



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN  
PRIMARIA SOBRE FIBROMIALGIA EN  
ESTABLECIMIENTOS DE LAS REDES DE SALUD  
DE LAMBAYEQUE-CHICLAYO, 2019**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR:**

**BACH. JUAN JOSÉ QUESQUÉN ISIQUE**

**ASESOR:**

**DRA. BLANCA SANTOS FALLA ALDANA**

**LAMBAYEQUE-PERÚ**  
**2019**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN  
PRIMARIA SOBRE FIBROMIALGIA EN  
ESTABLECIMIENTOS DE LAS REDES DE SALUD  
DE LAMBAYEQUE-CHICLAYO, 2019**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

---

**BACH. JUAN JOSÉ QUESQUÉN ISIQUE**  
**AUTOR**

---

**DRA. BLANCA SANTOS FALLA ALDANA**  
**ASESORA**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN  
PRIMARIA SOBRE FIBROMIALGIA EN  
ESTABLECIMIENTOS DE LAS REDES DE SALUD  
DE LAMBAYEQUE-CHICLAYO, 2019**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**APROBADO POR EL JURADO**

---

**Dr. VICTOR ALBERTO SOTO CACERES**  
**PRESIDENTE DEL JURADO**

---

**Dr. JAIME YSRAEL SALAZAR ZULOETA**  
**SECRETARIO DEL JURADO**

---

**Dr. JORGE ENRIQUE MONTENEGRO PEREZ**  
**VOCAL DEL JURADO**

---

**Dr. JUAN ANTONIO SALAZAR HUERTA**  
**SUPLENTE DEL JURADO**

## **DEDICATORIA**

A mis padres **Luisa Isique Silva y Juan Quesquén Neciosup**, las personas más luchadoras que existen, siempre me han demostrado que con sacrificio y perseverancia se consiguen grandes cosas.

A mis hermanos **Vanessa, Sara, Cristian**, a mi sobrina **SARA**.

A mis abuelos, que me guían, se han convertido en seres muy especiales.

**Juan José Quesquén Isique**

## **AGRADECIMIENTO**

A **DIOS** por guiar mi vida y por permitirme tener a los seres que más quiero aún conmigo, el motivo por el cual empecé esta hermosa carrera.

A la **Dra. Blanca Falla Aldana**, asesora, por su orientación metodológica en el proceso de investigación.

Al **Dr. Néstor Rodríguez Alayo**, por su apoyo en la elaboración del informe.

Al **Dr. Pablo Puestas Sánchez**, por su apoyo en la validación del instrumento usado para esta tesis.

A los Dres. **Luis Humanchumo Vera, Cesar Caballero Zerpa, Carlos Quevedo Cruzatte, Salvador Oyola Morales Y Percy Clavijo Ticona**, quienes con su amplia experiencia en el tema, evaluaron el instrumento utilizado para esta tesis.

A los **DOCENTES** de la facultad de Medicina UNPRG, por sus valiosos conocimientos y consejos.

Muchas gracias y que Dios los bendiga.

**Juan José Quesquén Isique**

## INDICE

DEDICATORIA .....	4
AGRADECIMIENTO .....	5
RESUMEN .....	7
ABSTRACT.....	8
I. INTRODUCCIÓN .....	9
II. BASE TEÓRICA.....	13
III. ANTECEDENTES.....	20
IV. MATERIAL Y MÉTODOS.....	29
V. RESULTADOS .....	35
VI. DISCUSIÓN.....	41
VII. CONCLUSIONES .....	46
VIII. RECOMENDACIONES.....	48
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. ....	50
ANEXOS .....	55

