



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11
TAPACHULA DE CÓRDOVA Y ORDOÑEZ**



TITULO:

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE: CLASIFICACION, DIAGNOSTICO,
TRATAMIENTO Y CRITERIOS DE REFERENCIA EN PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE TEMPRANA, POR PARTE DE LOS MÉDICOS
FAMILIARES DE LA UMF #11 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL DE TAPACHULA, CHIAPAS”**

FEBRERO 2022

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. ANA ROSELIA PEÑA JUAREZ**



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 11
TAPACHULA DE CÓRDOVA Y ORDOÑEZ**



TITULO

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE: CLASIFICACION, DIAGNOSTICO,
TRATAMIENTO Y CRITERIOS DE REFERENCIA EN PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE TEMPRANA, POR PARTE DE LOS MÉDICOS
FAMILIARES DE LA UMF #11 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL DE TAPACHULA, CHIAPAS”**

FEBRERO 2022

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.**

**PRESENTA:
DRA. ANA ROSELIA PEÑA JUAREZ**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. BOGAR ARTURO RODRÍGUEZ RUIZ**



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA DE CÓRDOVA Y ORDOÑEZ



TITULO:

"NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE: CLASIFICACION, DIAGNOSTICO,
TRATAMIENTO Y CRITERIOS DE REFERENCIA EN PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE TEMPRANA, POR PARTE DE LOS MEDICOS
FAMILIARES DE LA UMF #11 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL DE TAPACHULA, CHIAPAS"

AUTORIZACIONES


DR. RICARDO RAMOS MARTÍNEZ
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

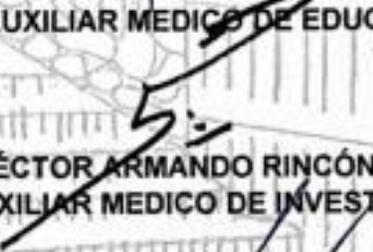


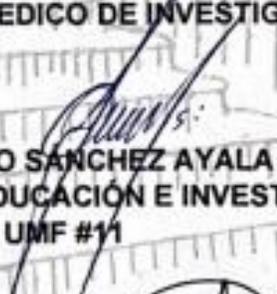
DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE
PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL


DRA. YUNIS LOURDES RAMÍREZ ALCÁNTARA
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD



DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL
DE INVESTIGACIÓN EN SALUD


DR. HÉCTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN.
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD


DR. PEDRO SÁNCHEZ AYALA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF #11

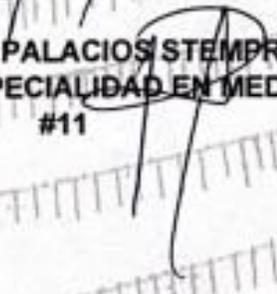

DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPREISS.
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR UMF
#11

Tabla de contenido

AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN	6
INTRODUCCION	7
MARCO TEORICO	8
ANTECEDENTES:.....	8
JUSTIFICACION	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
OBJETIVOS	18
OBJETIVO GENERAL:.....	18
OBJETIVOS ESPECIFICOS:	18
HIPOTESIS:	19
MATERIAL Y METODOS	20
DISEÑO.....	20
UNIVERSO EN ESTUDIO	20
TAMAÑO DE MUESTRA.....	20
TIEMPO	20
LUGAR.....	20
CRITERIOS DE SELECCIÓN	21
CRITERIOS DE INCLUSION	21
CRITERIOS DE NO INCLUSION.....	21
DE ELIMINACION	21
VARIABLES	22
VARIABLE DEPENDIENTE:.....	22
VARIABLES INDEPENDIENTES:.....	22
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	23
METODOLOGIA	25
ANALISIS ESTADISTICO	25
ASPECTOS ÉTICOS	26
ANALISIS DE RESULTADOS	27
DISCUSION	31
CONCLUSION	33
RECOMENDACIONES	34
ANEXOS	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41

AGRADECIMIENTOS

A mi familia siempre, porque incluso en la distancia me apoyaron en cada uno de los días de este recorrido, por los mensajes, las llamadas y las visitas inesperadas, porque a pesar de quizás no entenderme en todo momento, nunca soltaron mi mano y me guiaron a continuar.

Papi; ¿que daría yo por algún día ser la mitad de lo que tú eres? Gracias por siempre enseñarme, por siempre resolver mis dudas, por los millones de artículos que diario me mandas y enseñarme que siempre puedo ser mejor, por ser el motivo y la razón de que hoy esté escribiendo esto.

Mami; gracias por siempre esperar lo mejor de mí, por confiar y estar segura de que a pesar de todo íbamos a lograrlo, porque claramente este logro es tanto tuyo como mío, gracias por hacerme saber que si puedo, si pude y siempre lo haremos juntas.

Genaro; hermano mayor, gracias por todo, por ayudarme con mis tareas y explicarme todo lo que no entiendo, por ser una parte importante de que yo esté aquí, por cumplir mis caprichos y nunca dejarme sola. Pao, amiga y compañera, gracias por escucharme siempre y ser mi hombro para llorar pero también divertirme conmigo. Manu, gracias por llegar a mi vida, por llegar en el momento perfecto, por ser la motivación que me hacía falta para seguir adelante y si Dios quiere un día estés orgulloso de la tía que tienes.

Gracias a mis maestros, por enseñarme a amar la Medicina Familiar, por enseñarme a estar orgullosa y respetar la especialidad que decidí aprender y practicar de ahora en adelante.

Gracias a Dios por poner a cada una de estas personas en mi camino, por regalarme la familia tan maravillosa que me dio y a través de ellos darme el valor para no rendirme en los momentos más difíciles.

Gracias a mí también. Lo logré, lo logramos.

RESUMEN

INTRODUCCION: La Artritis Reumatoide (AR) es una de las enfermedades inflamatorias crónicas con mayor prevalencia. Afecta a las articulaciones sinoviales principalmente, pero debe ser considerada como un síndrome que incluye manifestaciones extrarticulares, tales como nódulos reumatoides, afección pulmonar, vasculitis y otro tipo de complicaciones sistémicas. Los pacientes con AR tienen una elevada tasa de mortalidad si son comparados con la población general, producto principalmente de mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y puede, por lo tanto, aminorar la esperanza de vida.

La AR tiene una prevalencia de 0.5 a 1% a nivel mundial; en México, luego de un estudio epidemiológico de las enfermedades reumáticas en 5 regiones del país, se encontró una prevalencia promedio de 1.6% con predominio en mujeres.

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento del Médico Familiar, en el diagnóstico, tratamiento y de los criterios de referencia al segundo nivel de pacientes con Artritis Reumatoide Temprana (ART).

METODOS: Se realizará un estudio transversal en el cuál, mediante un constructo validado, se determinará el grado de conocimiento de los médicos familiares acerca de los criterios de clasificación, cuadro clínico, tratamiento y criterios de referencia a segundo nivel de atención de la Artritis reumatoide temprana.

Palabras clave: Artritis reumatoide temprana, medicos familiares, nivel de conocimiento.

