.

Este cálculo permitió obtener un indicador cuantitativo del nivel de cumplimiento de la atención médica en las pacientes con SOP.

Escala de valoración

Para determinar la calidad de la atención médica brindada a mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), se ha adoptado una metodología basada en criterios objetivos de cumplimiento. La evidencia respalda esta categorización como una estrategia efectiva para evaluar protocolos de atención médica, permitiendo medir adherencia a guías clínicas y resultados en salud.

Categorías Definidas:

- Buena: $\geq 80\%$ de cumplimiento.
- Regular: 50%-79% de cumplimiento.
- Mala: $< 50\%$ de cumplimiento.

"Buena Calidad" ($\geq 80\%$): Representa una adherencia alta a las guías clínicas internacionales. Se correlaciona con mejor salud metabólica, emocional y reproductiva en mujeres

con SOP (Bazarganipour et al., 2015), y a una deducción del riesgo de complicaciones cardiovasculares y metabólicas (Teede et al., 2018, 2023b).

"Regular Calidad" (50%-79%): Indica inconsistencias en el seguimiento de las guías clínicas, puede estar asociada con insatisfacción del paciente y menor adherencia al tratamiento (Sacca et al., 2024) y se relaciona con diagnósticos tardíos y falta de educación en salud para las pacientes (Vågenes yPranić, 2023).

"Mala Calidad" (< 50%): Se asocia con desigualdad en la atención médica y falta de acceso a servicios especializados (Trent et al., 2002), puede contribuir al desarrollo de síndrome metabólico, mayor carga psicológica (Taghavi et al., 2015) y puede reducir la efectividad del tratamiento (Teede et al., 2023b).

3.6. Procedimientos

Se obtuvo la aprobación del hospital participante para tener acceso a la información de las historias clínicas electrónicas, se obtuvieron los datos de las pacientes con diagnóstico definitivo de SOP del Hospital II Gustavo Lanatta y se contactó con aquellas que cumplieron los criterios de inclusión. Se realizó la evaluación de la historia clínica electrónica con el checklist basado en la *GIBE 2023-EGSOP*.

3.7. Análisis de datos

En esta investigación se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables clínicas, media, mediana, desviación estandar , frecuencias y porcentajes utilizando Excel versión 16, y se utilizó el programa SPSS versión 29.0 para evaluar el alfa de Cronbach .

3.8. Consideraciones éticas

El presente estudio cumplió con los principios de la Declaración de Helsinki y las normas éticas de investigación en seres humanos. Previamente a la recolección de datos, el protocolo de

investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital II Gustavo Lannata Luján.

Las pacientes recibieron información detallada sobre los objetivos, procedimientos y posibles riesgos del estudio. Se garantizó la confidencialidad de los datos mediante la anonimato de la información y el acceso restringido a los investigadores principales. Cada participante firmó un consentimiento informado antes de su inclusión en la investigación. Se aseguró que la participación era voluntaria y que las pacientes tenían la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin repercusiones en su atención médica.

IV. RESULTADOS

A continuación se presentaran los resultados de la presente investigación, iniciando con las características sociodemográficas de las pacientes.

Tabla 1

<i>Características sociodemográficas</i>	
VARIABLE	MEDIA+DS
<i>NÚMERO DE PACIENTES</i>	44
<i>CONTOLES</i>	2 ± 0.8
<i>EDAD</i>	29.4 ± 5.8 años
<i>IMC</i>	29.4 ± 5 kg/m ²
<i>NORMAL</i>	7 (16%)
<i>SOBREPESO</i>	18 (41%)
<i>OBESIDAD</i>	19 (43%)
<i>NUMERO DE HIJOS</i>	
<i>0</i>	71%
<i>1</i>	11%
<i>DE 2 A MÁS</i>	18%
<i>PRESIÓN ARTERIAL SISTOLICA (PAS)</i>	106 ± 7.8 mmHg
<i>COMORBILIDADES</i>	
<i>DEPRESIÓN</i>	5
<i>COLESTASIS</i>	2
<i>GASTRITIS EROSIVA</i>	1

Del total de 102 mujeres con diagnóstico definitivo de SOP en el servicio de ginecología, se utilizaron 44 historias clínicas de mujeres que cumplieron los criterios de inclusión. La edad promedio fue de 29.4 ± 5.8 años, en su mayoría nulíparas (71) y tuvieron 2 ± 0.8 controles anuales. La media del índice de masa corporal (IMC) fue de 29.4 ± 5 kg/m². El IMC calculado para la mayoría de los participantes (77,5%) cumplía el criterio de obesidad con un IMC > 30, seguido del 41% con sobrepeso con un IMC calculado entre 25 y 30 kg/m². Además el promedio de PAS fue de 106 ± 7.8 mmHg.

A continuación se evaluará el nivel de cumplimiento en diferentes aspectos de la atención médica para pacientes con SOP, primero se evaluará los resultados del puntaje de calidad de atención según dimensiones y luego la evaluación individual de cada dimensión con sus indicadores.