## RESUMEN

**Objetivo:** Valorar el nivel de conocimiento de los médicos de atención primaria sobre Fibromialgia. **Método:** Estudio descriptivo, prospectivo y transversal en 94 médicos de las redes de salud de Lambayeque (46) y Chiclayo (48) durante el primer trimestre del 2019. Mediante una encuesta consignaron información personal-laboral y resolvieron un cuestionario 11 preguntas elaboradas con criterios del colegio Americano de reumatología, validado por expertos, médicos especialistas: 2 Reumatólogos, 2 Internistas y uno en Medicina física y Rehabilitación, con un Alfa de Cronbach de 0.78. Cada pregunta vale 1 punto, cuya calificación del nivel de conocimientos es deficiente (>3), regular (4-6), bueno (7-9) y excelente (10-11 puntos). Para procesar datos se utilizó el software estadístico SPSS versión 24. **Resultados:** El nivel de conocimientos que predomina en los médicos de la Red Chiclayo fue regular 43.8% y en la Red Lambayeque fue bueno 56.5%. El conocimiento de los signos y síntomas fue 45.7%, para diagnosticar 55.4% y para tratar a un paciente con Fibromialgia 59.8%. No existe asociación significativa entre los niveles del conocimiento sobre Fibromialgia con el tiempo de ejercicio como médico en atención primaria y capacitación después de egresar de la universidad. **Conclusión:** El nivel de conocimiento predominante en los médicos de atención primaria de las redes de salud de Lambayeque y Chiclayo es bueno en un 46% del global.

**Palabras Clave:** Fibromialgia, nivel de conocimientos, médicos.

Fuente: CS BIREME.

## ABSTRACT

**Objective:** To assess the level of knowledge of primary care physicians about fibromyalgia. **Method:** Descriptive, prospective and cross-sectional study in 94 physicians from the health networks of Lambayeque (46) and Chiclayo (48) during the first quarter of 2019. Through a survey, they recorded personal-labor information and resolved a questionnaire. 11 questions elaborated with school criteria. American rheumatology, validated by experts, medical specialists: 2 Rheumatologists, 2 Internists and one in Physical Medicine and Rehabilitation, with a Cronbach's Alpha of 0.78. Each question is worth 1 point, whose level of knowledge is poor (>3), regular (4-6), good (7-9) and excellent (10-11 points). The SPSS statistical software version 24 was used to process data. **Results:** The level of knowledge that predominates in the physicians of the Chiclayo Network was regular 43.8% and in the Lambayeque Network 56.5% was good. The knowledge of the signs and symptoms was 45.7%, to diagnose 55.4% and to treat a patient with fibromyalgia 59.8%. No there is a significant association between levels of knowledge about fibromyalgia and the time of exercise of the medical profession in primary care and training after leaving university. **Conclusion:** The predominant level of knowledge in primary care physicians of the health networks of Lambayeque and Chiclayo is good in 46% of the global

**Keywords:** Fibromyalgia, level of knowledge, doctors

FUENTE: Me SH NLM.



# **I. INTRODUCCIÓN.**

## **I. INTRODUCCIÓN.**

Hace 26 años que la Organización Mundial de la Salud reconoció a la Fibromialgia, incorporándola como entidad clínica en la clasificación internacional de enfermedades. La Fibromialgia afecta entre 2 y 5 % de la población mundial y es la tercera causa de consulta en reumatología, después de la artritis y osteoartritis (1). Este padecimiento muestra mayor incidencia en mujeres (7 de cada 10 casos); respecto a la edad, tiene más impacto entre 25 y 50 años (1,2).

Es poco conocido en la población y mal entendido por los especialistas de la salud, y es que estos pacientes reciben su diagnóstico después de haber consultado en promedio a siete especialistas, durante un periodo de tres y cuatro años, debido a que se desconoce su etiología (2). El sistema de salud en los Estados Unidos se ve afectado severamente ya que se ha reportado que el costo anual es de aproximadamente \$9,000 dólares por paciente (3), actualmente nuestra región no cuenta con datos estadísticos del costo anual en el tratamiento de esta patología.

En el distrito de Lambayeque la prevalencia de Fibromialgia es de 4,2% y en el distrito de Chiclayo, es de 2,99 % según un estudio realizado el 2015, dentro de los cuales, el 66,3 % fueron mujeres. (4).

La Fibromialgia además de los dolores osteomusculares, suele acompañarse de otros síntomas como fatiga, trastorno del sueño, cefalea, síndrome del intestino irritable, déficits cognitivos y síntomas depresivos y de ansiedad; los cuales afectan la calidad de vida de los sujetos que padecen esta enfermedad. Este

complejo cuadro sintomatológico puede llevar algunas veces a los profesionales de salud a un diagnóstico erróneo o atribuir los síntomas a otras condiciones patológicas que presentan una sintomatología similar (5).

## **PROBLEMA.**

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los médicos de atención primaria sobre Fibromialgia en establecimientos de las redes de salud de Lambayeque y Chiclayo en el año 2019?