INTRODUCCION

El concepto de Artritis temprana (AT) se define por la presencia de inflamación articular en un periodo tan corto como sea su detección posible, esto sin embargo es variable entre cada paciente. El lapso debe medirse en semanas o si acaso pocos meses posterior al inicio de los sintomas.

La artritis reumatoide temprana la establece el hecho de que el paciente cumpla con los criterios de clasificación para AR. Si bien no existe una definición universal o propuesta por sociedades internacionales como ACR o EULAR, se estima que una duración de 6 meses o menos es un lapso aceptable. Algunos ensayos clínicos dan un rango más amplio que considera menos de un año desde el inicio de la sinovitis y despues de este año ya se considera el término AR establecida.

En el año 2011, Cabrera Pivaral y colaboradores, midieron la competencia de 144 médicos familiares de base para identificar y manejar la AR, en 5 de 23 Unidades de Medicina Familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Guadalajara, Jalisco.

Observaron que 16.7% lograron respuestas por azar, 20.1% registra un nivel de competencia clínica muy baja; 27.7%, una competencia clínica baja; 20.1% una competencia regular; 15.3% una competencia alta; no registraron ningún médico con una competencia muy alta.

Concluyen que el médico de primer contacto, tiene un nivel subóptimo en la competencia clínica, para el manejo de la AR.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES:

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad articular autoinmune/inflamatoria crónica, de causa desconocida, aunque se ha establecido que una serie de factores genéticos (HLA-DR1) y ambientales (exposición al tabáco, alcohol, contaminantes ambientales, infecciones, obesidad y ejercicio físico) inciden en su riesgo de presentación. La historia natural de este padecimiento es hacia el daño al cartílago y al hueso, condicionando discapacidad. El diagnóstico temprano es importante para el éxito terapéutico, particularmente en pacientes con factores de riesgo bien caracterizados para un mal desenlace, tales como elevada actividad de la enfermedad, presencia de autoanticuerpos y daño articular temprano. (1)

La AR es una de las enfermedades inflamatorias crónicas más prevalentes. Afecta a las articulaciones sinoviales principalmente, pero debe ser considerado un síndrome que incluye manifestaciones extrarticulares, tales como nódulos reumatoides, afección pulmonar o vasculitis y otras complicaciones sistémicas. Ellos tienen una elevada tasa de mortalidad, comparados con la población general, producto de una mayor probabilidad de enfermedad cardiovascular, y puede, por lo tanto, disminuir la esperanza de vida. (1,2,3)

La AR tiene una prevalencia de 0.5 a 1% a nivel mundial (1); en México, luego de un estudio epidemiológico de las enfermedades reumáticas en 5 regiones del país, usando la metodología COPCORD (Community Oriented Program for Control of Rheumatic Diseases) en 19,213 individuos, se encontró una prevalencia promedio de 1.6%, con predominio en mujeres, con diferentes tasas de prevalencia que van desde 0.7% (Intervalo de Confianza (IC) del 95%: 0.5-1) en Nuevo León a 2.8 (IC del 95%: 2.3-3.3) en Yucatán. (2).

Asimismo, la AR impacta negativamente sobre la capacidad funcional del paciente; en nuestro país, Adalberto Loyola y cols. demostraron una asociación de la artritis con una elevada prevalencia de discapacidad en una comunidad de la región Maya-Yucateca, señalando, además, que la pobreza se relaciona con más artritis y, consecuentemente, más discapacidad. (4).

El incremento en la esperanza de vida, ha elevado la frecuencia de enfermedades músculoesqueléticas crónicas como la AR, y los altos costos del tratamiento, generando un problema global en la última década, declarada como la “década del hueso y la articulación” por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aquí algunas definiciones de los costos:

Directos: derivados del cuidado directo del paciente como medicamentos, hospitalización, intervenciones diagnósticas o terapéuticas, pago de profesionales, transportación, apoyo mecánico para el paciente, fisioterapia y cuidados de enfermería.

Indirectos: pago de incapacidades, modificaciones requeridas en el entorno físico, laboral y domiciliario, pago de transportación hacia y desde las sedes de atención sanitaria etc.

Intangibles: difíciles de estimar, resultan de la reducción en la capacidad de ganar o disminución en la esperanza de vida.(3,5)

Aunque en varias regiones del mundo, especialmente en Norte América y Europa, desde el año 2000, se ha observado una reducción significativa en el retardo del diagnóstico en varias cohortes de pacientes con AR, probablemente como reflejo en el conocimiento de la importancia del diagnóstico temprano, esto no ocurre en América Latina (AL). La gente de diferentes países de AL, tienen acceso limitado a la medicina privada y disparidad en el acceso a los sistemas de cuidado de salud pública, dificultando la obtención de atención médica especializada en ambos. (5)

Varias razones posibles existen para que haya un retardo en la referencia temprana del paciente a un reumatólogo en AL, entre ellas: a) los pacientes minimizan el dolor músculoesquelético y no acuden al médico para un diagnóstico; b) la mayoría de los médicos generales no identifican rápidamente a los pacientes con condiciones inflamatorias, retrasando la apropiada referencia al especialista; c) hay pocos reumatólogos en el segundo y tercer nivel de atención médica, por lo que las citas son muy diferidas, los pacientes necesitan esperar mucho tiempo para ser atendidos. (5, 6)

En el Reino Unido, se llevó a cabo un estudio que se propuso investigar el tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas de AR o artritis indiferenciada y la primera consulta con el reumatólogo. Se definieron tres tipos de retraso:

1. Del paciente: el tiempo que transcurría entre el inicio de los síntomas y la búsqueda de ayuda médica; el tiempo promedio fue de 5.4 semanas y estuvo influenciada por el uso de formas alternativas para el alivio de las molestias: automedicación, aplicación de calor o frío, el inicio agudo o palindrómico de las molestias.
2. Del médico general: el tiempo que transcurre entre la valoración del médico general y el envío a un reumatólogo; el tiempo promedio fue de 6.9 semanas; llama la atención que el paciente tuvo 4 consultas hasta la referencia. Encuentran que la etnicidad y el antecedente familiar de una enfermedad reumatológica, influyeron en el retraso.
3. Del hospital: el tiempo que pasaba entre el envío y la atención por el especialista fue de 4.7 semanas en promedio. No se encontró una variable que explicara este retraso; 6.9 semanas de retraso entre la atención del médico de atención primaria a la visita con un reumatólogo, fue el más largo en este estudio. (7)

Ante la importante necesidad de un diagnóstico temprano e institución de una terapia efectiva que suprima la enfermedad, para prevenir o minimizar la ocurrencia de secuelas indeseables, en septiembre del 2010, el Colegio

Americano de Reumatología y la Liga Europea Contra el Reumatismo (ACR/EULAR por siglas en inglés), emitieron los criterios de clasificación de la AR, si bien con el propósito de ayudar a la homogeneidad diagnóstica en el ingreso a ensayos clínicos controlados, por ejemplo, también a orientar al clínico en el desempeño cotidiano. En estos criterios, la definición de AR definida, se basa en la presencia confirmada de sinovitis en, por lo menos, 1 articulación, la ausencia de una causa alternativa que explique mejor la inflamación y alcanzar un score total de 6 (de 10 posibles) en 4 dominios: I. número y sitio de articulaciones afectadas (0 a 5), II. anormalidad serológica (0 a 3), IV. reactantes de fase aguda elevadas (0 a 1) y V. duración de los síntomas (0 a 1). Estos criterios, sustituyen a los emitidos en 1987 por la antigua ARA (American Rheumatism Association): (8,9)

CRITERIOS DE CLASIFICACION DE AR 2010

POBLACION OBJETIVO

- 1.- tengan al menos una articulación con sinovitis definida (inflamación)
- 2.- con sinovitis que no se explique mejor por otra enfermedad

Criterios de clasificación para la AR (algoritmo basado en puntuación): Sumar la puntuaciones de las categorías A-D, se necesita una puntuación de más de 6/10 para clasificar a un paciente como persona con AR definida.