Figura 1

Calidad de atención medica por dimensión en las pacientes con SOP

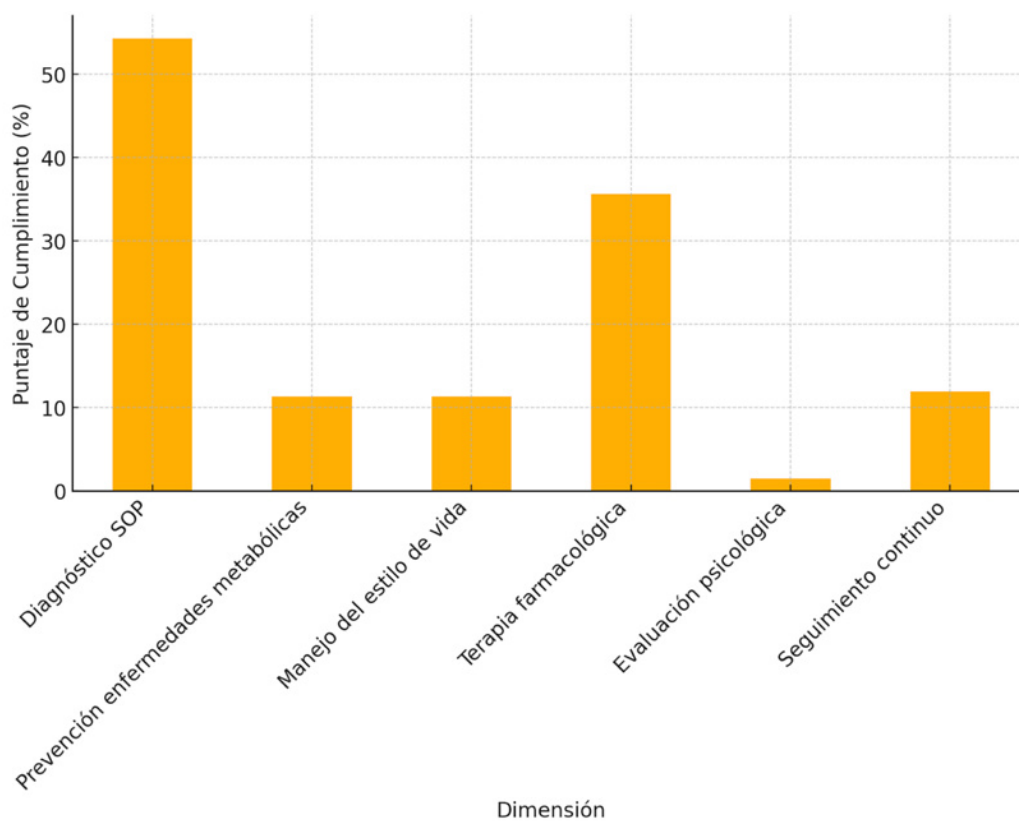
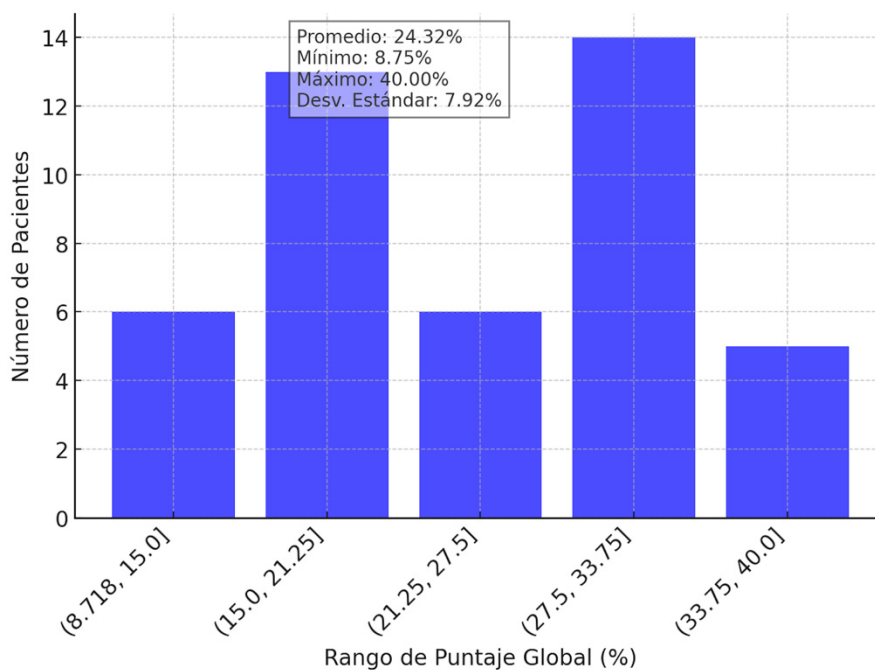


Tabla 2*puntaje de calidad de atención según dimensiones*

DIMENSIÓN	PUNTAJE (%)
<i>Diagnóstico SOP</i>	54.31 %
<i>Prevención de comorbilidades metabólica</i>	11.36 %
<i>Manejo del estilo de vida</i>	11.36 %
<i>Terapia farmacológica</i>	35.6%
<i>Atención psicológica</i>	1.51 %
<i>Seguimiento continuo</i>	11.36 %

En la figura 1 y la tabla 2 vemos el cuadro comparativo del puntaje de la calidad de atención por cada dimensión, las dimensiones con mayores puntaje son diagnóstico de SOP y terapia farmacológica, y aquel con menor puntaje es la evaluación psicológica. Solo la dimensión de diagnóstico de SOP superó el 50%, obteniéndose de atención de regular calidad, todas las demás dimensiones, tienen una calidad de atención de mala calidad.

Figura 2*Distribución del puntaje de calidad de atención médica en las pacientes con SOP*

El gráfico de barras muestra la distribución del puntaje en cinco rangos de cumplimiento. Se observa que la mayoría de las pacientes tienen puntajes entre 15% y 35%, lo que confirma que la atención brindada es predominantemente baja. El puntaje global de calidad de atención fue del 24.3%, con un rango entre 8.75% y 40%. Cabe destacar que ninguna paciente superó el umbral del 50% de cumplimiento, lo que confirma que la calidad de atención es deficiente en todos los aspectos evaluados.. Por otro lado, La desviación estándar de 7.92% indica que las deficiencias en la atención son consistentes entre las pacientes, sin diferencias significativas.

Tabla 3

<i>Evaluación de la dimensión diagnóstico</i>			
CRITERIO	NO CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE	CUMPLE COMPLETAMENTE
<i>HISTORIA CLÍNICA</i> <i>Evaluación de irregularidad menstrual* y síntomas de hiperandrogenismo.</i>	3 (6.8%)	26 (59.1%)	15 (34.1%)
<i>EXAMEN FÍSICO</i> <i>Evaluación con escala de Ferriman-Gallwey y obesidad.</i>	44 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>PRUEBAS DE LABORATORIO</i> <i>Testosterona total/libre y descarte de otras causas endocrinas**</i>	13 (29.5%)	5 (11.4%)	26 (59.1%)
<i>ECOGRAFÍA o AMH (en adultos)*** para evaluar morfología ovárica poliquística</i>	4 (9.1%)	16 (36.4%)	24 (54.5%)
<i>CRITERIOS DE ROTTERDAM****</i> <i>Aplicación de criterios de Rotterdam para el diagnóstico</i>	0 (0%)	26 (59.1%)	18 (40.9%)

* Ciclos menstruales irregulares (<21 o >35 días) o Amenorrea (>90 días sin menstruación) documentada.
 ** Solicitar 17-hidroxiprogesterona, TSH, prolactina
 *** Identificar ≥20 foliculos por ovario, 10 foliculos por sección o volumen ovárico >10 ml/ Hormona Antimülleriana (AMH)
 **** Oligo/anovulación, hiperandrogenismo clínico/bioquímico, ovarios poliquístico, según el algoritmo propuesto por la Guía Internacional Basada en Evidencia 2023 para la Evaluación y Gestión del SOP

La tabla 3 muestra el porcentaje de recomendaciones cumplidas durante la atención médica, evaluando la toma de historia clínica, el examen físico, las pruebas de laboratorio solicitadas, las características de la ecografía pélvica y la aplicación de los criterios de Rotterdam. Con respecto a la historia clínica, solo el 34% cumplió con el registro adecuado de irregularidades

menstruales y síntomas de hiperandrogenismo, más no hubo registro del examen físico, además, solo el 59.1% recibió pruebas endocrinas completas para descartar otras causas. Sobre las ecografías el 54.5% tuvo una evaluación ecográfica adecuada.

El 40.9% de las pacientes cumplió con los criterios de Rotterdam para el diagnóstico definitivo y el 59.1% tuvo una evaluación parcial, los profesionales reconocieron por lo menos un criterio de los Criterios de Rotterdam.

El diagnóstico del SOP obtuvo un puntaje de cumplimiento del **54.31%**, siendo el mejor criterio evaluado, pero evidenciando deficiencias en la aplicación adecuada de los criterios internacionales.

Tabla 4

Evaluación de la dimensión prevención de comorbilidades metabólicas

CRITERIO	NO CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE	CUMPLE COMPLETAMENTE
<i>EVALUACIÓN RESISTENCIA A LA INSULINA</i> <i>Prueba de tolerancia a la glucosa (OGTT 75g)</i>	27 (61.4%)	17 (38.6%)	0 (0%)
<i>MONITOREO PA Y PERFIL LIPIDICO</i>	24 (54.5%)	17 (38.6%)	3 (6.8%)
<i>APNEA DEL SUEÑO</i> <i>STOP-BANG u otra herramienta validada en la región).</i>	44 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>MONITOREO DEL SÍNDROME METABÓLICO</i> <i>al menos cada 3 años</i>	44 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

La tabla 4 muestra el porcentaje de recomendaciones cumplidas para la evaluación de la prevención de comorbilidades metabólicas. El 61.4% de las pacientes no tuvo evaluación de resistencia a la insulina mediante ninguna prueba, mientras que para el 17% se evaluó mediante glucosa al azar, ninguna cumplió la recomendación del uso de prueba de tolerancia a la glucosa (OGTT), lo que evidencia una omisión crítica en la detección de resistencia a la insulina.

