



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

CONOCIMIENTO DE MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
EN EL MANEJO DE PACIENTES CON OSTEOARTRITIS DE
RODILLA

KNOWLEDGE OF PRIMARY CARE PHYSICIANS ABOUT
MANAGEMENT OF PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO

AUTOR

CARLOS OSWALDO BEDOYA JIMENEZ

ASESOR

ROBERTO MIGUEL HUAMANCHUMO GUZMAN

CO- ASESOR

CESAR ANTONIO LOZA MUNARRIZ

LIMA-PERÚ

2025

JURADO

Presidente: Mag. GUILIANA MAS UBILLUS
Vocal: Mag. WENDY GUISELA SOTELO DIAZ
Secretario: Br. PEDRO GUILLERMO AYALA DIAZ

Fecha de Sustentación: 24/01/2025

Calificación: Aprobado

ASESORES DE TESIS

ASESOR

Mag. Roberto Miguel Huamanchumo Guzman

Departamento Académico de FMAH-UPCH

ORCID: 0009-0003-7245-444X

CO-ASESOR

Mag. Cesar Alberto Loza Munarriz

Departamento Académico de FMAH-UPCH

ORCID: 0000-0003-4545-9969

DEDICATORIA

A mis padres que me dieron la oportunidad de ser mi mejor versión

AGRADECIMIENTOS

A mis asesores que apoyaron con su disponibilidad y conocimientos, a la doctora Ana Zambrano que ayudó a inspirar este estudio y al doctor Leandro Huayanay por facilitar la bibliografía para validación del instrumento

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El proyecto fue autofinanciado

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

RESULTADO DE INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

CONOCIMIENTO DE MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
EN EL MANEJO DE PACIENTES CON OSTEOARTRITIS DE
RODILLA

KNOWLEDGE OF PRIMARY CARE PHYSICIANS ABOUT
MANAGEMENT OF PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO

AUTOR

CARLOS OSWALDO BEDOYA JIMENEZ

ASESOR

ROBERTO MIGUEL HUAMANCHUMO GUZMAN

CO- ASESOR

CESAR ANTONIO LOZA MUNARRIZ

LIMA-PERU

2024

14% Similitud estándar Filtros

Fuentes Mostrar las fuentes solapadas

1 Internet	hdl.handle.net	5%
12 bloques de texto 302 palabra que coinciden		
2 Internet	pesquisa.bvsalud.org	1%
7 bloques de texto 62 palabra que coinciden		
3 Internet	duict.upch.edu.pe	<1%
4 bloques de texto 47 palabra que coinciden		

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS	5
III.	MATERIAL Y METODOS	6
IV.	RESULTADOS	19
V.	DISCUCIÓN	21
VI.	CONCLUSIONES	24
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
VIII.	TABLAS Y GRAFICOS	30

RESUMEN

Antecedente: La osteoartritis es el más común motivo de consulta médica. Las guías de manejo indican intervenciones que generan alivio sintomatológico y mejoran el curso de la enfermedad, y aquellas que no lo hacen. A nivel mundial, múltiples estudios indican que los médicos de primer nivel no siguen estas recomendaciones. **Objetivos:** Medir el conocimiento de médicos en primer nivel de atención de la DIRIS LIMA-NORTE sobre el manejo de la osteoartritis y describir las variables demográficas asociadas. **Materiales y Métodos:** Realizamos un estudio observacional, descriptivo en médicos de postas de primer nivel de la DIRIS Lima-Norte usando cuestionarios que evaluaron conocimientos sobre la OA de rodilla. **Resultados:** 27.45% de los encuestados aprobaron. En el análisis bivariado tener mayor edad [(43.42 ± 5.30 vs 52.54 ± 4.14) (p = 0.00)], menos especialización [(Médico especialista: 50% vs Médico General: 95.45% vs Médico General maestría o doctorado: 71.43%) (p = 0.000)], mayor tiempo de servicio [(1-10 años: 14.29%; 10-20 años: 63.16%; más de 20 años: 96%) (p= 0.000)] y no recibir entrenamiento continuo [(Asistencia a Congresos y Cursos: 9.09%; asistencia a Congresos: 77.78%; no asistir a congresos: 100%) (p = 0.000)] están relacionados con nota desaprobatoria. En el análisis multivariado la edad [(OR: 1.49 (1.19 – 1.88)] y falta de entrenamiento formal (0 aprobados) estaban relacionados con nota desaprobatoria. **Conclusiones:** Los médicos de primer nivel MINSa no conocen el manejo de la OA de rodilla. La edad y falta de entrenamiento formal sobre el tema tienen relación inversa con su conocimiento.

Palabras clave: Osteoartritis de rodilla, primer nivel de atención, manejo.

ABSTRACT

Background: Osteoarthritis (OA) is one of the most common reasons for consultation at the primary care level, and its incidence increases each year. Management guidelines detail interventions that provide symptomatic relief and improve the course of the disease, as well as those that do not. However, globally, multiple studies indicate that primary care physicians do not follow these recommendations. **Objectives:** To assess the knowledge of primary care physicians at DIRIS LIMA-NORTE about the management of osteoarthritis and to describe the demographic variables associated with it. **Materials and Methods:** An observational, descriptive study was conducted among physicians working in primary care clinics in DIRIS Lima-Norte using a questionnaire that evaluated knowledge about knee OA management. We explored the demographic characteristics related to this knowledge. **Results:** 27.45% of the respondents achieved an adequate knowledge score on the survey. In the bivariate analysis, older age [(43.42 ± 5.30 vs 52.54 ± 4.14) (p = 0.00)], lower level of specialization [(Specialist doctor: 50% vs General doctor: 95.45% vs General doctor with master's or doctorate: 71.43%) (p = 0.000)], longer years of service [(1-10 years: 14.29%; 10-20 years: 63.16%; more than 20 years: 96%) (p= 0.000)], and lack of continuous training [(Attended Congresses and Training Courses: 9.09%; Attended only Congresses: 77.78%; Did not attend any Congress: 100%) (p = 0.000)] were associated with a failing score. In the multivariate analysis, age [(OR: 1.49 (1.19 – 1.88))] and lack of formal continuous training (0 passing scores) were related to a failing score. **Conclusions:** Primary care physicians at MINSA are not knowledgeable about the management of knee OA. Age and lack of formal training on the subject are inversely related to their knowledge.

Keywords: Knee osteoarthritis, primary care, management.

I. INTRODUCCIÓN

La osteoartritis es una enfermedad degenerativa y progresiva que afecta las articulaciones sinoviales caracterizada por dolor al movimiento, rigidez, inflamación articular y reducción en la funcionalidad que requiere de un manejo multidisciplinario a largo plazo (1-3). A nivel mundial es el principal tipo de artritis, generando alta carga de enfermedad principalmente en países con gran número de adultos mayores y países desarrollados (4-5). En la realidad peruana, la osteoartritis ocupa la 6ta causa de reducción de años vida ajustados por discapacidad con un 3% de carga global según un reporte del MINSA hecho en el 2004 (6), un número que probablemente se está incrementando por el inevitable incremento de la expectativa de vida.