A).- AFECCIÓN ARTICULAR

Una articulación grande	0
2-10 articulaciones grandes	1
1-3 articulaciones pequeñas (con o sin afección de articulaciones grandes)	2
4 – 10 articulaciones pequeñas (con o sin afección de articulaciones grandes)	3
> 10 articulaciones (al menos una pequeña)	5

B).- SEROLOGIA (SE NECESITA AL MENOS UN RESULTADO PARA LA CLASIFICACIÓN)

FR negativo y anti PCC negativos	0
FR positivo bajo o anti PCC bajo	2
FR positivo alto o anti PCC alto	3

C).- REACTANTES DE FASE AGUDA (SE NECESITA AL MENOS UN RESULTADO PARA LA CLASIFICACIÓN)

PCR normal y VSG normal	0
PCR anormal o VSG anormal	1

D).- DURACION DE LOS SINTOMAS

< 6 semanas	0
> 6 semanas	1

Ya desde el año 2002, Emery y cols. publicaron una guía clínica basada en evidencias, que recomienda la referencia temprana del paciente con sospecha clínica de AR al especialista. Ellos sugieren el envío si el paciente presenta: >3 articulaciones inflamadas, involucro de las articulaciones metacarpofalángicas/metatarsofalángicas (MCF/MTF) con el signo del “apretón” positivo y rigidez matutina >30 minutos.

Concluyen además, que los pacientes con AR tienen mejor desenlace a largo plazo, cuando son tratados por un reumatólogo; un retraso de >12 semanas en el inicio del tratamiento, resulta en una pérdida de oportunidad para un mejor desenlace a largo plazo; el Factor Reumatoide (FR) en títulos altos, reactantes de fase aguda elevadas y la presencia de erosiones óseas en la radiografía convencional, son asociados con un mal desenlace (su ausencia en la presentación clínica no excluye el diagnóstico o la referencia); con el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) se corre el riesgo de enmascarar los signos y síntomas en la presentación y que los esteroides no deben prescribirse sin un diagnóstico preciso. (10)

En los años 1960 y 1970, la mayoría de los fármacos anti reumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) para tratar la AR, eran superiores al placebo en ensayos multicéntricos, doble ciego, estudios de corto tiempo, de tal manera que cuando los mismos pacientes eran examinados años después, solo el 20% tomaba el medicamento inicial, la mitad lo suspendía por ineficacia y el resto por reacciones adversas. Aún cuando el metotrexate se usaba de manera diseminada, la tasa de retención era menos del 60%. Entonces, al hacer un análisis cuidadoso, introspectivo de esta situación, las fallas se atribuyeron al paradigma terapéutico existente: un programa inicial de reposo, educación, fisioterapia, salicilatos u otros AINE por varios meses. Luego, solo después, de la actividad persistente de la enfermedad, se introducían los FARME paso a paso, usualmente en ensayos de 3 a 6 meses, moviéndose de las drogas leves (cloroquina, hidroxiclороquina, sulfasalazina) a las más tóxicas como D-penicilamina o compuestos de oro y, solo después, a los inmunosupresores o citotóxicos (ciclofosfamida, azatioprina o metotrexate). Los corticoesteroides intrarticulares se usaban para las reactivaciones locales, pero la administración sistémica, fue un recurso tardío, usando las dosis mínimas necesarias.

A lo anterior se le denominó tratamiento “piramidal” de la AR. (11)

En los últimos años los conceptos acerca del tratamiento de la AR se han sido modificados radicalmente. Han evolucionado desde un paradigma centrado en una visión paliativa, sintomática y cauta ante eventos adversos a una postura de iniciar tratamiento en las etapas más tempranas con escalonamientos de niveles de tratamiento en periodos más cortos. Además hoy en día se plantea lograr metas específicas a corto plazo en el control de la enfermedad; incluso, dado que punto intermedio exacto no existe se prefiere tratar de más (bajo vigilancia cercana) a tratar de menos.

+Recientes estrategias terapéuticas han cambiado sustancialmente el curso de la AR. Muchos pacientes pueden alcanzar la remisión si la enfermedad se reconoce tempranamente y es tratada rápida y continuamente; sin embargo algunos individuos no responden adecuadamente al tratamiento. El diagnóstico

rápido y un abordaje “treat to target” con un monitoreo y control constante incrementan la probabilidad de remisión en pacientes con AR el tratamiento de la AR es impedido por el retardo en el diagnóstico, dificultad para acceder a los especialistas y dificultad para apegarse a los principios “treat to target” (12)

Los elementos que han modificado los conceptos de la AR incluyen el reconocimiento de la gravedad de la enfermedad y la afortunada invención y producción de nuevos medicamentos, a la aparición de la terapia biológica y a la posibilidad real de lograr la remisión de la enfermedad o por lo menos reducir su actividad a un nivel mínimo.

El término que resume esta nueva hipótesis de iniciar tratamiento en etapas tempranas es la llamada “ventana terapéutica” o “ventana de oportunidad”, la cual se refiere a que en etapa muy temprana la AR muestra un fenotipo particular en el cual las alteraciones inmunorregulatorias pueden ser bloqueadas o corregidas definitivamente con tratamiento adecuado.

El concepto de Artritis temprana (AT) se define por la presencia de inflamación articular en un periodo tan corto como su detección sea posible, esto sin embargo es variable entre paciente y paciente. El lapso debe medirse en semanas o si acaso pocos meses después del inicio de los síntomas: La artritis reumatoide temprana establece el hecho de que el paciente cumpla con los criterios de clasificación para AR. Si bien no existe una definición universal o propuesta por sociedades internacionales como ACR o EULAR, se estima que una duración de 6 meses o menos es un lapso aceptable. Algunos ensayos clínicos dan un rango más amplio que considera menos de un año desde el inicio de la sinovitis y después de este año ya se considera el término AR establecida. (13,14)

El amplio conocimiento de las graves consecuencias del retraso en el diagnóstico e instalación de un tratamiento temprano y adecuado por parte del reumatólogo, hace necesario proponer e instalar estrategias, para que el médico de primer contacto, envíe oportunamente el paciente al especialista.