El monitoreo regular de la presión arterial y el perfil lipídico fue inadecuado en el 54.5% de los casos. Ninguna paciente fue evaluada para el diagnóstico de apnea del sueño, lo que representa una importante deficiencia dado el riesgo cardiovascular asociado al SOP.

Los resultados revelaron un cumplimiento muy bajo en esta dimensión, alcanzando solo un **11.36%**.

Tabla 5

<i>Evaluación de la dimensión manejo del estilo de vida</i>			
CRITERIO	NO CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE	CUMPLE COMPLETAMENTE
<i>ACTIVIDAD DE ACTIVIDAD FÍSICA 150-300 min/semana de ejercicio moderado.</i>	31 (70.5%)	13 (29.5%)	0 (0%)
<i>PLAN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE adaptado a preferencias y necesidades individuales.</i>	33 (75.0%)	11 (25.0%)	0 (0%)
<i>ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO</i>	32 (72.7%)	12 (27.3%)	0 (0%)

La tabla 5 muestra el porcentaje de recomendaciones cumplidas para el manejo del estilo de vida. Solo el 29.5% de las pacientes recibió algún tipo de orientación orientación sobre actividad física, y solo el 25% fue orientado sobre alimentación saludable, ninguna tuvo un plan adaptado a sus necesidades. El 27.3% de las pacientes tuvo alguna interconsulta con nutrición o psicología, más no se implementó un enfoque multidisciplinario en ningún caso, limitando las intervenciones integrales en salud.

El manejo del estilo de vida, considerado una de las principales estrategias terapéuticas del SOP, presentó un nivel de cumplimiento del **11.36%**

Tabla 6

<i>Evaluación de la dimensión terapia farmacológica</i>			
CRITERIO	NO CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE	CUMPLE COMPLETAMENTE
<i>USO DE ANTOCINCEPTIVOS ORALES en caso de irregularidad menstrual y/o hiperandrogenismo.</i>	15 (34.1%)	0 (0%)	29 (65.9%)
<i>USO DE METFORMINA* en mujeres con o sin obesidad si tienen resistencia a la insulina.</i>	30 (68.2%)	14 (31.8%)	0 (0%)
<i>NO RECOMENDAR USO DE ESTATINAS RUTINARIO).</i>	0 (0%)	0 (0%)	44 (100%)

**Iniciar en aquellas con IMC >25 Kg/m2*

La tabla 6 muestra el porcentaje de recomendaciones cumplidas para la evaluación de terapia farmacológica. El **65.9%** de las pacientes con irregularidad menstrual y/o hiperandrogenismo recibió anticonceptivos orales combinados (ACO) , en concordancia con las guías internacionales. Sin embargo, el **68.2%** de las pacientes no recibió tratamiento con metformina, a pesar de su eficacia probada en el manejo de la resistencia a la insulina y el perfil glucémico. Ninguna paciente recibió estatinas, en línea con la recomendación de no utilizarlas de forma rutinaria en el tratamiento del SOP.

El cumplimiento de la terapia farmacológica alcanzó el **35.6%**, siendo una de las dimensiones mejor evaluadas, aunque con importantes oportunidades de mejora.

Tabla 7

<i>Evaluación de la dimensión atención psicológica</i>			
CRITERIO	NO CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE	CUMPLE COMPLETAMENTE
<i>EVALUACIÓN PSICOLÓGICA</i>	42 (95.5%)	0 (0%)	2 (4.5%)
<i>EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA</i>	44 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>EVALUACIÓN TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA</i>	44 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

La tabla 7 muestra el porcentaje de recomendaciones cumplidas para la evaluación psicológica de las paciente con SOP. Solo 2 pacientes (4.5%) recibieron algún tipo de evaluación psicológica. No se realizaron evaluaciones de imagen corporal ni se identificaron posibles trastornos de conducta alimentaria en ninguna de las pacientes evaluadas.

La dimensión de atención psicológica mostró el desempeño más deficiente, con un nivel de cumplimiento del 1.51%.

Tabla 8

<i>Evaluación de la dimensión seguimiento continuo</i>			
CRITERIO	NO CUMPLE	CUMPLE PARCIALMENTE	CUMPLE COMPLETAMENTE
<i>EVALUACIÓN PERIÓDICA SEGÚN RIESGO cada 6-12 meses en pacientes sin complicaciones y cada 3-6 meses en pacientes con alto riesgo.</i>	33 (75.0%)	11 (25.0%)	0 (0%)
<i>EVALUACIÓN PERIÓDICA INDEPENDIENTE DEL TRATAMIENTO seguimiento de síntomas cada 6-12 meses</i>	34 (77.3%)	10 (22.7%)	0 (0%)

La tabla 8 muestra el porcentaje de recomendaciones cumplidas con respecto al seguimiento y monitoreo. El 75% de las pacientes no recibió evaluaciones periódicas según su nivel de riesgo. Ninguna paciente tuvo seguimiento estructurado de síntomas, lo que limita la posibilidad de detectar complicaciones o realizar ajustes en el tratamiento.

El seguimiento clínico fue insuficiente, con un cumplimiento del 11.36%

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La calidad de la atención médica en SOP fue mala en las dimensiones de prevención de comorbilidades metabólica, manejo del estilo de vida, terapia farmacológica, atención psicológica y seguimiento continuo y regular en el diagnóstico cuando se aplicó la *GIBE 2023-EGSOP* en las pacientes con SOP en mayores de 19 años en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024.

La prevalencia de obesidad y sobrepeso en pacientes con SOP ha sido variable en diferentes estudios. Gutiérrez Chacaltana (2024) encontró que en el Hospital Santa María del Socorro (Ica), la mayoría de las pacientes tenían normopeso o sobrepeso en igual proporción (40.38%). A nivel internacional, Sydora et al. (2023) reportaron un IMC promedio de 35 ± 9 kg/m², lo que indica una alta prevalencia de obesidad en Canadá. En comparación con estos estudios, los resultados obtenidos en nuestra investigación muestran una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en relación con el estudio nacional, pero una tendencia similar a los hallazgos internacionales, lo que evidencia la necesidad de estrategias efectivas de control metabólico en nuestra población. Teede et al. (2023b) encontraron que 69% de las pacientes con SOP eran nulíparas, mientras que Gutiérrez Chacaltana (2024) reportó que 53.85% de las pacientes no habían tenido embarazos previos. Comparando estos antecedentes, nuestro estudio muestra una tendencia ligeramente superior a ambos reportes, lo que refuerza la relación entre SOP e infertilidad y la necesidad de mejorar la evaluación reproductiva en estas pacientes.