La osteoartritis puede afectar virtualmente a cualquier articulación sinovial, siendo las más frecuentes las manos, rodillas, columna y caderas (7). Los pacientes que están en mayor riesgo de desarrollar osteoartritis son los pacientes de mayor edad, mujeres, con historia familiar, obesidad y trauma articular (ya sea por accidentes, riesgo ocupacional o deportes de impacto). (8-9)

En los últimos años se han producido grandes cambios en el manejo, en el diagnóstico y en el pronóstico. Debido a la discrepancia radiológica y clínica, actualmente su diagnóstico es meramente clínico si se cumplen las condiciones de ser mayor de 45 años, tener dolor articular asociado al movimiento sin rigidez o que la rigidez sea menor a 30 minutos durante la mañana como está indicado en las guías de manejo internacionales más importantes como la OARSI, la ACR y la GINA (10-12). Si bien esto nos ayuda a diagnosticar la gran mayoría de pacientes, aún se usan imágenes cuando el diagnóstico

no es claro o la progresión es muy rápida (13). Así mismo, para todas las otras presentaciones que son “atípicas” o donde hay duda diagnóstica se han creado herramientas como la “Osteoarthritis tool” de “The college of family physicians of Canada” donde se dan flujogramas de atención que ayudan a los médicos de primer nivel de atención a pedir exámenes de laboratorio, imágenes y tratamientos adecuados para los pacientes y con literatura que los soporte (14).

El manejo de la osteoartritis está centrado en el manejo del dolor y la búsqueda de medicamentos y actitudes modificadoras de la enfermedad, los cuales han generado mucha controversia entre la comunidad científica. Anteriormente se usaban el paracetamol y los Antiinflamatorios no Esteroideos (AINEs) tópicos como primera línea en el manejo del dolor articular, sin embargo, los nuevos estudios demuestran que el paracetamol en algunos casos puede no ser tan efectivo como se pensaba, encontrándose que no es superior al placebo en algunos estudios. Por esta razón se está prefiriendo el uso de AINEs tópicos pues tienen la misma efectividad de los AINEs orales, pero carecen de los efectos adversos que estos generan (cardiovasculares, gastrointestinales y renales). (15). Así mismo se han agregado otras terapias como los opioides y la duloxetina en casos que el dolor es refractario a la primera línea (16), sin embargo, en los casos de dolor severo las guías mencionan que el paciente debe ser derivado a reumatología para su manejo correcto.

Del mismo modo, se ha hecho mucho énfasis en el manejo no farmacológico del paciente con osteoartritis, el cual incluye principalmente la baja de peso, la implementación de ejercicio (resistencia y balance en el caso de osteoartritis de rodilla) además de terapia

física. La literatura reporta una disminución del dolor equivalente entre el uso de AINEs tópicos más ejercicio versus el solo el uso de AINEs orales. (10-12; 17)

Gran atención ha sido puesta en los suplementos nutraceúticos como la glucosamina, la condroitina, la cúrcuma, aceites y demás como medicamentos modificadores de la enfermedad, muchos de los cuales habían mostrado cierta eficacia, sin embargo, nuevos estudios financiados por entidades públicas han demostrado la ineficacia de algunos de estos como la glucosamina y la condroitina. Del mismo modo la eficacia de muchos otros nutraceúticos ha sido puesta en duda por la baja calidad de los estudios y los pequeños tamaños muestrales (18). Sin embargo, muchos de estos fármacos siguen siendo prescritos, ya sea insistencia de los pacientes o por los mismos por los mismos prescriptores en el contexto de una agresiva propaganda médica

Pese a contar con nueva información sobre el manejo de la osteoartritis, a nivel mundial hay un deficiente manejo de la enfermedad principalmente por 2 factores, la baja adherencia al manejo no farmacológico (principalmente dada por lo difícil que supone cambiar el estilo de vida de un paciente) y la persistencia del uso de fármacos que no han probado ser efectivos en el manejo de la enfermedad, como el uso de paracetamol de primera línea o la persistencia del uso de nutraceúticos (19 20, 21. 22). En Perú esto se da en mayor medida, dado que el grueso de las atenciones en primer nivel de atención es dado en instituciones fundadas por el estado, las cuales están sujetas a los fármacos en el petitorio nacional regular de medicamentos, del cual los AINES tópicos no forman parte pese a ser el medicamento de primera línea en el manejo de dolor de osteoartritis

Los estudios publicados a nivel internacional reportan que los médicos del primer nivel de atención no siguen las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC). Las razones no están claramente definidas. (21-22)

La alta prevalencia de la enfermedad en la comunidad con sus respectivas secuelas sobre todo afectando la calidad de vida de los pacientes es posible que se deba a múltiples factores; pero no se sabe si el nivel de conocimientos de los Médicos de la Atención primaria sea un factor relacionado con este problema de salud pública en la población. En el Perú el primer contacto con la población con la salud lo dan los establecimientos de baja complejidad y centros de atención básica como los establecimientos de primer nivel de atención del MINSA. La DIRIS Lima-Norte cuenta con establecimientos en Rímac (10 postas), San Martín de Porres (17 postas), Los Olivos (12 postas), Independencia (10 postas), Comas (24 postas), Carabaylo (14 postas), Puente Piedra (10 postas), Santa Rosa (3 postas) y Ancón (5 postas). Por estas razones creemos que es importante conocer si el nivel de conocimientos de los Médicos de Atención Primaria en las postas de nivel I la DIRIS LIMA-NORTE tiene algún impacto en el manejo basadas en evidencias de la Osteoartritis.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los médicos del primer nivel de atención de la DIRIS LIMA-NORTE sobre el diagnóstico y tratamiento de la osteoartritis?

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir el nivel de conocimientos de los médicos del primer nivel de atención de la DIRIS LIMA-NORTE sobre el diagnóstico y tratamiento de la osteoartritis

Objetivos específicos

1. Describir el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento de la osteoartritis en los Médicos de la Atención Primaria de la DIRIS LIMA-NORTE.
2. Describir si los siguientes factores están relacionados con el nivel de conocimiento de los Médicos de la Atención Primaria en la DIRIS LIMA-NORTE.
 - a. Edad
 - b. Sexo
 - c. Grado académico
 - d. Tiempo de servicio

III. MATERIAL Y METODOS

Diseño de estudio

Es una serie de casos, de corte transversal y prospectivo

Población

Población Banco: Médicos de la atención primaria

Población accesible: Médicos de la atención primaria que laboren en la DIRIS LIMA-NORTE.