En el año 2011, Cabrera Pivaral y colaboradores, midieron la competencia de 144 médicos familiares de base para identificar y manejar la AR, en 5 de 23 Unidades de Medicina Familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Guadalajara, Jalisco.

Observaron que 16.7% lograron respuestas por azar, 20.1% registra un nivel de competencia clínica muy baja; 27.7%, una competencia clínica baja; 20.1% una competencia regular; 15.3% una competencia alta; no registraron ningún médico con una competencia muy alta.

Concluyen que el médico de primer contacto, tiene un nivel subóptimo en la competencia clínica, para el manejo de la AR.(15)

JUSTIFICACION

En America Latina, incluido México, existe un retraso importante en la detección adecuada y envío oportuno de los pacientes con AR al especialista, una enfermedad que luego de un año de iniciada, trae consecuencias graves en la capacidad funcional y morbilidad y mortalidad con importante impacto económico en la sociedad.

En nuestro país y específicamente, en el estado de Chiapas no se ha abordado, metodológicamente, el nivel de conocimiento de los médicos familiares de la AR en todos los aspectos: etiopatogenia, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento. Un estudio disponible, se publicó hace más de una década y sus hallazgos no impactaron en el conocimiento de la enfermedad.

El realizar un estudio con estas características, nos ayuda a conocer las virtudes y deficiencias del personal de esta unidad y nos abre un panorama hacia cómo podría encontrarse el resto del personal de salud, así mismo la importancia de llevar a cabo cursos de actualizaciones sobre los temas prioritarios de manera periodica, podría basarse en los resultados obtenidos. El principal beneficiado a largo plazo, es el paciente, ya que en patologías crónico degenerativas, la rapidez y premura diagnóstica son el punto clave para evitar desenlaces desafortunados, en el caso de la AR complicaciones que no solo afectan a quién la padece, sino a todo su entorno.

Llevar a cabo éste estudio en la UMF 11 del IMSS asentará una base para investigaciones posteriores dentro o fuera del instituto, y que será punta de lanza para nuevos estudios.

La UMF 11 del IMSS en Tapachula, Chiapas cuenta con los recursos intelectuales, materiales y humanos para que el estudio sea factible de llevarse a cabo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Artritis Reumatoide es considerado como un tema prioritario para el sector salud a nivel mundial, debido a que no solo impacta el estado de salud de manera individual al paciente, mermando con ello su calidad de vida e incrementando el riesgo de discapacidad e incluso incapacidad laboral a largo plazo, también tiene un fuerte impacto en su entorno familiar, social y psicológico.

Aunado a ello, representa un alto costo económico que repercute también a los sistemas de salud. Desconocer y no identificar de manera adecuada factores de riesgo y criterios diagnósticos asociados al desarrollo de la AR durante la consulta del primer nivel de atención médica representa un problema grave para las personas que lo padecen; ya que el diagnóstico de la patología en su etapa temprana mejora sustancialmente el pronóstico, favoreciendo con ello la calidad de vida del paciente al disminuir el riesgo de discapacidad, el impacto social y económico del mismo, de su entorno y de las instituciones médicas.

Siendo el médico familiar el primer contacto para las patologías crónicas degenerativas es de vital importancia realizar el diagnóstico de manera temprana de la artritis reumatoide, iniciar el manejo adecuado y realizar el envío al especialista correspondiente cuando así se requiera.

Por lo anterior realizo la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el nivel de conocimiento acerca de: clasificación, diagnóstico, tratamiento y criterios de referencia en pacientes con artritis reumatoide temprana, por parte de los médicos familiares de la umf #11 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula, Chiapas?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el nivel de conocimiento acerca de: clasificación, diagnóstico, tratamiento y criterios de referencia en pacientes con artritis reumatoide temprana, por parte de los médicos familiares de la umf #11 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula, Chiapas

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar los factores sociodemográficos de los médicos familiares
2. Determinar el nivel de conocimiento general acerca de ART
3. Establecer el nivel de conocimiento de los criterios de clasificación de la ART.
4. Determinar el nivel de conocimiento acerca del cuadro clínico de la ART.
5. Establecer el nivel de conocimiento de la estrategia terapéutica adecuada de la ART.
6. Determinar el nivel de conocimiento acerca de los criterios de referencia a segundo nivel de la ART.

HIPOTESIS:

Este estudio no requiere hipótesis, ya que es observacional y descriptivo. Cuando se trata de determinar un indicador (prevalencia, incidencia, valores de normalidad) poblacional, no se requiere hipótesis.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO

Transversal, observacional y descriptivo.

UNIVERSO EN ESTUDIO

Todo médico familiar, adscrito a la consulta externa de la UMF 11 en sus dos turnos, que se encuentre en el momento de la aplicación del constructo. El cuál corresponde a 25 médicos adscritos a la consulta externa.

TAMAÑO DE MUESTRA

No probabilística, por conveniencia ya que se realizara en el 100% de los médicos adscritos quienes cumplan con los criterios de inclusión.

TIEMPO

Se realizara el estudio en el periodo de Marzo-Octubre del año 2021

LUGAR

Unidad de Medicina Familiar número 11 del IMSS en Tapachula Chiapas, México

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Médicos familiares adscritos a la unidad de medicina familiar numero 11
- 2.- Médicos familiares que se encuentren en la consulta externa de la UMF 11 en el momento de la evaluación
- 3.- Médicos familiares de cualquier edad o sexo que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- 1.- Médicos que no cuenten con la especialidad en Medicina Familiar
- 2.- Médicos residentes que se encuentren cubriendo la consulta externa en el momento de la aplicación del instrumento
- 3.- Médicos generales que se encuentren cubriendo la consulta externa en el momento de la aplicación del instrumento
- 4.- Médicos familiares que no acepten contestar el instrumento

DE ELIMINACION

- 1.- Médicos que no hayan resuelto en su totalidad el cuestionario
- 2.- Médicos que en el momento de la aplicación del cuestionario, hayan obtenido las respuestas revisando alguna bibliografía.
- 3.- Médicos que retiren su consentimiento para ser parte de la investigación

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

Nivel de conocimiento acerca de ART

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Edad

Genero

Años de antigüedad

Actualizacion en Reumatologia

Turno laboral

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	INDICADOR
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento al momento actual	Cuantitativa	Nominal	Años cumplidos
Género	Condición biológica que define el género	Cualitativa	Nominal dicotómica	Masculino/Femenino
Años de antigüedad laboral	Años desde inicio laboral con cedula profesional y matricula IMSS	Cuantitativa	Intervalo continua	De 0 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 15 años De 16 a 20 años Mas de 21 años
Actualización en Reumatología	Tiempo transcurrido entre la última actualización del tema hasta la actualidad	Cuantitativa	Intervalo continua	0-3 años 3-5 años Mas de 5 años
Nivel de conocimiento de los criterios de clasificación de la ART	Conjunto de capacidades involucradas con la aplicación de conocimientos en la práctica de la clasificación de ART	Cuantitativa	Ordinal	0-100%
Nivel de conocimiento del cuadro clínico de la ART.	Conjunto de capacidades involucradas con la aplicación de conocimientos de las características clínicas de ART	Cuantitativa	Ordinal	0-100%