La calidad del diagnóstico del SOP presenta deficiencias importantes a nivel mundial. Yan et al. (2021) encontraron que solo el 41.2% de los médicos en China aplicaban correctamente los criterios diagnósticos, Chemerinski et al. (2020) reportaron que el 55% de los médicos reconocían al menos un componente de cada criterio diagnóstico, mientras que Dokras et al. (2017) y Gibson et al. (2020) encontraron que del 16 al 28% de los médicos no sabían qué criterios diagnósticos

utilizaban. En nuestra investigación, detectamos un problema similar, con una aplicación parcial de los criterios y una omisión frecuente en la evaluación del hiperandrogenismo y obesidad en el examen físico, lo que resalta la necesidad de mejorar la capacitación en el diagnóstico de SOP.

En cuanto a la prevención de comorbilidades metabólicas Chemerinski et al. (2020) informaron que, aunque el 98% de los médicos evaluaban la diabetes mediante pruebas como hemoglobina A1C o glucosa en ayunas, y el 73% realizaba tamizaje para dislipidemia. Sin embargo, nuestros resultados contrastan con estos hallazgos, ya que evidenciamos una falta generalizada de tamizajes metabólicos en la población estudiada., lo que aumenta el riesgo de complicaciones a largo plazo. Esta discrepancia podría atribuirse a diferencias metodológicas entre los estudios, dado que Chemerinski et al. (2020) se basaron en la información reportada por los ginecólogos sobre sus prácticas clínicas, mientras que nuestro estudio se centró en el análisis de historias clínicas, lo que podría reflejar una brecha entre la teoría y la práctica clínica real.

El manejo del estilo de vida se considera la primera línea de tratamiento para el síndrome de ovario poliquístico (SOP); sin embargo, la adherencia y su implementación en la práctica clínica continúan siendo deficientes (Jin y Xie, 2018b). Ismayilova y Yaya (2023) encontraron que el 68% no recibió orientación médica para desarrollar un plan de tratamiento individualizado, además si bien al 44% de las pacientes se les recomendó la pérdida de peso no se les realizó ninguna derivación a dietistas o nutricionista, en concordancia con Sydora (53%). De manera similar, Chemerinski et al. (2020) reportaron que el 89% de los médicos recomendaban cambios en el estilo de vida, mientras que Dokras et al. (2017) señalaron que más del 60% de los profesionales de la salud afirmaban promover estas modificaciones, aunque una gran proporción de pacientes manifestó insatisfacción con la información recibida. Nuestros hallazgos reflejan esta tendencia,

evidenciando una deficiencia en la orientación sobre el manejo del estilo de vida en pacientes con SOP.

El tratamiento farmacológico del SOP según Gibson-Helm et al (2018) el 78% de las pacientes con SOP recibieron anticonceptivos orales para el manejo de irregularidades menstruales y síntomas de hiperandrogenismo y 56% metformina, mientras que Chemerinski et al. (2020) reportaron que prescribieron ACO en 89% de los casos, no obstante, a pesar de la alta prevalencia de resistencia a la insulina en esta población, el uso de metformina fue limitado. Nuestros resultados muestran que la prescripción de anticonceptivos fue adecuada en la mayoría de los casos, pero la indicación de metformina fue insuficiente, lo que coincide con la literatura sobre las brechas en el manejo farmacológico del SOP.

El impacto psicológico del SOP ha sido ampliamente documentado, con estudios que reportan una alta prevalencia de trastornos emocionales en estas pacientes. Simon et al. (2023) resalta el desconocimiento del impacto psicosocial del SOP por parte de los profesionales de la salud, lo que concuerda con los hallazgos de Chemerinski et al., quienes reportaron que solo el 50% de los médicos reconocían esta dimensión en su abordaje clínico y la importancia de implementar cuestionarios en el diagnóstico para una detección temprana, mientras que Ismayilova y Yaya (2023) identificaron que solo el 8% de médicos realizaron un seguimiento de salud mental Dokras et al (2017). A pesar de esta evidencia, la atención psicológica es prácticamente inexistente en este estudio, sin evaluación de imagen corporal ni detección de trastornos de la conducta alimentaria, a pesar de la evidencia que respalda la alta prevalencia de alteraciones emocionales en pacientes con SOP.

El seguimiento clínico en pacientes con SOP es un aspecto crítico para el control de la enfermedad, pero suele ser insuficiente en la práctica. Ismayilova y Yaya (2023) encontraron que

aproximadamente solo el 8% de las pacientes tenían médicos que hicieron un seguimiento de las repercusiones en el SOP. En nuestro estudio, la falta de seguimiento fue similar, lo que limita la monitorización de síntomas y el ajuste de tratamientos.

Finalmente, la percepción de la calidad de atención en pacientes con SOP ha sido consistentemente baja en diversos estudios. Hoyos L. et al (2020) encontraron que el 57,3 % de las pacientes estaban insatisfechas con la atención recibida, y Dokras et al (2017) refirieron que una gran mayoría de las pacientes se mostraron insatisfechas con la información que se les proporcionó. Nuestros resultados refuerzan estos hallazgos, al evidenciar un puntaje bajo en calidad de atención, lo que subraya la necesidad de mejorar la atención integral del SOP, con un enfoque basado en evidencia y un manejo multidisciplinario.

Este estudio presenta limitaciones relacionadas con el tamaño muestral y su representatividad, dado que se realizó en un solo hospital, restringiendo la generalización de los hallazgos, en un hospital de II nivel en una provincia de Lima, cuya población es menor. La dependencia de los registros clínicos pudo generar omisión de información relevante, mientras que el diseño retrospectivo impidió evaluar la percepción de las pacientes sobre la calidad de atención y su adherencia a los tratamientos.

VI. CONCLUSIONES

- La calidad de la atención médica en SOP fue mala en las dimensiones de prevención de comorbilidades metabólica, manejo del estilo de vida, terapia farmacológica, atención psicológica y seguimiento continuo y regular en el diagnóstico en las pacientes con SOP cuando se aplicó *GIBE 2023-EGSOP* en mayores de 19 años del Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024.
- La calidad de atención médica en los pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años según el diagnóstico de SOP en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024 fue regular con un 54.31% de cumplimiento de la *GIBE 2023-EGSOP*
- La calidad de atención médica en los pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años según la prevención de comorbilidades metabólicas en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024 fue mala con un 11.36% de cumplimiento de la *GIBE 2023-EGSOP*
- La calidad de atención médica en los pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años según el manejo del estilo de vida en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024 fue mala con un 11.36% de cumplimiento de la *GIBE 2023-EGSOP*
- La calidad de atención médica en los pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años según el tratamiento farmacológico en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024 fue mala con un 35.6% de cumplimiento de la *GIBE 2023-EGSOP*

- La calidad de atención médica en los pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años según la atención psicológica en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024 fue mala con un 1.51% de cumplimiento de la *GIBE 2023-EGSOP*.
- La calidad de atención médica en los pacientes con síndrome de ovario poliquístico mayores de 19 años según el seguimiento continuo en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024 fue mala con un 11.36% de cumplimiento de la *GIBE 2023-EGSOP*

VII. RECOMENDACIONES

- Aplicar las recomendaciones de la *GIBE 2023-EGSOP* en los servicios de ginecología del Hospital Gustavo Lanatta.
- Formar un equipo de ginecólogos que atiendan pacientes con SOP, con capacitaciones en endocrinología reproductiva.
- Implementar un protocolo de evaluación metabólica que incluya pruebas de tolerancia a la glucosa, monitoreo del perfil lipídico y tamizaje de apnea del sueño.
- Estructurar programas de educación en salud que incluyan asesoramiento nutricional y promoción de la actividad física.
- Asegurar la prescripción adecuada de tratamiento farmacológico.
- Realizar tamizaje de salud mental a todas las pacientes con SOP, e interconsultas si el examen es positivo.
- Reestructurar el seguimiento clínico, se recomienda realizar controles clínicos cada 6-12 meses en pacientes sin complicaciones y cada 3-6 meses en aquellas con factores de riesgo elevados.