Muestra de estudio: Médicos de la atención primaria que laboren en la DIRIS LIMA-NORTE, que cumplen con los siguientes criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión
 - Ser médico que trabaje en posta del primer nivel del MINSA de la DIRIS LIMA Norte.
 - Trabajar en consulta externa atendiendo pacientes.
 - Médico nombrado o contratado.
- Criterios de exclusión:
 - Estar de vacaciones durante el momento del estudio.
 - Médico pasante.

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Edad
- Sexo
- Grado académico

- Tiempo de servicio

Variables dependientes:

- Nivel de conocimiento

Definición y medición de variables

Edad:

Medición: se estimó por el año de nacimiento y por entrevista directa

Tipo de variable: Continua

Indicador: Edad en años

Sexo

Medición: con entrevista directa

Tipo de variable: dicotómica

Indicador: Masculino o femenino

Grado académico

Definición: Máximo grado académico alcanzado por el médico

Medición: Entrevista directa

Tipo de variable: Nominal

Indicador: Médico general, Médico especialista, Maestría y doctorado

Tiempo de servicio

Definición: Tiempo que está laborando en primer nivel de atención

Medición: entrevista directa

Tipo de variable: continua

Indicador: Tiempo en años

Nota: Para el análisis, el tiempo de servicio se recategorizó en tres categorías (0-10, 10 -20 y más de 20 años), igualmente los entrevistados que solo llevaron cursos se analizaron junto con los que llevaron congresos y cursos (debido a su comportamiento similar).

Entrenamiento en OA en los últimos 4 años

Definición: Entrenamiento formal en OA en los últimos 4 años definidos como diplomados, maestrías, asistencia a congresos o cursos.

Medición: Entrevista directa

Tipo de variable: dicotómica

Indicador: Sí o No

Nivel de conocimiento

Definición: El estudio “Management of Mild-to-Moderate Osteoarthritis: A Study of the Primary Care Perspective” (21) estudió el conocimiento, actitudes y patrones de práctica clínica mediante el uso de cuestionarios de casos clínicos y comparando las respuestas con las recomendaciones de las guías de práctica clínica de la ACR. Por lo que en este estudio se está definiendo como nivel de conocimiento a la capacidad de responder las preguntas de acuerdo con las últimas recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Medición: Cuestionario creado en base a las recomendaciones dadas por la “American College of Rheumatology”, “National institute for Health and Care Excelent”, tomando en consideración la herramienta de diagnóstico y manejo creada por “Alliance de l’arthrite du Canada”, “Osteoarthritis Tool”.

Tipo de variables: Discreta

Indicador: Porcentaje de conocimiento

Procedimientos y técnicas

➤ Tamizaje y enrolamiento

Luego de la aprobación del protocolo de investigación por el comité de ética, se realizó la validación parcial de la encuesta para tomar los datos sobre el conocimiento de los Médicos del primer nivel de la DIRIS LIMA-NORTE sobre el diagnóstico y tratamiento de la osteoartritis. Se obtuvo los correos de los doctores tutores de internado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Mediante este correo se envió una invitación para ser parte de la investigación de manera voluntaria comentando el objetivo de este proyecto, invitación que podría ser rechazada sin consecuencia alguna. En el correo se envió el enlace de acceso al cuestionario online de Google Forms de manera completamente gratuita, el cual incluye el consentimiento informado que deberá ser llenado antes de pasar a la encuesta. De no realizarse el consentimiento informado, se finalizará automáticamente la participación sin dar oportunidad de llenar el cuestionario.

La encuesta (ANEXO 1) fue solicitada por correo electrónico para asegurar que no sea llenado más de una vez, se les solicitó los datos de las características

demográficas del encuestado (edad, tiempo de servicio, nivel de instrucción, entrenamiento previo), y se les pidió responder una encuesta de 15 preguntas con las opciones de verdadero o falso para obtener los datos sobre su conocimiento del diagnóstico y tratamiento de osteoartritis.

Los datos de la encuesta se registraron en Microsoft Excel, y luego trasladados a STATA versión 17 para evaluar y graficar el conocimiento de los doctores ponderando su porcentaje de conocimiento del diagnóstico (Dominio I) y tratamiento (Dominio II, III, IV y V) según el peso asignado a cada Dominio.

Validación parcial del instrumento

1. Valoración de la confiabilidad del instrumento

- a. Comprensibilidad del instrumento (validez de fachada)
- b. Test-Retest
- c. Consistencia interna

2. Evaluación de la validez del instrumento

- a. Validez de contenido
- b. Validez de criterio

Procedimiento de la validación:

Se aplicó un formulario vía virtual a los médicos de primer nivel programados en consultorio externo de medicina de postas médicas asociadas a la Universidad Peruana Cayetano Heredia. La encuesta fue auto aplicada

El nivel de conocimiento de los participantes cuantificó como un promedio ponderado de cada dominio (ANEXO 2). El Dominio I cuenta con 1 pregunta, la cual demostrará si el médico conoce los criterios diagnósticos de la osteoartritis. Los dominios II, III, IV y V son respecto al tratamiento de la Osteoartritis según las últimas guías de práctica clínica. El dominio II consta de preguntas sobre las recomendaciones de medidas no farmacológicas para manejo de dolor de los pacientes con Osteoartritis, el dominio III preguntas sobre medidas farmacológicas para el manejo del dolor de Osteoartritis, el dominio número IV sobre el uso de Nutraceúticos y el dominio V sobre fármacos modificadores de la enfermedad. Debido a contar con una solo pregunta en el Dominio número I se le dio una ponderación de 100% para medir el conocimiento sobre el diagnóstico de osteoartritis. Consideramos que la mayoría de los cambios en la guía de práctica clínica han sido sobre el manejo farmacológico del dolor, y debido a ser el síntoma principal de esta enfermedad se decidió dar al Dominio III un 50% de la ponderación en el conocimiento del tratamiento de la osteoartritis, en segundo lugar, todas las guías concuerdan que las medidas de mayor impacto para manejar el dolor son las no farmacológicas, por lo que se dio un 30% del ponderado al dominio II. El dominio IV y V hablan ambos sobre nutraceúticos y fármacos modificadores de enfermedad, aunque ninguno haya sido probado consistentemente y encarezcan el tratamiento para los pacientes de manera innecesaria se considera que el conocimiento sobre las medidas que sí ayudan al manejo del dolor a los pacientes es más importante que las medidas que no mejoran la situación del paciente, por lo que se brinda 10% a cada uno.

Valoración de la confiabilidad del instrumento

Procedimiento para valorar la comprensibilidad: Se aplicó el cuestionario a 10 médicos de atención primaria, los médicos valoraron el porcentaje de comprensión de cada pregunta

- **Proceso:** Cada pregunta del cuestionario fue calificada con una escala análoga del 0-10 para cuantificar la comprensibilidad de cada pregunta
- **Valor esperado (más de 80% de comprensión de todo el cuestionario):** Si el valor excede el 80%, entonces se garantiza que el cuestionario es comprensible.