Nivel de conocimiento de la estrategia terapéutica adecuada de la ART.	Conjunto de capacidades involucradas con la aplicación de conocimientos en la práctica de la estrategia terapéutica de ART	Cuantitativa	Ordinal	0-100%
Nivel de conocimiento acerca de los criterios de referencia a segundo nivel de la ART.	Conjunto de capacidades involucradas con la aplicación de conocimientos en la práctica de la referencia a pacientes con ART	Cuantitativa	Ordinal	0-100%

METODOLOGIA

Se llevará a cabo un estudio transversal, donde la población de estudio estará constituida por los médicos familiares adscritos a la consulta externa, en ambos turnos de la UMF Número 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tapachula, Chiapas, México. Se procederá a la presentación del estudio y se realizará la invitación a participar a través de un consentimiento informado para posteriormente aplicar un cuestionario, de donde se obtendrá la información necesaria para calificar los dominios evaluados. Se recopilarán los datos obtenidos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel, agregando además datos de los participantes como, edad, género, sede de la residencia en medicina familiar y si han llevado en los últimos 2 años algún curso de educación continua o actualización en Reumatología o AR.

ANALISIS ESTADISTICO

Los datos obtenidos a través del cuestionario serán analizados en el programa Hoja de Cálculo Microsoft Excel. Los cuales serán vaciados y posteriormente analizados en el software SPSS. Se determinará un puntaje mínimo para calificar el nivel de conocimientos como adecuado o no adecuado, tanto para el puntaje total del cuestionario, como para cada dominio. La información se recopilará en una ficha de recolección de datos electrónica para así cuantificar medidas de tendencia central con representaciones gráficas.

ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación será evaluada por el comité local de ética en investigación en salud N. 7038 y por el comité local de investigación N.703, de acuerdo a todos los procedimientos estipulados en el Reglamento de la Ley General de Salud.

Declaración de Helsinki (Asamblea en Brasil, octubre 2013): La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

Esta investigación médica está adherida a los lineamientos que promueve la Secretaria del Trabajo y previsión Social, en el Diario Oficial de la Federación con fecha de 13 de noviembre de 2014.

ANALISIS DE RESULTADOS

Se aplicaron 17 cuestionarios al mismo número de Médicos Familiares (MF) adscritos a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 11 del turno matutino y vespertino, para evaluar el nivel de conocimiento acerca de: clasificación, diagnóstico, tratamiento y criterios de referencia en pacientes con Artritis Reumatoide Temprana (ART).

El instrumento consta de consentimiento informado, una ficha de identificación y 20 reactivos divididos en cuatro dominios: clasificación, diagnóstico, tratamiento y criterios de referencia en pacientes con ART.

En el dominio “Clasificación de ART”, del total de la muestra, se obtuvo una calificación mínima de 20% y una máxima de 100%, la media de 64.7% y una Desviación Estándar (DE) de 29.6.

En el dominio de “cuadro clínico de ART” se obtuvo una calificación mínima de 20% y máxima de 100% con una media de 69.4% y una DE de 28.3.

En “criterios de referencia de ART” la calificación mínima fue de 20% y la máxima de 80%, una media de 52.9% y DE de 18.6.

La calificación mínima obtenida en el dominio “tratamiento de ART” fue del 20% y la máxima de 100%, una media de 55.2 y DE de 26.

La calificación total, que incluye los 4 dominios, se obtuvo una mínima de 25% y una máxima de 80%, la media del 60.0% y una DE 19.2.

Se incluyeron variables demográficas como edad y antigüedad laboral, con el propósito de determinar si existe alguna relación entre ellas y la calificación final obtenida.

Del total de la muestra el sujeto de menor edad fue de 27 años, el de mayor edad 61 años, la media de 43.3 y la DE de 10.9; en cuanto a la antigüedad laboral, la mínima en años laborados fue de 1 y la máxima de 29 años, con un promedio de 12.4 años y una DE de 11.2. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Estadística descriptiva de las variables en la población estudiada (17 sujetos, 6 mujeres y 11 hombres.)

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	D.E.
Cal. dominio clasificación	17	20	100	64.7	29.6
Cal. dominio cuadro clínico	17	20	100	69.4	28.3
Cal. dominio criterios ref.	17	20	80	52.9	18.6
Cal. dominio tratamiento	17	20	100	55.2	26.0
Calificación total	17	25	85	60.0	19.2
Edad (años)	17	27	61	43.2	10.9
Antigüedad laboral (años)	16	1	29	12.4	11.2

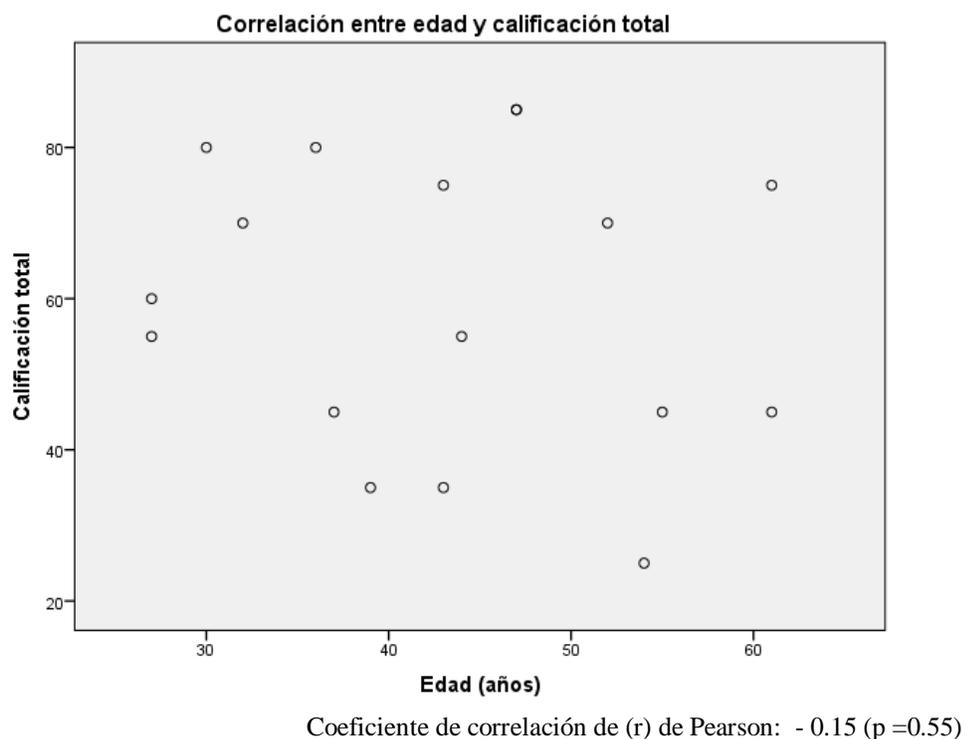
La información recolectada fue vaciada en una hoja del programa EXCEL para después ser analizada mediante el programa estadístico SPSS. (**versión**)

Al analizar las variables, edad en años y calificación total, se obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson - 0.15 ($p = 0.55$) que, siendo una correlación de 0, o próxima a 0, sugiere que no existe correlación lineal entre la edad en años de los sujetos estudiados y su calificación total en el instrumento (Figura 1)

Entre las variables antigüedad laboral y calificación total, se obtuvo un Coeficiente de correlación de Pearson de - 0.10 ($p = 0.96$), de igual manera indica que no existe correlación lineal entre dichas variables. (Figura 2)

Para analizar las variables de género y calificación total, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney que dio como resultado $P=0.40$ que se interpreta como que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre el género del sujeto estudiado y su calificación total.