VIII. REFERENCIAS

- Agramonte, A. (2022). La función sexual y su relación con los factores psicológicos en las mujeres con el síndrome de ovario poliquístico. *Revista Cubana de Endocrinología*, 33(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-29532022000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
- Almhmoud, H., Alatassi, L., Baddoura, M., Sandouk, J., Alkayali, M. Z., Najjar, H., y Zaino, B. (2024). Polycystic ovary syndrome and its multidimensional impacts on women's mental health: A narrative review. *Medicine*, 103(25).
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038647>
- Bazarganipour, F., Taghavi, S., Montazeri, A., Ahmadi, F., Chaman, R., y Khosravi, A. (2015). The impact of polycystic ovary syndrome on the health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 13(2), 61-70.
- Bazarganipour, F., Ziaei, S., Montazeri, A., Foroozanfard, F., Kazemnejad, A., y Faghihzadeh, S. (2013). Psychological investigation in patients with polycystic ovary syndrome. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 141.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-141>
- Chemerinski, A., Cooney, L., Shah, D., Butts, S., Gibson-Helm, M., y Dokras, A. (2020). Knowledge of PCOS in physicians-in-training: Identifying gaps and educational opportunities. *Gynecological Endocrinology*, 36(10), 854-859.
<https://doi.org/10.1080/09513590.2020.1746761>
- Coffey, S., Bano, G., y Mason, H. (2006). Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome: A comparison with the general population using the Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) and the Short Form-36 (SF-36). *The Official Journal*

of the International Society of Gynecological Endocrinology, 22(2), 80-86.
<https://doi.org/10.1080/09513590600604541>

Deeks, A., Gibson-Helm, M., Paul, E., y Teede, H. (2011). Is having polycystic ovary syndrome a predictor of poor psychological function including anxiety and depression? *Human Reproduction*, 26(6), 1399-1407.

<https://doi.org/10.1093/humrep/der071>

DiPrete, L., Miller, L., Rafeh, N., y Hatzell, T. (2004). Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo 2a. Ed. Wisconsin: USAID.

Dokras, A., Saini, S., Gibson-Helm, M., Schulkin, J., Cooney, L., y Teede, H. (2017). Gaps in knowledge among physicians regarding diagnostic criteria and management of polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*, 107(6), 1380-1386.

<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.04.011>

Dybciak, P., Raczkiewicz, D., Humeniuk, E., Powrózek, T., Gujski, M., Małecka, T., Wdowiak, A., y Bojar, I. (2023). Depression in Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 12(20), 6446.

<https://doi.org/10.3390/jcm12206446>

Elsenbruch, S., Hahn, S., Kowalsky, D., Öffner, A., Schedlowski, M., Mann, K., y Janssen, O. (2003). Quality of Life, Psychosocial Well-Being, and Sexual Satisfaction in Women with Polycystic Ovary Syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 88(12), 5801-5807.

<https://doi.org/10.1210/jc.2003-030562>

Gibson-Helm, M., Dokras, A., Karro, H., Piltonen, T., y Teede, H. (2018). Knowledge and Practices Regarding Polycystic Ovary Syndrome among Physicians in Europe, North

- America, and Internationally: An Online Questionnaire-Based Study. *Seminars in Reproductive Medicine*, 36(1), 19-27.
<https://doi.org/10.1055/s-0038-1667155>
- Gibson-Helm, M., Teede, H., Dunaif, A., y Dokras, A. (2017). Delayed Diagnosis and a Lack of Information Associated With Dissatisfaction in Women With Polycystic Ovary Syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(2), 604-612.
<https://doi.org/10.1210/jc.2016-2963>
- Gutiérrez, C. (2024). *Prevalencia y características clínico-epidemiológicas en pacientes diagnosticadas con síndrome de ovario poliquístico en el Hospital Santa María del Socorro, Ica—2023*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional San Luis Gonzaga]. repositorio institucional UNICA.
<https://hdl.handle.net/20.500.13028/5361>
- Himelein, M. y Thatcher, S. (2006). Polycystic ovary syndrome and mental health: A review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 61(11), 723-732.
<https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000243772.33357.84>
- Hoeger, K., Dokras, A., y Piltonen, T. (2021). Update on PCOS: Consequences, Challenges, and Guiding Treatment. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 106(3), e1071-e1083.
<https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa839>
- Hoyos, L., Putra, M., Armstrong, A., Cheng, C., Riestenberg, C., Schooler, T., y Dumesic, D. (2020). Measures of Patient Dissatisfaction With Health Care in Polycystic Ovary Syndrome: Retrospective Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4), e16541.
<https://doi.org/10.2196/16541>

- Ismayilova, M., y Yaya, S. (2022). «I felt like she didn't take me seriously»: A multi-methods study examining patient satisfaction and experiences with polycystic ovary syndrome (PCOS) in Canada. *BMC Women's Health*, 22(1), 47.
<https://doi.org/10.1186/s12905-022-01630-3>
- Ismayilova, M. y Yaya, S. (2023). «I'm usually being my own doctor»: Women's experiences of managing polycystic ovary syndrome in Canada. *International Health*, 15(1), 56-66.
<https://doi.org/10.1093/inthealth/ihac028>
- Jai V. y Chouhan, A.(2022). Advance Research on Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). *Journal of Womens Healthcare y Midwifery Research*, 1(2), 1-5.
[https://doi.org/10.47363/JWHMR/2022\(1\)106](https://doi.org/10.47363/JWHMR/2022(1)106)
- Jin, P. y Xie, Y. (2018). Treatment strategies for women with polycystic ovary syndrome. *Gynecological Endocrinology: The Official Journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*, 34(4), 272-277.
<https://doi.org/10.1080/09513590.2017.1395841>
- Jones G., Hall, J., Balen, A., y Ledger, W. (2008). Health-related quality of life measurement in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 14(1), 15-25. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmm030>
- Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., y Glinos, I. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union: A case for action*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Ordinola, C., Silva, Y., Carrasco, O., y Salazar, O. (2022). Prevalencia del síndrome de ovario poliúístico por ecografía en el hospital Virgen de Fátima—Chachapoyas. *Vive Revista de Salud*, 5(14), 584-591.

<https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i14.171>

Ortiz, A., Luque, M., y Escobar, H. (2019). Síndrome de ovario poliquístico en la mujer adulta. *Medicina Clínica*, 152(11), 450-457.

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.11.019>

Ovies, G., Montegudo, G., Del Valle, E., y Gómez, M., (2022). Ansiedad y depresión en mujeres con el síndrome de ovario poliquístico. *Revista Cubana de Endocrinología*, 33(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-29532022000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=en

Pencheon, D. (2006). *Oxford Handbook of Public Health Practice*. Oxford University Press.