Test-Retest:

El instrumento fue evaluado por 10 médicos de atención primaria quienes respondieron las preguntas del cuestionario en dos ocasiones con una diferencia de 7 – 10 días entre cada evaluación. Las dos calificaciones fueron comparadas con la finalidad de valorar la correlación entre las mismas

- **Valoración del test-retest:** Se espera que haya una alta correlación del ponderado del dominio I (tratamiento) y de los dominios II, III, IV y V (tratamiento) pre y post test de más del 80%
- **Consistencia Interna**

La respuesta de cada pregunta de los 10 cuestionarios fue trasladada a una base de datos, para estimar el alfa de Cronbach y se espera que el alfa de Cronbach sea mayor del 80%, lo cual probaría la consistencia interna del instrumento

Evaluación de la validez del instrumento

Validez de contenido

Se enviaron el cuestionario a 3 reumatólogos quienes calificaron si cada pregunta mide el constructo, y se les solicitó una pregunta alternativa.

- **Proceso:** A cada pregunta se le dio un valor en una escala análoga de 1- 4 para calificar a validez de cada pregunta, es decir si la pregunta mide o no el constructo
- **Valor esperado (mayor de 80% de validez de cada pregunta):** Si el valor de cada pregunta es menos de 80%, se le solicitará una pregunta alternativa

Se utilizaron 4 criterios para confirmar la validez de contenido: La Suficiencia, Claridad, Coherencia y Relevancia. Se definió cada ítem de la siguiente manera:

1. Suficiencia: Definido por "los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta"
2. Claridad: Definido como " El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas"
3. Coherencia: " El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo"
4. Relevancia: " El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido"

Se dará tanto el enunciado como la respuesta, el cuál ha sido fabricado de acuerdo a las recomendaciones dadas por la ACR. Cada dimensión a evaluar tendrá 4 niveles, No cumple con criterio, Bajo nivel, Moderado nivel y Alto nivel lo cual significa lo siguiente para cada dimensión:

Suficiencia:

1. No cumple criterio: El ítem no es suficiente para medir la dimensión
2. Bajo nivel: El ítem mide algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden a la dimensión total
3. Moderado nivel: Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
4. Alto nivel: Los ítems no son suficientes

Claridad:

1. No cumple criterio: El ítem no es claro
2. Bajo nivel: El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas
3. Moderado nivel: Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem
4. Alto nivel: El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada

Coherencia

1. No cumple criterio: El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
2. Bajo nivel: El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión
3. Moderado nivel: El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo

4. Alto nivel: El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo

Relevancia:

1. No cumple criterio: El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
2. Bajo nivel: El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este
3. Moderado nivel: El ítem es relativamente importante
4. Alto nivel: El ítem es muy relevante y debe ser incluido

Terminada la validación y confirmada la satisfacción de los médicos reumatólogos se tabularon los resultados obtenidos y al aplicar la fórmula de Cálculo de Validez de contenido Total Corregido (CVCtc), y si se encuentra mayor de 80% se tomará como una validez de contenido buena. Se enviará los permisos correspondientes a la DIRIS Lima-Norte para el inicio del estudio

Resultados de la validación del instrumento

Antes de ejecutar el proyecto se realizó validez de contenido de la encuesta con 5 médicos reumatólogos-inmunólogos con más de 10 años de experiencia en el área actualmente trabajando en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se calificaron las 15 preguntas del cuestionario según los 4 requisitos mencionados anteriormente (Suficiencia, Claridad,

Relevancia y Coherencia) modificando las preguntas que no lograban consenso o no se pensaban satisfactorias, llegando por aceptar la versión número 7 de la encuesta. La calificación dada por cada uno de los especialistas fue evaluada por el estadístico de Coeficiente de Validez de Contenido Total Corregido (CVCT) dando como resultado un valor de 0.88, lo cual demuestra que la validez de contenido de la encuesta es de buen nivel (0.80 a 0.90)

La valoración de confiabilidad del instrumento se realizó con una muestra de 10 médicos de primer nivel trabajando en la DIRIS Lima-Norte, a los cuales se les tomó la encuesta en dos ocasiones separadas por una semana. Se aplicó el estadístico de alfa de Cronbach para evaluar consistencia interna, el cual dio 0.72 y se comparó las respuestas entre la primera ocasión que tomaron la encuesta y la segunda para hallar la confiabilidad de Test-Retest con el estadístico de correlación de Pearson, el cual dio 0.98. Con lo cual se demuestra la confiabilidad de la encuesta.

Estimación de tamaño de la muestra

Para cálculo del tamaño de la muestra por opinión de expertos, se estimó que el porcentaje de médicos que aprobaría el cuestionario sería de 60% (proporción observada). Para el efecto del estudio se esperó que el 80% de los entrevistados aprobaran el estudio (proporción esperada). Por lo tanto:

Para un alfa de 0.05, beta 0.2 con una potencia de estudio de 80% (0.8) el tamaño de la muestra estimado es de 43 médicos de atención primaria para ser entrevistados. Pero por defecto del diseño del estudio y por pérdidas y falta de participación de los médicos se ajusta al tamaño de la muestra a un 10%, por lo tanto, el mínimo tamaño de la muestra será de 50 médicos.

Análisis de datos

Estadística descriptiva:

Las características demográficas y características profesionales de los médicos participantes se describieron en tablas y gráficos, las variables categóricas se expresaron como proporciones, y las continuas como medias y desviaciones estándar si las variables tuvieran distribución normal y como medianas y rango Inter cuartil cuando las variables no cumplieron con los criterios de normalidad

Estadística inferencial:

Para considerar que el médico tiene los conocimientos adecuados para diagnóstico y tratamiento de osteoartritis del manejo en atención primaria, debió tener 60% como puntaje de evaluación final. Adicionalmente este puntaje se describirá según la edad, el sexo, años de actividad y grado académico.

Las preguntas fueron divididas para evaluar el conocimiento del manejo de diagnóstico, tratamiento y medicamentos de modificación de enfermedad. El dominio I se encargará de preguntas prevención, el dominio II de diagnóstico, el dominio III de tratamiento no farmacológico, el dominio IV de tratamiento farmacológico, el dominio V de aditamentos y tratamientos alternativos, y el dominio VI de uso de medicinas modificadoras de enfermedad. De esta manera aseguraremos no solo saber el conocimiento de los médicos, sino que identificamos en qué zonas específicas tienen flaquezas y fortalezas.

Aspectos éticos del estudio

El estudio se presentó al comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia antes de ejecutarse. Antes de ser parte del estudio, todos los participantes aprobaron su

participación con un consentimiento informado que se respondió antes de la encuesta. No se registró el nombre ni otro dato que permita identificar a los participantes, se utilizaron códigos asignados aleatoriamente para asegurar la privacidad de los participantes.