## **OBJETIVO GENERAL.**

Valorar el nivel de conocimiento de los médicos de atención primaria sobre Fibromialgia en establecimientos de las redes de salud de Lambayeque y Chiclayo año 2019.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

1. Comparar el nivel de conocimientos sobre Fibromialgia entre la procedencia de los médicos de atención primaria de las Redes de Chiclayo y Lambayeque.
2. Determinar el nivel de conocimientos de signos y síntomas, para diagnosticar y tratar a un paciente con Fibromialgia en los médicos de atención primaria de las Redes de Chiclayo y Lambayeque
3. Relacionar el tiempo de servicio como médico en atención primaria con el nivel de conocimiento sobre Fibromialgia en las Redes de salud de Lambayeque y Chiclayo.

## **JUSTIFICACION E IMPORTANCIA**

La Fibromialgia es una enfermedad crónica caracterizada por dolor persistente e incapacidad, que el diagnóstico y tratamiento continúan presentando un desafío, y los pacientes se envían a menudo a las consultas de otros especialistas. Las investigaciones exhaustivas, la prescripción de múltiples drogas para tratar los diferentes síntomas, los retrasos en el diagnóstico, y el aumento de la invalidez, necesita de un conocimiento más profundo y un tratamiento basado en el médico de la atención primaria (6).

Debido a la ausencia de afección orgánica específica demostrable, la carencia de una prueba diagnóstica confirmatoria objetiva, la relación con problemas psicopatológicos y el gran impacto en los recursos sanitarios, la Fibromialgia suele generar con facilidad situaciones clínicas conflictivas y discusiones científicas polémicas. La gran heterogeneidad en la expresión clínica, junto con la falta de instrumentos estandarizados para clasificar los distintos síntomas y presentaciones clínicas, contribuye aún más al desasosiego y, en ocasiones, la impotencia que surge al atender a los pacientes (7).

El procedimiento se hace mediante exclusión, es decir, se van descartando posibles enfermedades pues en este caso no hay ningún estudio de laboratorio que determine la presencia de la Fibromialgia.

Es por esto que la presente investigación se realizó para evaluar el nivel de conocimiento de los médicos de atención primaria sobre Fibromialgia en establecimientos de la Redes de salud de Lambayeque y Chiclayo en el año 2019 y sirva como instrumento para concientizar a todos los médicos sobre esta patología cada vez más común.

## **II. ANTECEDENTES.**

## II. ANTECEDENTES.

**Mohammad A. y Hazazi A.** (8) realizaron en Arabia Saudita 2018 un estudio denominado “Evaluación del conocimiento del personal de salud sobre la Fibromialgia” una encuesta on-line a personal de salud (104), de distintas regiones del país. Se evaluó el conocimiento sobre la Fibromialgia, además de los síntomas clínicos, sus diagnósticos y tratamientos. Se llegó a la conclusión que la comprensión acerca de la Fibromialgia entre personal de salud en Arabia Saudita era escaso.

**Able S. y Cols.** (9), en Estados Unidos; efectuaron la investigación llamada “Variaciones en el manejo de la Fibromialgia según la especialidad del médico: reumatología versus atención primaria-2016”, cuyos datos fueron recogidos mediante encuestas en oficinas y entrevistas telefónicas. Incluyeron reumatólogos (54), médicos generales (25) y un grupo heterogéneo de especialistas de medicina física, psiquiatría, neurología, obstetricia y ginecología, osteopatía o una especialidad no especificada (12). Dentro de los hallazgos, los reumatólogos coincidieron en señalar una mayor confianza en el diagnóstico de Fibromialgia (4.5 en una escala de cinco puntos) que los médicos generales (4.1). Todos coincidieron en reconocer la responsabilidad de la Fibromialgia. Asimismo, fueron unánimes en señalar que los aspectos psicológicos de la Fibromialgia son trascendentes. Todos confiaban más en prescribir medicamentos que en terapias alternativas. Llegan a concluir que el tratamiento de la Fibromialgia aún tiene una variación importante dependiendo de las especialidades médicas.