Sacca, L., Lobaina, D., Knopf, E., Burgoa, S., Jimenez, S., Okwaraji, G., Etzel, M., Vardanyan, V., Tharp, M., Rao, M., Jhumkhawala, V., Sohmer, J., Densley, S., Linzer, N., Meka, P., Diaz, D., Knecht, M., Hopkins, D. K., Kitsantas, P., y Wilson, C. (2024). Assessment of the Validity and Quality of Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS) Screening Tools Available for Women Globally: A Systematic Review. *Clinics and Practice*, 14(5).

<https://doi.org/10.3390/clinpract14050131>

Sidra, S., Tariq, M, Farrukh, M., y Mohsin, M. (2019). Evaluation of clinical manifestations, health risks, and quality of life among women with polycystic ovary syndrome. *PLOS ONE*, 14(10), e0223329.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223329>

Simon, V., Peigné, M., y Dewailly, D. (2023). The Psychosocial Impact of Polycystic Ovary Syndrome. *Reproductive Medicine*, 4(1),

<https://doi.org/10.3390/reprodmed4010007>

- Sotero, M. (2022). *Síndrome de ovario poliquístico asociado a depresión, ansiedad y calidad de vida en estudiantes de medicina humana de 6° y 7° año de la UCSM 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional UCSM. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/11877>
- Sydora, B., Wilke, M., McPherson, M., Chambers, S., Ghosh, M., y Vine, D.(2023). Challenges in diagnosis and health care in polycystic ovary syndrome in Canada: A patient view to improve health care. *BMC Women's Health*, 23(1), 569. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02732-2>
- Taghavi, S., Bazarganipour, F., Montazeri, A., Kazemnejad, A., Chaman, R., y Khosravi, A. (2015). Health-related quality of life in polycystic ovary syndrome patients: A systematic review. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 13(8), 473-482. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4637111/>
- Teede, H., Misso, M., Costello, M., Dokras, A., Laven, J., Moran, L., Piltonen, T., y Norman, R.(2018). Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*, 33(9), 1602-1618. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey256>
- Teede, H., Tay, C., Laven, J., Dokras, A., Moran, L., Piltonen, T., Costello, M., Boivin, J., Redman, L., Boyle, J., Norman, R., Mousa, A., y Joham, A., (2023a). Recommendations from the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. *Fertility and Sterility*, 120(4), 767-793. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.07.025>

- Trent, M., Rich, M., Austin, S., y Gordon, C.(2002). Quality of Life in Adolescent Girls With Polycystic Ovary Syndrome. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156(6), 556-560.
<https://doi.org/10.1001/archpedi.156.6.556>
- Vâgenes, H. y Pranić, S.(2023). Analysis of the quality, accuracy, and readability of patient information on polycystic ovarian syndrome (PCOS) on the internet available in English: A cross-sectional study. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 21(1), 44.
<https://doi.org/10.1186/s12958-023-01100-x>
- Wang, C., Huang, T., Song, W., Zhu, J., Liu, Y., Chen, X., Sun, X., Wu, Q., Chen, H., Liao, H., Lin, J., Ou, X., Zou, Z., Wang, Z., Zheng, Z., Wu, K., y Chen, R. (2022). A meta-analysis of the relationship between polycystic ovary syndrome and sleep disturbances risk. *Frontiers in Physiology*, 13 (1), 10-12.
<https://www.frontiersin.org/journals/physiology/articles/10.3389/fphys.2022.957112>
- Yan, D., Yan-Fang, W., Shi, Z., Rui, M., Xue, D., Xiao, M., Wei, X., y Aijun, S. (2021). Is polycystic ovary syndrome appropriately diagnosed by obstetricians and gynaecologists across China: A nationwide survey. *Journal of Ovarian Research*, 14(1), 25.
<https://doi.org/10.1186/s13048-021-00780-6>
- Zhang, J., Ye, J., Tao, X., Lu, W., Chen, X., y Liu, C. (2022). Sleep disturbances, sleep quality, and cardiovascular risk factors in women with polycystic ovary syndrome: Systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Endocrinology*, 13.
<https://doi.org/10.3389/fendo.2022.971604>

IX. ANEXOS

ANEXO A

MATRIZ DE CONSISTENCIA

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	TECNICA DE MEDICIÓN	ESCALA DE CUMPLIMIENTO
Calidad de la atención medica en SOP.	Segun la guia Internacional Basada en Evidencia 2023 para la Evaluación y Gestión del SOP requiere diagnóstico adecuado y oportuno, manejo basado en evidencia (prevención de comorbilidades metabólicas, manejo del estilo de vida, terapia farmacológica)	Diagnóstico de SOP	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación historia clínica - Examen físico - Pruebas de laboratorio - Ecografía pélvica - Uso de criterios de roterdam 	<ul style="list-style-type: none"> -Revision de historia clínica electronica -Uso de Algoritmo para diagnóstico de “Guía Internacional Basada en Evidencia 2023 para la Evaluación y Gestión del SOP” 	<ul style="list-style-type: none"> No cumple Cumple parcialmente Cumple completamente
		Prevención comorbilidades metabólicas	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de pruebas para evaluar resistencia a la insulina. -Monitoreo regular de presión arterial y perfil lipídico. -Evaluación del apnea del sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de resultados de laboratorio documentados en la historia. -Revision de PA registradas en H.C electronica 	<ul style="list-style-type: none"> No cumple Cumple parcialmente Cumple completamente

evaluacion psicologica, y seguimiento continuo.	Manejo del estilo de vida	- Implementación de intervenciones en dieta y actividad física. personalizadas. -Recomendación de enfoque multidisciplinario.	-Evaluar registro de recomendaciones específicas sobre dieta y ejercicio, e interconsultas en la H.C electronica.	No cumple Cumple parcialmente Cumple completamente
	Terapia farmacológica	- Uso de metformina para manejar la resistencia a la insulina en mujeres con SOP. -Uso de anticonceptivos hormonales para regular ciclos menstruales e hiperandrogenismo.	-- Comprobar si se prescribió metformina en pacientes con resistencia a la insulina en la H.C. electronica. -Evaluar si se prescribieron anticonceptivos hormonales adecuadamente.	No cumple Cumple parcialmente Cumple completamente
	Evaluación psicológica	- Identificación y manejo de trastornos psicológicos como ansiedad y depresión. - Ofrecimiento de apoyo psicológico o derivación a	- Identificar si se realizo tamizaje de salud mental en H.C electronica. - Identificar si se realizo interconsultas a servicios de salud	No cumple Cumple parcialmente Cumple completamente

			especialistas en salud mental.	mental en H.C electronica.	
		Seguimiento continuo	-Evaluaciones periódicas del progreso del tratamiento. -	-Evaluar frecuencia de las evaluaciones registrado en H.C. electronica	No cumple Cumple parcialmente Cumple completamente

ANEXO B

CHECKLIST PARA LA EVALUACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE SOP

Objetivo: El objetivo principal del checklist es evaluar la calidad de la atención médica brindada a mujeres mayores de 19 años con Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) en consultorios médicos, asegurando que el manejo clínico cumpla con las recomendaciones basadas en evidencia y estándares internacionales.