Beneficios del estudio

A la culminación del cuestionario usado se le brindó al participante un link con las respuestas del cuestionario con una breve explicación según la última guía de práctica clínica de la ACR además de un pequeño resumen de los puntos más importantes de la guía y la “Osteoarthritis Tool” usada por “Arthritis Alliance of Canada”.

IV. RESULTADOS

Se encuestaron a los médicos desde el 23 de mayo del 2024 hasta el 23 de junio del 2024. La media de edades de los encuestados fue de 51 años (DE 6.04) de los cuales 30 (58.82%) eran del sexo masculino y 21(41.18%) del sexo femenino. Entre los entrevistados 22 (43.14%) eran médicos generales, 22 (43.14%) eran médicos especialistas y 7 (13.73%) médicos generales que contaban con maestría o doctorado. En la categoría de tiempo de servicio 1 médico (1.96%) contaba con 0-5 años de servicio, 10 (19.61%) con 5-10 años, 9 (17.65) 10-15 años y 25 (49.02%) más de 20 años. 18 entrevistados (35.29%) indicaron haber asistido a un Congreso y llevar al menos un curso de OA de rodilla, 10 (19.61%) marcaron solo haber asistido a congresos, 1(1.96%) llevó cursos y 22 (43.14%) no habían cursado ninguna clase de entrenamiento (Tabla N° 1).

De la totalidad de los médicos entrevistados, solo 14 (27.45%) alcanzaron la nota aprobatoria mínima de 10.4. El promedio de las notas de los médicos es de 8.8 (DE 3.19) y con un promedio porcentual de 58.69 % (DE 21.98%)

En el análisis bivariado se puede apreciar que las variables que se relacionaban con la nota desaprobatoria fueron mayor edad [(43.42 ± 5.30 vs 52.54 ± 4.14) (p = 0.00)], ser Médico General [(Médico especialista: 50% vs Médico General: 95.45% vs Médico General con grados de maestría o doctorado: 71.43%) (p = 0.000)], tiempo de servicio mayor de 20 años [(1-10 años: 14.29%; 10-20 años: 63.16%; más de 20 años: 96%) (p= 0.000)], no haber asistidos a ningún congreso y haber asistido solo a congresos [(Haber asistido a Congresos y Cursos de capacitación: 9.09%; haber asistido solo a Congresos: 77.78%; no haber asistido a ningún congreso: 100%) (p = 0.000)] Asistido a Congresos: 77.78%; y solo no había diferencias en el sexo [(Masculino: 83.33% vs 57.14%) (p = 0.57)] (Tabla N° 2)

En el análisis multivariado solo la mayor edad [(OR: 1.49 (1.19 – 1.88)], y el no haber tenido ningún tipo de entrenamiento formal (100 % de desaprobados) se relacionaron con las notas desaprobatorias.

Se realizó un gráfico de correlación entre la nota y la edad, y se puede concluir que existe una correlación inversa entre la edad y su conocimiento de la OA ($r = 0.73$; $p = 0.000$); es decir a mayor edad tenga el médico, menor es su conocimiento sobre OA de rodilla (Grafico 1).

Para confirmar que el conocimiento de los aprobados y los desaprobados es estadísticamente significativo, se realizó un análisis sobre el porcentaje de preguntas respondidas por dominios (tabla 3). En este se puede observar que los médicos que aprobaron tienen mayor conocimiento en los dominios II, III y IV correspondientes a conocimiento sobre manejo farmacológico, no farmacológico y uso de aditamentos. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos con respecto al conocimiento del dominio V (sobre el uso de nutraceúticos) ni el dominio I (diagnóstico de OA de rodilla)

V. DISCUSIÓN

La literatura internacional describe que la mayoría de los pacientes con OA no reciben un manejo adecuado, encontrando flaquezas principalmente en la educación y alternativas de manejo de dolor (24) lo cual se reflejaba con altos índices de insatisfacción por parte de los pacientes, así como alto flujo de referencias a la especialidad de reumatología y reumatología. Debido a esto, se ha intentado efectivizar la aplicación de las guías de manejo mediante el desarrollo de “modelos de cuidado de pacientes con OA”, lo cual demostró mejorar la satisfacción de estos así como reducir la cantidad de referencias e intervenciones invasivas innecesarias (25,26). La data obtenida mediante este estudio nos demuestra que en el Perú se podría estar replicando este patrón debido a la falta de conocimiento sobre la OA de rodilla.

Se esperaba que un 60% de los médicos apruebe la encuesta para decir que el conocimiento sobre OA de rodilla era adecuado, sin embargo, solo un 27.45% de los entrevistados alcanzaron una nota aprobatoria por lo que se puede afirmar que el conocimiento sobre OA de rodilla en médicos de primer nivel de la DIRIS Lima-Norte no es adecuado.

La flaqueza principal en el manejo de OA de rodilla a nivel internacional es en el manejo no farmacológico (baja de peso y ejercicio) (27-28) con tasas de recomendación tan bajas como 22.4%, esto es comparable con nuestras mediciones sobre el conocimiento del dominio II (referente al manejo no farmacológico) en el cual los desaprobados solo tenían un conocimiento del 25.67% sobre el manejo farmacológico (tabla 5) y aunque los aprobados tuvieron una mejor performance, sería importante medir cuánto de este conocimiento se traduce realmente a la práctica clínica, si llegasen a aplicarse modelos

de cuidado de pacientes con OA de rodilla recomendamos poner la mayor importancia en este ítem, pues pese a ser la intervención con mayor impacto en el curso de la enfermedad, es la más difícil de implementar por falta de adherencia (4,22).

Otro de los hallazgos que creemos que tiene alta importancia es lo relacionado al conocimiento del manejo farmacológico de los pacientes con OA de rodilla principalmente la pregunta 5 y 6 (Anexo 1). La eficacia del paracetamol ya ha sido puesta en cuestionamiento por varios metaanálisis, lo cual ha hecho que sea removido como medicamento de primera línea por diversas guías de manejo (1-3,8,10-12), sin embargo los resultados de nuestra encuesta muestran que solo 7 de los 51 entrevistados tenían conocimiento de esto (13.72%) esto concuerda con los patrones de atención internacionales ya que estudios sobre patrones de atención de médicos de primer nivel en países como Francia y Estados Unidos reportan un porcentaje de prescripción de este medicamento de 87% (30) y 44-34% (31). Esto es especialmente preocupante debido a que el dolor y pérdida de funcionalidad de la articulación afecta directamente a la calidad de vida del paciente lo cual empuja a los médicos a tomar medidas más agresivas de tratamiento como referir a los pacientes para manejo especializado con inyecciones articulares o colocación de prótesis quirúrgica en vez de usar un esquema de tratamiento escalonado (32). Esto no solo expone al paciente a riesgos innecesarios, sino que también termina sobrecargando nuestro ya colapsado sistema de salud. Otro punto a recalcar, con respecto a la pregunta 5 es que 42 de los 51 encuestados (82.35%) sí tienen conocimiento que los AINES tópicos son una buena opción para manejo de dolor en OA de rodilla: sin embargo, actualmente en el petitorio nacional de medicamentos no contamos con ninguna alternativa de AINE tópico, lo cual actúa como barrera de implementación de alternativa terapéutica dada por la guía.