**Clark P. y cols.** (10), en México; en cuyo estudio denominado “Una encuesta de pacientes y médicos sobre la Fibromialgia en América Latina y Europa-2013”, se encuestaron a 900 pacientes (300 de Latinoamérica, 600 de Europa) y 1824 médicos (604 de Latinoamérica; 1220 de Europa). A los pacientes y los médicos (médico de cabecera o especialistas) se les dieron cuestionarios separados sobre síntomas, impacto y manejo de la Fibromialgia. Se obtuvieron resultados comparando Latinoamérica versus Europa. Los médicos (de cabecera o especialistas) de Latinoamérica regularmente notificaron sobre sus pacientes dificultades para conciliar el sueño, para concentrarse; reportaron además ansiedad, entumecimiento/hormigueo, depresión y calambres en las piernas demasiado dolorosos en comparación con lo reportado por sus colegas europeos. Como conclusión, se aceptó que la percepción y el impacto de enfermedades evaluadas por pacientes y médicos fueron frecuentemente mayores en Latinoamérica que en Europa.

**Perrot S. y cols.** (11), en Estados Unidos, durante un estudio denominado “Encuesta de experiencias y percepciones médicas sobre el diagnóstico y tratamiento de la Fibromialgia-2012”, realizaron encuestas a 1622 médicos europeos (Francia, Alemania, Italia, Países Bajos, España, Reino Unido), México y Corea del Sur. Los especialistas encuestados incluyeron médicos generales (809) e igual número de especialistas reumatólogos, neurólogos, psiquiatras y especialistas en dolor. Se concluyó que la mayoría (> 80%) había examinado a un paciente con Fibromialgia en los últimos 2 años; 53% de los médicos indicaron tener problemas para diagnosticar la Fibromialgia; 54% advirtió que su preparación en la Fibromialgia no era adecuada y el 32% creyó que no conocía la enfermedad. La comprensión de los criterios de clasificación por Colegio

Americano de Reumatología cambió desde 32% para los psiquiatras hasta 83% en los reumatólogos, el 79% sostuvo que requería más tiempo para identificar la Fibromialgia; 38 % no tenía confianza en reconocer sus síntomas, y 48% temía no diferenciarla de las condiciones con similares síntomas; 37 % no creyó poder desarrollar un tratamiento, y 37% desconfiaba en tratar pacientes con Fibromialgia a largo plazo. En conclusión, se necesita mejorar en la capacitación sobre Fibromialgia e implementar iniciativas para optimizar en gran medida la muy necesaria comunicación médico-paciente.

**Acuña F. y cols. (12)**, en Chiclayo -2016, realizaron un estudio denominado “Conocimientos de Fibromialgia en médicos de atención primaria”, fueron evaluados 145 médicos utilizando un cuestionario, como resultados: un logro de acierto sobre diagnóstico 41,1% mientras que en tratamiento fue 65%; solo el 2,8% identificaron más de 11 puntos dolorosos; el 54,5% respondieron que “el diagnóstico es clínico y los exámenes son para el diagnóstico diferencial”; 46,1% médicos del Ministerio de Salud y 28,3% de los del Seguro Social de Salud respondieron cabalmente sobre criterios diagnósticos; el 65,7% respondieron que la psicoterapia, la pregabalina y el ejercicio aeróbico eran la tríada terapéutica más eficaz, Como conclusión, el conocimiento en diagnóstico y tratamiento de la Fibromialgia en médicos generales de la ciudad de Chiclayo es deficiente.

**Blotman F y cols. (21)** realizaron el estudio “conocimientos y conocimientos de la Fibromialgia entre los reumatólogos y médicos generales franceses” mediante un autocuestionario evaluaron el nivel de conocimientos de los médicos generales y reumatólogos franceses sobre Fibromialgia y analizaron su enfoque



terapéutico, con los siguientes resultados: el 23% de reumatólogos y el 33% de médicos generales consideraron a la Fibromialgia como una enfermedad, con una precisión en el diagnóstico de 94% por parte de los reumatólogos y 79.1 % por parte de los médicos generales. El 93.7 % de los médicos generales habían manifestado no recibir capacitación previa y 73.7% por parte de los reumatólogos, concluyendo que la falta de capacitación en la escuela de medicina sobre Fibromialgia continua, existiendo una necesidad urgente de iniciar la capacitación desde las escuelas de formación médica.

**Kamoun S y cols (22)** mediante el estudio “Evaluación del conocimiento de la Fibromialgia en Túnez” mediante el uso de un cuestionario realizado en una muestra significativa de médicos tunecinos, se valoró los niveles de conocimientos sobre Fibromialgias. Los resultados mostraron que el 26.7% de médicos reconocieron la Fibromialgia como una entidad clínica, el 48 % de los encuestados lograron reconocer los 11 puntos dolorosos o gatillos según el Colegio Americano de Reumatología, y el 68.1% del total de los encuestados lograron reconocer los signos y síntomas diversos para esta patología. En conclusión los médicos encuestados conocen acerca del tema de Fibromialgia, a pesar que no está incluida dentro de esquema de las instituciones de formación médica.