Figura 1. Correlación entre edad en años y calificación total



DISCUSION

La Artritis Reumatoide es una enfermedad prioritaria de salud a nivel nacional e institucional, es deseable, entonces, su detección oportuna por parte de los MF y su pronta referencia a segundo nivel de atención, para confirmar el diagnóstico y otorgar el tratamiento, igualmente, oportuno.

Por ello, es de vital importancia conocer y poner en practica las actualizaciones en el diagnostico temprano, cuadro clinico, referencia a segundo nivel y manejo de esta patologia. Las ventajas del diagnóstico y manejo oportuno son aprovechar la ventana terapéutica, inducir la remisión y prevenir las complicaciones (secuelas); reducir la morbilidad e incluso facilitar el inicio de la terapia integral.

El amplio conocimiento de las graves consecuencias del retraso en el diagnóstico e instalación de un tratamiento temprano y adecuado por parte del reumatólogo, hace necesario proponer e instalar estrategias, para que el médico de primer contacto, envíe oportunamente el paciente al especialista.

En el año 2011, Cabrera Pivaral y cols, midieron la competencia de 144 médicos familiares de base para identificar y manejar la AR, en 5 de 23 Unidades de Medicina Familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Guadalajara, Jalisco.

Observaron que 16.7% lograron respuestas por azar, 20.1% registra un nivel de competencia clínica muy baja; 27.7%, una competencia clínica baja; 20.1% una competencia regular; 15.3% una competencia alta; no registraron ningún médico con una competencia muy alta.

Concluyen que el médico de primer contacto, tiene un nivel subóptimo en la competencia clínica, para el manejo de la AR.(15)

En nuestro estudio se encontró un nivel de conocimiento por arriba de la media con un 60.0%, obtenido luego de la aplicación de un cuestionario con items definidos; a pesar de la distribución no homogénea de las respuestas, y sin poder

encontrar una relación causal entre éstas y las variables estudiadas, no podemos determinar como “óptimo” o “excelente” la competencia de los MF que participaron en el estudio.

Varias razones posibles existen para que haya un retardo en la referencia temprana del paciente a un reumatólogo en AL, entre ellas: a) los pacientes minimizan el dolor músculoesquelético y no acuden al médico para un diagnóstico; **b) la mayoría de los médicos generales no identifican rápidamente a los pacientes con condiciones inflamatorias, retrasando la apropiada referencia al especialista;** c) hay pocos reumatólogos en el segundo y tercer nivel de atención médica, por lo que las citas son muy diferidas, los pacientes necesitan esperar mucho tiempo para ser atendidos. (5, 6)

En el Reino Unido, se llevó a cabo un estudio que se propuso investigar el tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas de AR o artritis indiferenciada y la primera consulta con el reumatólogo. Se definieron tres tipos de retraso:

2. Del médico general: el tiempo que transcurre entre la valoración del médico general y el envío a un reumatólogo; el tiempo promedio fue de 6.9 semanas, fue el más prolongado entre los 3 tipos de retraso. (5, 6)

CONCLUSION

Hay evidencias, entonces, que sugieren insistir en la búsqueda de una estrategia para que el MF adquiriera el conocimiento y mantenerlo actualizado sobre la ART.

En nuestro trabajo, se concluye una calificación de 60% de conocimiento y el dominio menos conocido fue el de criterios de referencia. El cual según las hipótesis se esperaba por debajo de la media por lo cual, debe incidirse sobre este punto, para reducir el tiempo que transcurre desde el inicio de los síntomas y la llegada al reumatólogo, enviado por el MF.

El trabajo debe de servir como referencia para otros ulteriores; uno es medir el tiempo que transcurre entre la primera vez que el MF atiende al paciente con AR hasta que llega con el reumatólogo, de ese modo evaluaríamos el impacto de nuestro estudio en nuestra unidad y, seguramente, en la comunidad médica.

RECOMENDACIONES

- Deben darse a conocer los criterios diagnósticos para AR temprana a Médicos de primer nivel de atención
- Recibir capacitaciones o talleres según las necesidades de cada Unidad de Medicina familiar
- Incidir en la importancia que tiene la referencia oportuna a segundo nivel.
- Referir a los pacientes de manera adecuada, según el cuadro clínico presentado y con los estudios de complementarios con los que se cuente en cada unidad
- Dar a conocer los puntos más importantes de la ART para lograr el buen manejo multidisciplinario del paciente.
- Mas de 3 articulaciones inflamadas, afección de las articulaciones metacarpofalángicas/metatarsofalángicas (MCF/MTF) con el signo del “apretón” positivo y rigidez matutina >30 minutos, en un paciente (comúnmente del género femenino) de la 3ª, 4ª década de la vida, con terreno genético propicio (ascendiente con enfermedad autoinmune), es el escenario clínico para el envío al reumatólogo, sobretodo, si se cuenta con: factor reumatoide positivo, proteína C reactiva y eritrosedimentación elevados.



Anexo I
Carta de no Inconveniencia

Tapachula, Chiapas a 01 de Marzo del 2019.

Estimado **Mtro. Francisco Escobar Díaz**, Presidente del Comité Local de Investigación en Salud 703 de la UMF 13 de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Por medio del presente me permito informar a Usted, que, en mi calidad de Director Médico del Hospital General de Zona No.1 con Medicina Familiar de Tapachula, Chiapas; que en relación al desarrollo del proyecto de investigación titulado:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE: CRITERIOS DE CLASIFICACION, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y CRITERIOS DE REFERENCIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TEMPRANA, POR PARTE DE LOS MÉDICOS FAMILIARES DE LA UMF #11 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE TAPACHULA, CHIAPAS”

A cargo de los Sigüientes Investigadores:

Investigador Responsable: Dr. Bogar Arturo Rodríguez Ruiz
Investigador Asociado: Dra. Ana Roselia Peña Juárez