Las últimas guías de manejo promocionan el uso de aditamentos para reducir la carga de peso sobre la articulación femorotibial como parte del manejo de OA de rodilla, y aunque hay diferentes tipos de ortesis articular (33), el uso de bastones y rodilleras femorotibiales han demostrado reducir niveles de dolor y aumentar niveles de funcionalidad (34,35). Lastimosamente, estos aun no son indicados con la frecuencia esperada incluso en los pacientes con dolor calificado como moderado y severo, teniendo tasas de recomendación tan bajas como del 16% (31). Como podemos ver, el conocimiento de esto (medido por el dominio IV) es aún pobre, sobre todo observado en los médicos que desaprobaron la encuesta, teniendo 21.62% de conocimiento (Tabla 5).

La diferencia entre el conocimiento del dominio V (sobre el uso de nutraceuticos) no fue estadísticamente significativa entre los aprobados y los desaprobados, esto podría deberse a múltiples factores como la fuerte campaña de compañías farmacéuticas que aseguran una mejora de sintomatología con su uso prolongado, sin embargo en la actualidad ninguno de estos medicamentos ha logrado tener resultados replicables en poblaciones suficientemente grandes como para que alguna guía de manejo recomiende su uso

La debilidad del presente estudio recae en que pese a estar midiéndose el conocimiento, este no siempre se traduce a lo que se hace en la práctica clínica debido a barreras de tiempo (corto tiempo para consulta) o ambientales (falta de medicamentos recomendados por la guía). Aunque lo ideal sería hacer revisiones de historias clínicas como se han hecho en estudios realizados en otros países, esto nos enfrentaría a un sesgo de información dado el llenado incompleto del que adolecen en general las historias clínicas en el primer nivel de atención, más allá de esto creemos que este estudio desnuda una

realidad notable que no es la falta de aplicación de las guías de práctica clínica de una enfermedad de gran prevalencia y manejable desde el primer nivel si no que parte de más atrás con el desconocimiento de éstas.

VI. CONCLUSIONES

Los médicos de primer nivel de atención no tienen un conocimiento adecuado sobre el manejo de pacientes con osteoartritis de rodilla, teniendo sobre todo fallas con respecto al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico. Esto está inversamente relacionado con la edad y la falta de entrenamiento continuo formal sobre el área. Se indica como recomendación que los médicos de primer nivel deberían ser exhortados a acudir a congresos y programas de actualización sobre las enfermedades más frecuentes (dando incentivos, haciéndolos de manera virtual para que sea más eficiente el uso del tiempo) y hacer más atractiva la oferta de trabajo para médicos jóvenes en el primer nivel de atención, de misma manera vemos como principal intervención la implementación de modelos de cuidado adecuado del paciente con OA y esquemas de transmisión de conocimiento sobre el mismo

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dieppe PA, Lohmander LS. Pathogenesis and management of pain in osteoarthritis. *The Lancet* [Internet]. 2005 Mar [cited 2019 Dec 13];365(9463):965–73.
2. Geenen R, Overman CL, Christensen R, Åsenlöf P, Capela S, Huisinga KL, et al. EULAR recommendations for the health professional's approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2018 May 3;77(6):annrheumdis-2017-212662.
3. Bruyère O, Honvo G, Veronese N, Arden NK, Branco J, Curtis EM, et al. An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2019 Apr
4. Kloek CJJ, van Dongen JM, de Bakker DH, Bossen D, Dekker J, Veenhof C. Cost-effectiveness of a blended physiotherapy intervention compared to usual physiotherapy in patients with hip and/or knee osteoarthritis: a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2018 Aug 31;18
5. Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, Arnold LM, Choi H, Deyo RA, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part II. *Arthritis & Rheumatism*. 2007;58(1):26–35.
6. Aníbal Velázquez Valdivia. Carga de enfermedad en el Perú. Años de vida saludable perdidos (AVISA) y las prioridades de salud Bol - Inst Nac Salud 2009; año 15 (3-4) marzo – abril

7. Aweid O, Haider Z, Saed A, Kalairajah Y. Treatment modalities for hip and knee osteoarthritis: A systematic review of safety. *Journal of Orthopaedic Surgery*. 2018 May;26
8. Ebell MH. Osteoarthritis: Rapid Evidence Review. *Am Fam Physician*. 2018 Apr 15;97(8):523-526
9. Schmidt TW. Approach to Osteoarthritis Management for the Primary Care Provider. *Prim Care*. 2018 Jun;45(2):361-378. doi: 10.1016/j.pop.2018.02.009. National Institute for Health and Care Excellence. Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management. London: NICE; 2022
10. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis & Rheumatology*. 2020 Jan 6;72(2):220–33
11. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, Arden NK, Bennell K, Bierma-Zeinstra SMA, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage* 2019 Jul;27(11)
12. National Institute for Health and Care Excellence. Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management. NICE; 19 October 2022
13. Wang X, Oo WM, Linklater JM. What is the role of imaging in the clinical diagnosis of osteoarthritis and disease management? *Rheumatology (Oxford)*. 2018 May
14. The College of Family Physicians of Canada. Disponible en: https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Education/OATOOL_FINAL_Sept14_ENG.pdf

15. Mora JC, Przkora R, Cruz-Almeida Y. Knee osteoarthritis: pathophysiology and current treatment modalities. *J Pain Res.* 2018 Oct 5;11:2189-2196.
16. Nelson AE, Allen KD, Golightly YM, Goode AP, Jordan JM. A systematic review of recommendations and guidelines for the management of osteoarthritis: The chronic osteoarthritis management initiative of the U.S. bone and joint initiative. *Semin Arthritis Rheum.* 2014 Jun;43(6):701-12
17. Korownyk C, Montgomery L, Fcfp C, Young J, Fcfp E, Moore S, et al. MARCH | MARS 2022 | Canadian Family Physician | Le Médecin de famille canadien 179
18. Liu X, Machado GC, Eyles JP, Ravi V, Hunter DJ. Dietary supplements for treating osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2018 Feb;52(3):167-175
19. Rosales Ade L, Brito NL, Frucchi R, de Campos GC, Pailo AF, de Rezende MU. Obesity, oostearthritis and clinical treatment. *Acta Ortop Bras.* 2014;22(3):136-9
20. Dzedzic KS, Allen KD. Challenges and controversies of complex interventions in osteoarthritis management: recognizing inappropriate and discordant care. *Rheumatology (Oxford).* 2018 May 1
21. Hunter DJ, Neogi T, Hochberg MC. Quality of osteoarthritis management and the need for reform in the US. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2011 Jan;63(1):31-8
22. Glauser TA, Salinas GD, Roepke NL, Williamson JC, Reese A, Gutierrez G, Abdolrasulnia M. Management of mild-to-moderate osteoarthritis: a study of the primary care perspective. *Postgrad Med.* 2011 Jan;123(1):126-34
23. Sim HS, Ang KXM, How CH, Loh SYJ. Management of knee osteoarthritis in primary care. *Singapore Med J.* 2020 Oct;61(10):512-516