**Marrero J. y cols (23)** mediante el estudio “Fibromialgia en el Trabajo: explorando su impacto en el desempeño laboral” investigación cualitativa exploratoria que se examinó la experiencia de Fibromialgia en el ámbito laboral y como incide en el desempeño de las personas utilizando el modelo de demandad y recursos laborales como entender como estas afectan en la

efectividad en el trabajo de las personas con Fibromialgias, encontrando como resultado que la Fibromialgia tiene un efecto negativo en el desempeño de tareas, principalmente si estas requerían de esfuerzo físico o continuidad en una misma postura por largos periodos. Además de que el ambiente incide en la sintomatología y esta su vez en el desempeño de las funciones.

**Ferreyr A, Do Carmo A, Do Oliveira B, De Melo P (24)** mediante el estudio titulado “Estudio sobre los factores asociados al impacto de la Fibromialgia en la calidad de vida” se buscó evaluar los factores que se asocian al impacto de la Fibromialgia e la calidad de vida de mujeres con esa condición, participaron 34 personas con Fibromialgia y 21 controles sanos, aplicaron el instrumento McGill, índice de religiosidad de Duke, índice de calidad de sueño de Pittsburgh, y el cuestionario e impacto de Fibromialgia, resultando que las pacientes con Fibromialgia presentaron niveles superiores de dolor, peor calidad de sueño, mayor índice de incapacidad en relación a los controles. Concluyendo que la evaluación de los individuos con Fibromialgia debe ser realizada en forma multidimensional.

**Megia A, Serrano D, Bravo E, Ando S (25)** mediante el estudio “Efectos analgésicos de la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea en pacientes con Fibromialgia: una revisión sistemática” mediante una revisión sistémica con el objetivo de determinar si la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) tiene un efecto analgésico mayor que el placebo u otros tratamientos en pacientes con Fibromialgia, seleccionaron 8 estudios al azar de un total de 62, obteniendo como resultados que 6 de los 8 estudios obtuvieron una disminución significativa del dolor, en 2 estudios aplicaron TENS como tratamiento

complementario al ejercicio terapéutico con resultados que evidenciaron una disminución del dolor. Concluyendo que el tratamiento con TENS es eficaz para reducir el dolor en personas con Fibromialgia, además la inclusión de TENS en los programas de ejercicio terapéutico parece tener un efecto mayor que la práctica del ejercicio terapéutico de forma aislada.

### **III. BASE TEÓRICA.**

### **III. BASE TEÓRICA.**

El dolor, definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), aquella experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a un daño tisular real o potencial (8). Los estímulos que causan el dolor son detectados por los receptores nociceptores, los cuales son identificados como fibras C y fibras A δ. Estos responden a estímulos selectivos. (9)

El proceso neural de la transmisión comprende la transducción que viene a ser el proceso por el cual un estímulo nociceptivo es convertido en señal eléctrica en los nociceptores, la transmisión es el proceso por el cual los estímulos nociceptivos son referidos al asta dorsal de la medula espinal, donde se liberan los neurotransmisores del dolor como son el glutamato y la sustancia P, péptido relacionado al gen de la calcitonina. Seguidamente el estímulo cruza al lado contralateral de la medula espinal y viaja en el haz espinotalámico hasta el tálamo y luego a la corteza cerebral (10). La modulación es el proceso por el cual la señal nociceptiva en el asta dorsal de la medula espinal puede ser inhibida y modificada para los centros superiores del dolor (11).

Según la IASP podemos definir al dolor por su tiempo de duración en dolor agudo y crónico. Dolor agudo es aquel de instalación reciente y presenta una duración menor a 3 meses. El dolor crónico persiste a la causa original y permanece por más de 3 a 6 meses o se extiende más allá del período de curación de una lesión (13).