CRITERIO EVALUADO	NIVEL DE EVIDENCIA	NO CUMPLE (0)	CUMPLE PARCIALMENTE (50%)	CUMPLE COMPLETAMENTE
1. DIAGNÓSTICO DEL SOP				
Historia clínica: Evaluación de irregularidad menstrual* y síntomas de hiperandrogenismo.	(Evidencia Alta)	0	0.5	1
Examen físico: Evaluación con escala de Ferriman-Gallwey y obesidad.	(Evidencia Alta)	0	0.5	1
Pruebas de laboratorio: Testosterona total/libre y descarte de otras causas endocrinas**.	(Evidencia Moderada)	0	0.5	1
Ecografía pélvica o AMH (en adultos) para evaluar morfología ovárica poliquística ***	(Evidencia Alta)	0	0.5	1
Aplicación de criterios de Rotterdam para el diagnóstico****	(Evidencia Alta)	0	0.5	1
2. PREVENCIÓN COMORBILIDADES METABÓLICAS				
Evaluación de resistencia a la insulina: Prueba de tolerancia a la glucosa (OGTT 75g).	(Evidencia Alta)	0	0.5	1
Monitoreo anual de presión arterial y perfil lipídico.	(Evidencia Alta)	0	0.5	1
Evaluación del riesgo de apnea del sueño (STOP-BANG u otra herramienta validada en la región).	(Evidencia Alta)	0	0.5	1
Monitorizar al menos cada 3 años la presencia de síndrome metabólico.	(Consenso Fuerte)	0	0.25	0.5
3. MANEJO DEL ESTILO DE VIDA				
Recomendación de actividad física con un mínimo de 150-300 min/semana de ejercicio moderado.	(Evidencia Alta)	0	0.5	1
Plan de alimentación saludable adaptado a preferencias y necesidades individuales.	(Evidencia Alta)	0	0.5	1
Recomendar un enfoque multidisciplinario para el manejo del estilo de vida.	(Consenso Fuerte)	0	0.25	0.5
4. TERAPIA FARMACOLÓGICA				

Uso de anticonceptivos orales combinados en caso de irregularidad menstrual e hiperandrogenismo.	(Evidencia Alta)	0	0.5	1
Uso de metformina en mujeres con o sin obesidad si tienen resistencia a la insulina.	(Evidencia Moderada)	0	0.5	1
No recomendar el uso de estatinas de manera rutinaria en SOP.	(Consenso Fuerte)	0	0.25	0.5
5. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA				
Evaluación psicológica utilizando herramientas validadas en la región.	(Evidencia Moderada)	0	0.5	1
Evaluación de imagen corporal y autoestima.	(Evidencia Moderada)	0	0.5	1
Incluir la evaluación de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres con SOP.	(Consenso Fuerte)	0	0.25	0.5
6. SEGUIMIENTO CONTINUO				
Evaluaciones periódicas cada 6-12 meses en pacientes sin complicaciones y cada 3-6 meses en pacientes con alto riesgo.	(Evidencia Alta)	0	0.5	1
Realizar seguimiento de síntomas cada 6-12 meses, independientemente del tratamiento.	(Consenso Fuerte)	0	0.25	0.5

* Ciclos menstruales irregulares (<21 o >35 días) o Amenorrea (>90 días sin menstruación) documentada.

** Solicitar 17-hidroxiprogesterona, TSH, prolactina.

*** identificar ≥ 20 folículos por ovario, 10 folículos por sección o volumen ovárico >10 ml.

**** Oligo/anovulación, hiperandrogenismo clínico/bioquímico, ovarios poliquísticos en ecografía según el algoritmo de la *Guía Internacional Basada en Evidencia 2023 para la Evaluación y Gestión del SOP*.

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: " CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO MAYORES DE 19 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II GUSTAVO LANNATA LUJÁN 2024

Investigadora responsable: Katherine Lazo Sarmiento

Objetivo del estudio: Evaluar calidad de atención médica en pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico mayores de 19 años atendidas en el Hospital II Gustavo Lannata Luján 2024

Descripción del estudio: Usted está siendo invitada a participar en un estudio que busca analizar cómo la calidad de atención médica en los consultorios de ginecología con respecto al Síndrome de Ovario Poliquístico. Esto implica la revisión de su historia clínica electrónica y la recopilación de datos de su atención médica.

Procedimiento:

- Se revisará su historia clínica para evaluar el cumplimiento de los protocolos médicos establecidos para el tratamiento del SOP.

Confidencialidad: Toda la información proporcionada será tratada de forma confidencial y utilizada exclusivamente para fines de investigación. Los datos personales serán anonimizados para asegurar que su identidad no pueda ser revelada en ninguna publicación o informe.

Beneficios: Aunque no recibirá compensación económica por participar, su contribución ayudará a mejorar la atención de mujeres con SOP en el futuro.

Riesgos: No se anticipan riesgos significativos para su salud o bienestar por participar en este estudio. Usted puede sentir algunas molestias al recordar situaciones difíciles relacionadas con su salud, pero su participación es voluntaria.

Derechos del participante:

- Su participación es completamente voluntaria.
- Puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afecte la calidad de la atención médica que recibe.
- Tiene derecho a hacer preguntas sobre el estudio y a recibir respuestas claras antes de aceptar participar.

Contacto: Si tiene alguna pregunta o duda sobre el estudio, puede comunicarse con la investigadora responsable Katherine Lazo Sarmiento al teléfono 989030442.

Consentimiento: Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin perjuicio para mi tratamiento médico.

- Firma del participante: _____
- Fecha: _____

ANEXO D

**RECOMENDACIONES DE ALTA Y MODERADA EVIDENCIA Y CONSENSO
FUERTE DE LA GUÍA INTERNACIONAL BASADA EN EVIDENCIA 2023 PARA LA
EVALUACIÓN Y GESTIÓN DEL SOP EN MUJERES MAYORES DE 19 AÑOS**

TIPO	RECOMENDACIÓN	GRADO*/CALIDAD**
Recomendación por consenso (RC)****	<p>Ciclos irregulares y disfunción ovulatoria</p> <ul style="list-style-type: none"> Ciclo menstrual irregular definido como: 3 años post menarquia a la perimenopausia <3 años post menarquia: <21 o > 35 días o < 8 ciclos por año Cuando los ciclos menstruales irregulares están presentes el diagnóstico del SOP debe ser considerado y evaluado según esta guía. 	FUERTE/-
Recomendaciones basadas en evidencia (RBE)****	<p>Hiperandrogenismo bioquímico</p> <p>Los profesionales de la salud deben utilizar la testosterona libre y total para evaluar el hiperandrogenismo bioquímico en el diagnóstico de SOP, la testosterona libre puede ser estimado utilizando el index calculado de andrógenos libres.</p>	FUERTE/MUY BAJO
RBE	<p>Hiperandrogenismo clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> La presencia de hirsutismo solo debe ser considerado predictivo de hiperandrogenismo bioquímico y SOP en adultas. 	MODERADO/ MUY BAJO
RBE	<ul style="list-style-type: none"> Los profesionales de la salud deben reconocer que la pérdida de cabello en patrón y el acné de forma aislada son predictores relativamente débiles de hiperandrogenismo clínico. 	MODERADO/MUY BAJO
RBE	<ul style="list-style-type: none"> Se debe realizar una historia clínica y examen físico completo para síntomas y signos del hiperandrogenismo clínico, incluyendo el acné, pérdida de cabello e hirsutismo en adultas. 	FUERTE
RC	<ul style="list-style-type: none"> El score modificado de Ferriman Gallwey de 4-6 debe ser utilizado para detectar hirsutismo, dependiendo de la etnicidad, reconociendo que el auto tratamiento es común y puede limitar la evaluación clínica. *** 	