Por parte de esta unidad, **NO Existe Inconveniencia**, para la realización de dicho proyecto en las instalaciones de nuestra unidad por parte del investigador, debido a que cumple con los criterios metodológicos y éticos aprobados por los profesores del **Curso de Especialización en Medicina Familiar, Asesor Metodológico y Temático**. Una vez que dicho proyecto, haya sido evaluado y aceptado por el **Comité Local de Investigación en Salud 703 y el Comité de Ética en Investigación en Salud 7038**, para lo cual agradeceré se me notifique dicha resolución (Dictamen) para otorgar las facilidades para el desarrollo del mismo.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE. “SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL”

ATENTAMENTE
DR. EDGAR CARRERA CAMACHO
DIRECTOR DE LA UMF NO. 11

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

"NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE: CRITERIOS DE CLASIFICACION, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y CRITERIOS DE REFERENCIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TEMPRANA, POR PARTE DE LOS MÉDICOS FAMILIARES DE LA UMF #11 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE TAPACHULA, CHIAPAS"

Patrocinador externo (si aplica):

No aplica

Lugar y fecha:

Julio de 2021, Tapachula, Chiapas

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

El siguiente estudio es para conocer el conocimiento en general que el personal de salud tiene acerca de ART en medicina familiar

Procedimientos:

Aplicación de encuesta

Posibles riesgos y molestias:

Se puede despertar ciertas emociones al contestar preguntas del cuestionario, dado que evalúan su nivel de conocimiento, y la disposición de tiempo prestado al responder cuestionario.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Conocerá el nivel de conocimiento acerca de la ART, uno de los temas prioritarios en salud por el impacto que refiere

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Los resultados se le darán a conocer de forma inmediata, y se asesorará en caso de haber alguna alteración.

Participación o retiro:

Voluntario

Privacidad y confidencialidad:

Se mantendrá toda su información dentro de la privacidad y confidencialidad del estudio.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Conocera su conocimiento acerca de ART, diagnóstico, tratamiento y criterios de referencia. Y se dará la capacitación pertinente

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

DR. BOGAR ARTURO RODRÍGUEZ RUIZ, DR. PAUL CONSTANTINO SANTIESTEBAN

Colaboradores:

DRA. ANA ROSELIA PEÑA JUAREZ

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP. 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

ANEXO 3 CUESTIONARIO:

Tapachula Chiapas a _____ de _____ de 2021

Género: _____ Edad _____ Facultad de Medicina de egreso _____, pública o privada? _____ Años de graduación _____ Años de antigüedad como Médico Familiar _____ Turno laboral _____ ¿En qué año acudio por ultima vez a algún curso de actualizacion en Reumatología? _____.

Favor de seleccionar respuesta que considere correcta.

I. CRITERIOS DE CLASIFICACION DE LA ARTRITIS REUMATOIDE TEMPRANA:

1. Los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología (ACR) de 1987, para AR, son útiles en:
 - a) AR de inicio temprano.
 - b) Solo los que tienen el factor reumatoide.
 - c) AR con bajo nivel de actividad.
 - d) AR establecida.
 - e) AR en remisión.
2. Los criterios de clasificación de la Liga Europea contra el Reumatismo y Colegio Americano de Reumatología (EULAR/ACR) del 2010, requieren por lo menos de:
 - a) Artritis de grandes articulaciones.
 - b) Menos de 6 semanas de evolución.
 - c) Fiebre y síntomas generales.
 - d) 2 articulaciones grandes afectadas (rodillas).
 - e) 6 a 12 semanas de evolución.
3. Los criterios ACR/EULAR requieren de:
 - a) 4 puntos de un total de 6.
 - b) Artritis en ambos géneros.
 - c) Una puntuación de 6 o más de un total de 10.
 - d) Erosiones óseas en las radiografías de manos y pies.
 - e) Anquilosis de carpos.
4. Anormalidades serológicas solicitadas en los criterios de ACR/EULAR:
 - a) FR positivo y Anticuerpos antinucleares positivos.
 - b) Antiestreptolisinas, FR y anticuerpos antinucleares positivos.
 - c) Anticuerpos antinucleares, anti-DNA nativo y FR positivo.
 - d) FR positivo, Proteína c reactiva positiva y ácido úrico.
 - e) FR y anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados.
5. Reactantes de fase aguda incluidas en los criterios de ACR/EULAR:
 - a) Proteína C reactiva, trombocitosis y sedimentación globular (VSG) acelerada.
 - b) C3, C4 y proteína A del amiloide.
 - c) VSG, anemia y leucocitosis.
 - d) Proteína C reactiva positiva y VSG acelerada.
 - e) Proteína c reactiva, VSG e hiperuricemia.

II. CUADRO CLINICO DE LA AR TEMPRANA

1. Se sospecha AR temprana en un paciente con:
 - a) Artritis en carpos, manos (metacarpofalángicas, interfalángicas proximales) y rigidez articular matutino (RAM) de >30 minutos.
 - b) Signo de Tinel y Phalen positivo.
 - c) Fiebre mayor de 38 grados C
 - d) Signo del "apretón" positivo
 - e) Inflamación aguda de la primera articulación metatarsfalángica.

2. El signo de MORTON consiste en:
 - a) Eritema sobre las articulaciones MCF e IFP.
 - b) Aumento de la temperatura en las articulaciones inflamadas.
 - c) Aumento de volumen de carpos.
 - d) Dolor exquisito al comprimir las articulaciones MCF y MTF.
 - e) Atrofia de eminencias tenar.
3. Una vez realizado el diagnóstico de AR temprana, ¿Qué protocolo de estudio debería realizarse?
 - a) Historia clínica completa, BHC, transaminasas, perfil de lípidos y EGO.
 - b) Historia clínica completa, análisis del líquido sinovial, ácido úrico y química sanguínea.
 - c) Historia clínica completa, tele de tórax y EKG.
 - d) Historia clínica completa y ultrasonido de articulaciones de las manos.
 - e) Historia clínica completa, AEL y exudado faríngeo.
4. El diagnóstico diferencial en un paciente con poliartritis incluye:
 - a) Infección, LES y paraneoplasia.
 - b) Osteoartritis.
 - c) Gota tofácea
 - d) Fiebre reumática crónica
 - e) Hipertiroidismo.
5. Instrumento que evalúa el nivel de actividad inflamatoria de la AR:
 - a) HAQ-Di
 - b) Mex SLEDAI
 - c) DAS 28
 - d) Womac
 - e) BASMI

III. LOS CRITERIOS DE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE LA AR TEMPRANA.

1. ¿En qué momento se debe enviar a un paciente con AR temprana con el reumatólogo?
 - a) Cuando haya dolor de rodillas y FR positivo.
 - b) Si el paciente tiene dolor bajo de espalda.
 - c) Cuando haya sospecha de enfermedad articular inflamatoria.
 - d) Si el paciente usa esteroides.
 - e) Cuando haya nódulos reumatoide.
2. ¿Qué paciente debe ser referido a una evaluación por el reumatólogo?
 - a) Los mayores de 50 años de edad.
 - b) Los que presenten artritis de 3 o mas articulaciones en los primeros 6 años.
 - c) Aquellos que tengan títulos elevados de AEL.
 - d) Los que presenten artritis de 3 o mas articulaciones entre 6 y 12 semanas de evolución.
 - e) Cuando haya dermatosis generalizada y caída del cabello en la post-menopausia.
3. Después del diagnóstico de AR temprana ¿En qué momento se refiere al paciente a segundo nivel?
 - a) Cuando no se tolera el tratamiento con AINEs
 - b) Si hay infección grave/complicada.
 - c) Si usan esteroides a dosis altas.
 - d) Cuando se detecta anemia leve a moderada.
 - e) Si hay ojo y boca seco.