24. Z. Paskins, T. Sanders, P Croft The Identity Crisis of Osteoarthritis in general practice: A qualitative study using video stimulated recall *The Annals of Family Medicine* November 2015 Nov; (13): 537-544
25. K Allen, P Choong, A. Davis Osteoarthritis: Models for appropriate care across the disease continuum *Best practice and research clinical rheumatology* 2016, 30: 503-535
26. K. Dziedzic, S French, A. Davis Implementation of musculoskeletal Models of Care in primary care settings: Theory, practice, evaluation and outcomes for musculoskeletal health in high-income economies *Best practice and research clinical rheumatology* 2016, 30: 375-397
27. M. Porcheret, K Jordan, C.Jinks Primary Care treatment of knee pain-a survey in older adults. *Rheumatology* 2007 Oct: 46:1694-1700
28. L Li, E Sayre, J Kopec Quality of nonpharmacological care in the community for people with knee and hip osteoarthritis. *The journal of rheumatology* 2011; 38: 2230-2237
29. N Osteras, K Jordan, Claussen Self-reported quality care for knee osteoarthritis: comparisons across Denmark, Norway, Portugal and the UK. *RMD Open* 2017 Dec;1
30. Pickering G, Mezouar L, Kechemir H, Ebel-Bitoun C. Paracetamol Use in Patients With Osteoarthritis and Lower Back Pain: Infodemiology Study and Observational Analysis of Electronic Medical Record Data. *JMIR Public Health Surveill.* 2022;8(10):e37790
31. Conaghan, Philip G et al. "Inadequate pain relief and large functional loss among patients with knee osteoarthritis: evidence from a prospective multinational

- longitudinal study of osteoarthritis real-world therapies.” *Rheumatology* 2015 Jul 54(2)
32. Sim HS, Ang KXM, How CH, Loh SYJ. Management of knee osteoarthritis in primary care. *Singapore Med J.* 2020 Oct;61(10):512-516
33. Khosravi, M et al. “Design Evaluation in Novel Orthoses for Patients with Medial Knee Osteoarthritis.” *Journal of biomedical physics & engineering* 2019 Dec vol. 9:719-732
34. M. Simic, K.L. Bennell, M.A. Hunt, T.V. Wrigley, R.S. Hinman, Contralateral cane use and knee joint load in people with medial knee osteoarthritis: the effect of varying body weight support. *Osteoarthritis and Cartilage.* 2011. 19(11):1330-1337
35. Callaghan MJ, Parkes MJ, Hutchinson CE, et al. A randomised trial of a brace for patellofemoral osteoarthritis targeting knee pain and bone marrow lesions. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2015;74:1164-1170

VIII. TABLAS Y GRAFICOS

Tabla N° 1. Características demográficas de los Médicos de la Atención Primaria

Variables	n	%
Sexo		
Masculino	30	58.82
Femenino	21	41.18
Edad	51 ± 6.04	
Grado Académico		
Médico General	22	43.14
Médico Especialista	22	43.14
Médico General Msc. /Dc	7	13.73
Tiempo de Servicio		
0-5 años	1	1.96
5-10 años	10	19.61
10-15 años	9	17.65
15-20 años	6	11.76
Más de 20 años	25	49.02
Entrenamiento		
Congreso y Curso	18	35.29
Congreso	10	19.61
Curso	1	1.96
Ninguno	22	43.14
Notas		
Puntaje	8.8 ± 3.19	
Promedio	58.69 ± 21.98	
Aprobados	14	27.45

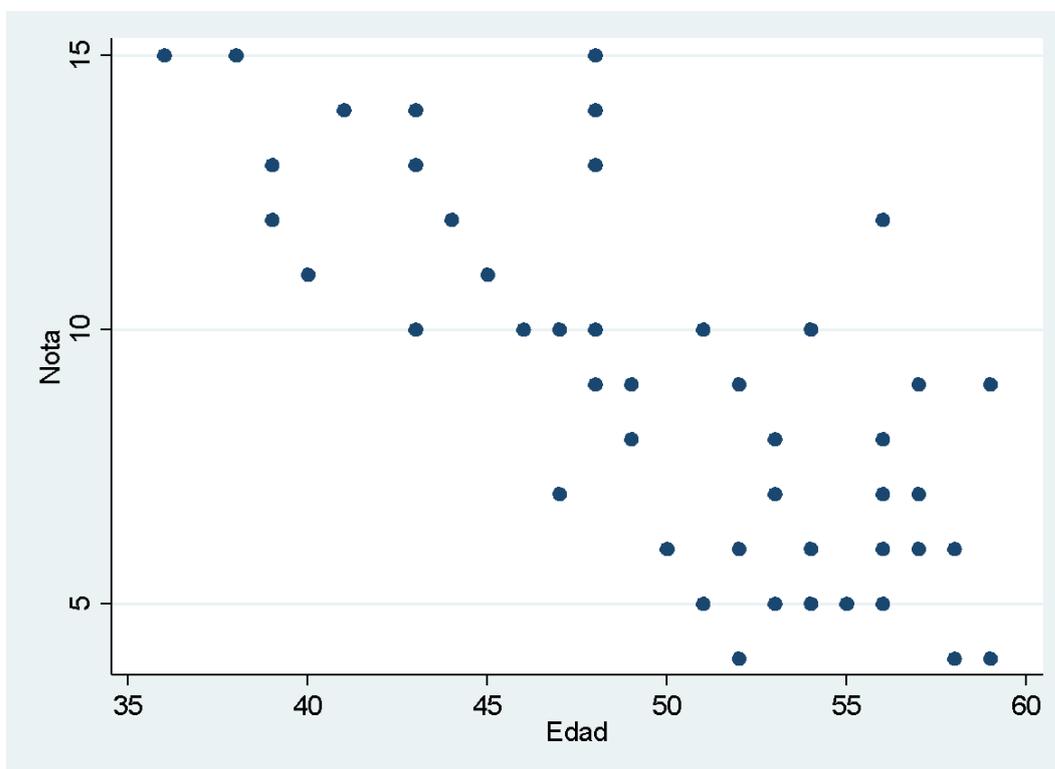
Tabla N° 2. Características demográficas, tiempo de servicio y tipos de entrenamiento entre los Médicos Aprobados y Desaprobados de la Atención Primaria