<p>RBE</p> <p>RBE</p> <p>RC</p> <p>RC</p> <p>RC</p>	<p>ECOGRAFÍA Y MORFOLOGÍA OVÁRICA</p> <p>POLIQUISTICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • El número de folículo por ovario debe ser considerado el marcador ecográfico más efectivo para detectar la morfología ovárica poliquística. • El número de folículo por ovario, número de folículos por sección transversal y volumen ovárico, deben ser considerados marcadores ecográficos efectivos para detectar la morfología ovárica poliquística. • La morfología ovárica poliquística debe estar basado en exceso folicular y alargamiento ovárico. • El número de folículo por ovario > o igual a 20 en al menos un ovario debe ser considerado el límite para la morfología ovárica poliquística en adultas. • El volumen ovárico > o igual a 10ml o número de folículos por sección > o igual a 10 en al menos un ovario debe ser considerado el límite para la morfología ovárica poliquística, dependiendo de la tecnología o si calidad de la imagen es insuficiente para evaluar la cantidad total de folículos en todo el ovario. 	<p>FUERTE/BAJA</p> <p>FUERTE/BAJA</p> <p>FUERTE/-</p> <p>FUERTE/-</p> <p>FUERTE/-</p>
<p>RBE</p>	<p>HORMONA ANTI-MÜLLERIANA EN EL DIAGNÓSTICO DE SOP</p> <ul style="list-style-type: none"> • La hormona antimülleriana sérica podría utilizarse para definir el PCOM en adultos. • La AMH sérica sólo debe utilizarse de acuerdo con el algoritmo diagnóstico, teniendo en cuenta que en pacientes con ciclos menstruales irregulares e hiperandrogenismo, un nivel de AMH no es necesario para el diagnóstico del SOP. • Recomendamos que la AMH sérica no se utilice como prueba única para el diagnóstico del SOP. 	<p>MODERADO/MODERADO</p> <p>FUERTE/MODERADO</p> <p>FUERTE/MODERADO</p>
<p>RBE</p>	<p>RIESGO CARDIOVASCULAR</p>	<p>FUERTE/MUY BAJO</p>

<p>RC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las mujeres con SOP deben ser evaluadas para detectar factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. • Todas las mujeres con SOP, independientemente de su edad e IMC, deben someterse a un perfil lipídico en el momento del diagnóstico. Posteriormente, la frecuencia de las mediciones debe basarse en la presencia de hiperlipidemia y factores de riesgo adicionales o riesgo cardiovascular global. • Todas las mujeres con SOP deben medirse la tensión arterial anualmente y cuando planifiquen un embarazo o busquen tratamiento de fertilidad, dado el alto riesgo de trastornos hipertensivos en el embarazo y las comorbilidades asociadas. • Los profesionales sanitarios, las mujeres con SOP y otras partes interesadas deben dar prioridad a las estrategias preventivas para reducir el riesgo cardiovascular. 	<p>FUERTE/-</p> <p>FUERTE/-</p> <p>FUERTE/-</p>
<p>RBE</p>	<p>GLICEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales sanitarios y las mujeres con SOP deberían recomendar la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTGO) de 75 g como la prueba más precisa para evaluar el estado glucémico en el SOP, independientemente del IMC. • Si no se puede realizar una OGTT, se podría considerar la glucosa plasmática en ayunas y/o la hemoglobina glicosilada (HbA1c), observando una precisión significativamente reducida. 	<p>FUERTE/MUY BAJO</p> <p>MODERADO/MUY BAJO</p>
<p>RBE</p>	<p>APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales de la salud deben ser conscientes de que las mujeres con SOP tienen una prevalencia significativamente mayor de apnea obstructiva del sueño en comparación con las mujeres sin SOP, independientemente del IMC. 	<p>FUERTE/MODERADO</p> <p>FUERTE/MODERADO</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres con SOP deben ser evaluadas para detectar síntomas de apnea obstructiva del sueño (es decir, ronquidos en combinación con despertarse sin descansar del sueño, somnolencia diurna o fatiga) y, si están presentes, realizar un cribado con herramientas validadas o derivarlas para su evaluación. 	
RBE	<p>CALIDAD DE VIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> Los profesionales sanitarios y las mujeres deben reconocer el impacto adverso del SOP y/o las características del SOP en la calidad de vida de los adultos. 	FUERTE/BAJO
RBE	<p>DEPRESIÓN Y ANSIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> Los profesionales de la salud deben ser conscientes de la alta prevalencia de síntomas depresivos de moderados a graves y de depresión en adultos y adolescentes con SOP y deben realizar un cribado de la depresión en todos los adultos y adolescentes con SOP, utilizando herramientas de cribado validadas regionalmente. Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de la alta prevalencia de síntomas de ansiedad de moderados a graves y de trastornos de ansiedad en adultos, y deben realizar un cribado de ansiedad en todos los adultos con SOP, utilizando herramientas de cribado validadas regionalmente. Si se detectan síntomas depresivos o de ansiedad moderados o graves, los profesionales deben seguir evaluando, derivar adecuadamente u ofrecer tratamiento. <p>IMAGEN CORPORAL</p> <p>Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de que las características del SOP pueden tener un impacto negativo en la imagen corporal.</p>	<p>FUERTE/ALTO</p> <p>FUERTE/ALTO</p> <p>FUERTE/-</p> <p>FUERTE/BAJO</p>
RBE	<p>ESTILO DE VIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> La intervención en el estilo de vida (ejercicio solo o dieta multicomponente combinada con ejercicio 	FUERTE/BAJO

RC	<p>y estrategias conductuales) debe recomendarse a todas las mujeres con SOP, para mejorar la salud metabólica, incluida la adiposidad central y el perfil lipídico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deben recomendarse a todas las mujeres con SOP conductas de estilo de vida saludable que incluyan una alimentación sana y/o actividad física para optimizar la salud general, la calidad de vida, la composición corporal y el control del peso (mantenimiento del peso, prevención del aumento de peso y/o pérdida moderada de peso). 	FUERTE/BAJO
RBE	<p>LAS PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS ORALES COMBINADAS (AOC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Podrían recomendarse en adultas en edad reproductiva con SOP para el tratamiento del hirsutismo y/o los ciclos menstruales irregulares. • Los profesionales sanitarios podrían considerar que no existe ninguna ventaja clínica en el uso de dosis altas de etinilestradiol (R 30 mg) frente a dosis bajas de etinilestradiol (< 30 mg) en el tratamiento del hirsutismo en adultos con SOP. <p>METFORMINA</p> <ul style="list-style-type: none"> • La metformina sola debe considerarse en adultos con SOP y un IMC > 25 kg/m² para los resultados antropométricos y metabólicos, incluida la resistencia a la insulina, la glucosa y los perfiles lipídicos. 	<p>MODERADO/MUY BAJO</p> <p>MODERADO/MUY BAJO</p> <p>MODERADO/MUY BAJO</p>

*Grado : La fuerza de la recomendación

** Calidad: El grado de evidencia (certeza)

*** Evidencia insuficiente, recomendación en evidencia evaluada en la población general

**** Suficiente evidencia para informar la recomendación