4. Se enviará al paciente con AR en control con el MF a segundo nivel si presenta:
 - a) Debilidad generalizada y hallux valgus bilateral.
 - b) Proteína c reactiva negativa y VSG acelerada.
 - c) Leucocituria
 - d) Disestesias, parestesias y disminución de la fuerza en extremidades.
 - e) Síndrome de Cushing.
5. Qué característica de la artralgia sugiere riesgo de desarrollar AR, EXCEPTO?
 - a) Localizada en MCF
 - b) RAM >60 minutos
 - c) Acompañada de crepitación y deformidad de rodillas.
 - d) Dificultad para empuñar
 - e) Presencia de un familiar con AR

IV: ESTRATEGIA TERAPEUTICA ADECUADA DE LA AR TEMPRANA.

1. El manejo no farmacológico de la AR incluye:
 - a) Ejercicio aeróbico de alto impacto.
 - b) Tomar en consideración las necesidades individuales del paciente, mediante el involucro de un equipo multidisciplinario.
 - c) El uso de la acupuntura.
 - d) Recomendar ultrasonido, electroestimulación y magnetoterapia.
 - e) Envío a Psiquiatría
2. El tratamiento farmacológico de la AR evidencia:
 - a) Los AINE se emplean únicamente para disminuir los síntomas de dolor e inflamación en artritis reumatoide.
 - b) El piroxicam es superior a diclofenaco sódico.
 - c) Se deben combinar AINEs y glucocorticoides por tiempo breve.
 - d) No se deben usar los bloqueadores de la ciclooxigenasa 2.
 - e) El metamizol es superior al paracetamol.
3. Qué tipo de AINE se debe usar en el tratamiento de la AR temprana:
 - a) Solo naproxen y piroxicam
 - b) Únicamente los bloqueadores de la ciclooxigenasa 2
 - c) Cualquier AINE debe utilizarse a dosis máxima.
 - d) Cualquier AINE solo en los pacientes con FR positivo.
 - e) Cualquier AINE combinado con ranitidina.
4. En AR temprana se sugiere el uso de glucocorticoides:
 - a) En dosis superiores a 1 mg/kg/día
 - b) En pulsos IV
 - c) Se prefiere deflazacort sobre prednisona.
 - d) Siempre combinados con un AINE.
 - e) En dosis de 7.5 a 10 mg/día por no más de 3 meses.
5. El uso de FARME (Fármacos Anti-reumáticos Modificadores de la Enfermedad) en la AR temprana:
 - a) El retraso en su inicio se asocia con mayor daño radiológico y mal pronóstico funcional.
 - b) Provoca reacciones adversas graves si se combina con glucocorticoides.
 - c) Los pacientes con factores de riesgo de mal pronóstico los deben iniciar después de 12 meses de diagnóstico.
 - d) Está indicado cuando haya erosiones radiográficas.
 - e) La sulfasalazina es la droga de elección en todos los pacientes.

ANEXO 4: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MARZO- MAYO 2019	JUNIO- DICIEMBRE 2019	ENERO- AGOSTO 2020	SEPTIEMBRE- DICIEMBRE 2020	JULIO- AGOSTO 2021	SEPTIEMBRE 2021	OCTUBRE 2021	ENERO- FERERO 2022
DELIMITACION DEL TEMA	X							
RECUPERACION, REVISION Y SELECCIÓN BIBLIOGRAFICA		X						
ELABORACION DEL PROTOCOLO			X					
PRESENTACION A COMITÉ DE INVESTIGACION				X				
RECOLECCION DE INFORMACION					X			
ANALISIS DE RESULTADOS						X		
ESCRITURA DEL REPORTE FINAL							X	
OTRAS ACTIVIDADES (DIFUSION, PUBLICACION, PRESENTACION)								X

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Smolen J.S., Aletaha D., McInnes I.B.: Rheumatoid Arthritis. *Lancet* 2016;388:2023-38.
2. Pelaez-Ballestas I., Sanin L.H., Moreno Montoya J, y cols.: Epidemiology of the Rheumatic Diseases in Mexico. A Study of 5 Regions Based on the COPCORD Methodology. *J Rheumatology* 2011;38 Suppl 83:3-6.
3. Ramírez L.A., Rodríguez C. y Cardiel M.H. Burden of illness of rheumatoid arthritis in Latin America: a regional perspective. *Clin Rheumatol* 2015;34(suppl1):S9-S15
4. Loyola-Sánchez A., Richardson J., Pelaez-Ballestas I. y cols. The impact of arthritis on the physical function of a rural Maya-Yucateco community and factors associated with its prevalence: a cross sectional, community-based study. *Clin Rheumatol* 2016;35(suppl):25-34.
5. Yelin E. Economic burden of rheumatic diseases. In: Firestein GS, Budd R, Gabriel SE (eds) *Kelly's textbook of rheumatology*, 9th edn. Elsevier, Philadelphia, pp 440-451.
6. Henrique Da Mota L.M., Viegas B.C., Penelope P., y cols. Rheumatoid Arthritis en Latin America: the importance of an early diagnosis. *Clin Rheumatol* 2015;34(suppl1):S29-S44
7. Stack RJ, Nightingale P, Jinks C, y cols: Delays between the onset of symptoms and first rheumatology consultation in patients with rheumatoid arthritis in the UK: an observational study. *BMJ Open* 2019;9:e024361
8. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, y cols. 2010 Rheumatoid Arthritis Classification Criteria. *Arthritis Rheum* 2010;62:2569-2581.
9. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA y cols. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988;31:315-324
10. Emery P, Breedveld FC, Dougados M y cols. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis* 2002;61:290-297.
11. Zvaifler NJ, Corr M. The Evaluation and Treatment of Rheumatoid Arthritis. In: Koopman WJ, Moreland LW (eds) *Arthritis and Allied Conditions*. Lippincott Williams & Wilkins, 2005, pp 1249-1250.
12. Smolen JS, Breedveld FC, Burmester GR, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2016;75:3-15.
13. Burmester GR, Pope JE. Novel treatment strategies in rheumatoid arthritis. *Lancet* 2017; 389: 2338-48.
14. Pacheco-Tena CF, Reyes-Cordero GC. Artritis Reumatoide Temprana. De Introducción a la Reumatología. Martínez-Elizondo P, (editor), 6ta edición, 2017, pp 241-247
15. Cabrera-Pivaral CE, Alonso Reynoso C, Velázquez Villegas ML y cols. Evaluación de la competencia para el tratamiento de la artritis reumatoide por médicos de primer contacto. *Rev Alergia Mex* 2011;58(4):185-191