Característica	Aprobados (N = 14)	Desaprobados (N = 37)	P
Edad	43.42±5.30	52.54±4.14	0.00 0
Sexo N° (%)			0.57
Masculino	5(16.67)	25(83.33)	
Femenino	9(42.86)	12(57.14)	
Grado Académico N° (%)			0.00 2
Médico Especialista	11(50)	11(50)	
Médico General	1(4.55)	21(95.45)	
Médico General Msc./Dc	2(28.57)	5(71.43)	
Tiempo de Servicio N° (%)			0.00 0
1-10 años	6(85.71)	1(14.29)	
10-20 años	7(36.84)	12(63.16)	
Más de 20 años	1(4.00)	24(96)	
Entrenamiento N° (%)			0.00 0
Congreso	4(22.22)	14(77.78)	
Congreso y Curso/Curso	10(90.91)	1(9.09)	
Ninguno	0(0)	22(100)	
Promedio (%)	87.61±9.37	47.74±13.74	0.00 0

Tabla N° 3. Porcentaje de preguntas correctas respondidas de aprobados vs desaprobados según dominio

Dominios	Aprobados	Desaprobados	p
Dominio II	92.85	25.67	0.0
Dominio III	90.47	59.45	0
Dominio IV	77.14	21.62	0

Gráfico N° 1. Correlación entre las notas sobre el conocimiento de la Osteoartritis y la edad de los Médicos de la Atención Primaria*



**r = 0.73; p = 0.000*

ANEXOS

Anexo 1: Encuesta

Variables antropométricas					
Edad					
Sexo	M			F	
Grado Académico	Médico General	Médico General con Maestría		Médico especialista	
Tiempo de servicio	1-5	5-10	10-15	15-20	Más de 20
Entrenamiento en OA en los últimos 4 años	Cursos y Congresos	Cursos	Congresos		Ninguno

Nº	Enunciado	V	F
Preguntas de diagnóstico			
1	El ejercicio aeróbico y de bajo impacto previene la aparición de osteoartritis de rodilla	X	
2	Un paciente mayor de 45 años con dolor de rodilla de tipo mecánico (no inflamatorio) con rigidez menor a 30 minutos necesita una placa para el diagnóstico de osteoartritis		X
3	El diagnóstico de Osteoartritis de rodilla es clínico. No necesita radiografías si la presentación es típica	X	
Preguntas de tratamiento			
4	El ejercicio de bajo impacto y la baja de peso debe ser indicado a todos los pacientes con osteoartritis de rodilla	X	
5	Los AINES tópicos tienen los mismos efectos secundarios que los sistémicos y su eficacia es menor en el manejo del dolor, por lo que no deben ser usados en el manejo de osteoartritis de rodilla		X
6	El efecto analgésico del acetaminofeno ha sido puesto en cuestionamiento, por lo que solo es usado como segunda alternativa a los AINES cuando hay contraindicación a estos. Ya no de primera línea.	X	
7	Los opioides tienen poco efecto analgésico en la Osteoartritis de rodilla, y por sus posibles efectos secundarios no deberían ser usados para el manejo de dolor de esta	X	
8	Las inyecciones intrarticulares de corticoides adelgazan el cartilago, empeorando la sintomatología con el tiempo. Por esta razón no están indicados en el dolor agudo de osteoartritis de rodilla		X
9	Los aditamentos como bastones o rodilleras tibio-femorales no están indicadas en el tratamiento de osteoartritis de rodilla, pues no mejoran la estabilidad para la deambulacion ni mejoran el dolor		X
Preguntas de medicamentos modificadores de enfermedad			
10	Existen medicamentos que modifican el curso de la enfermedad		X
11	En la medida de lo posible, todos los pacientes con Osteoartritis de rodilla deben consumir Chondroitina		X

12	En la medida de lo posible, todos los pacientes con Osteoartritis de rodilla deben consumir Glucosamina		X
13	En la medida de lo posible, todos los pacientes con Osteoartritis de rodilla deben consumir Colageno hidrolizado		X
14	En la medida de lo posible, todos los pacientes con Osteoartritis de rodilla deben consumir Curcumina		X

Anexo 2: Ponderado de dominios

Evaluación	Dominios	N° de ítems	Porcentaje	Ponderación
Diagnóstico	I	1	7.14	21.39
	II	2	14.25	
Tratamiento	III	1	7.14	42.81
	IV	3	21.42	
	V	2	14.25	
Modificación	VI	5	35.7	35.7

Anexo 3: Consentimiento Informado:

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Conocimiento de médicos de primer nivel de atención en el manejo de pacientes con osteoartritis de rodilla

Investigador Principal: Carlos Bedoya Jiménez

Investigadores Secundarios: Roberto Humanchumo, Cesar Loza

Institución: Universidad Peruana Cayetano Heredia

Finalidad del proyecto de investigación:

Le invito a participar voluntariamente en un estudio sobre el conocimiento de médicos sobre la osteoartritis de rodilla en médicos de primer nivel.

Es un proyecto de tesis para adquirir el grado de medico cirujano por un investigador de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. La participación no es obligatoria por lo que podrá negarse a la participación

La osteoartritis es una de las más frecuentes causas de consulta en el primer nivel de atención. Las últimas guías de manejo de la osteoartritis han marcado nuevas pautas sobre todo en el tratamiento de la enfermedad, por lo que es importante conocer qué tan familiarizados se encuentran los médicos de primer nivel con estos cambios.

Procedimientos:

Si decide participar de este proyecto tendrá que realizar una encuesta donde se recolectarán datos demográficos (edad, sexo, tiempo de servicio, nivel de conocimiento) seguido por un test de 15 preguntas de verdadero y falso que medirán su familiaridad con los últimos cambios de la guía de manejo de Osteoartritis

Riesgos:

No existen riesgos al participar de esta investigación

Beneficios:

Luego de respondido el test se le brindarán las respuestas de la misma con una breve explicación de la razón de la misma, así como un breve folleto resumiendo el manejo de osteoartritis y un instrumento de medición usado por la asociación canadiense del manejo de la osteoartritis de manera virtual }

Costos y compensación

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

La información que usted brinde es absolutamente anónima y confidencial. No se registrará su nombre, ni correo institucional, ni otro dato que permita su identificación en el estudio; en su lugar, se emplearán códigos asignados aleatoriamente. De publicarse el estudio, no se divulgará la identidad del participante.

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio.

Carlos Bedoya 

NOMBRE Y APELLIDO
DEL INVESTIGADOR

FECHA Y HOIRA