El dolor crónico clasificado por la OMS como una enfermedad propiamente dicha, y no un síntoma de otra patología, es un problema multifactorial que incluye componentes tanto físicos como psicológicos, como ansiedad, movilidad

reducida, alteraciones del sueño y del apetito y depresión. Estos síntomas están relacionados con una reducción demostrable de la calidad de vida de los pacientes y a una limitación de su desempeño laboral y de la función social y requieren del uso frecuente de recursos sanitarios, todo lo cual contribuye a generar una carga socioeconómica importante. En concreto, el dolor y la discapacidad asociada a los trastornos musculoesqueléticos tienen un efecto negativo sobre la calidad de vida y constituye una de las principales causas de absentismo laboral. (14).

La Fibromialgia es una enfermedad crónica que cursa con dolor, rigidez y sensibilidad en músculos tendones y articulaciones. Anteriormente se le conocía como Fibrositis, pero al no haberse demostrado la presencia de una inflamación periférica, se adoptó el nombre actual (15). Fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud en el año 1992 y por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) en 1994 (16).

Es una enfermedad habitual en el 2%-6% de la población general, con más preponderancia en mujeres que en hombres (más del 75%), asimismo suele manifestarse a cualquier edad, aun en niños y adolescentes con ocurrencia máxima en el grupo etario de entre 25-50 años (15). No se conoce a ciencia cierta su etiopatogenia, pero hay evidencia de variaciones neurofisiológicas. Utilizando técnicas de imagen se pudo determinar su rol amplificador del dolor en el sistema nervioso central; además de confirmar anomalías a nivel periférico, en el sistema simpático, y en el sistema de respuesta al estrés (eje hipotálamo-hipófisis-adrenal) (17).

Hay múltiples factores asociados a su etiología, entre lo que destacan: genéticos (pacientes con familiares de primer grado con diagnóstico de Fibromialgia, tiene 8 veces más probabilidades de padecer esta patología), factores estresantes y ambientales (pacientes sometidos a estrés continuo, infecciones que provoquen elevadas temperaturas), y periodos prologados en cama, proporcionan una mayor incidencia de esta enfermedad (18).

La fisiopatología de la Fibromialgia implica una serie de factores, incluidas anomalías en el sistema nervioso autónomo y neuroendocrino, factores genéticos, variables psicosociales y estrés medioambiental. Estos factores están implicados en otros trastornos que frecuentemente coexisten con Fibromialgia y también se caracterizan por un dolor persistente o recurrente, como el Síndrome de Intestino Irritable, trastorno témporo mandibular, trastorno afectivo mayor o trastornos de ansiedad. La Fibromialgia también puede ocurrir simultáneamente con enfermedades inflamatorias crónicas tales como la artritis reumatoide (AR), osteoartritis y lupus eritematoso sistémico. La presencia de una o más de estas condiciones coexistentes pueden complicar el diagnóstico y el tratamiento de la Fibromialgia. La transmisión de información sensorial al cerebro es inhibida por la activación de las fibras que descienden del tronco cerebral al asta dorsal, principalmente a través de la liberación de neurotransmisores asociados con las variaciones en el dolor y el estado de ánimo (por ejemplo, norepinefrina y serotonina). Entre las personas con Fibromialgia, la función de este sistema de inhibición del dolor endógeno puede verse afectada por las deficiencias en los niveles de estos neurotransmisores en el SNC. (17)

Las características clínicas más comunes de esta patología son en su mayoría conformadas: dolor crónico, como síntoma cardinal de esta enfermedad, tipo quemante, profundo e incapacitante. Desordenes del sueño, creando un círculo vicioso junto al sueño, ya que según estudios guardan una estrecha relación entre ambos. Dificultades cognitivas, según estudios está presente 50-90% de los pacientes con diagnóstico de esta patología, presentando problemas de memoria, dificultad para el lenguaje, déficit de atención. Déficit neurológico, presente en un aproximado del 95% de pacientes con esta patología. La suma de estos síntomas presentes en la mayoría de pacientes con este diagnóstico, afectan notablemente su calidad de vida, incluso peor que en pacientes con patologías diferenciales. (15).

La Fibromialgia se diagnostica sobre la base de los síntomas característicos y la exclusión de otras enfermedades que pueden conducir al mismo patrón de síntomas. Aunque la Fibromialgia es la más común de las enfermedades crónicas de dolor generalizado, a menudo es subdiagnosticado. El diagnóstico de la Fibromialgia se ha demostrado que aumenta la satisfacción del paciente y reduce la utilización de asistencia sanitaria. La evaluación de la Fibromialgia se basa en los criterios del American College of Rheumatology (ACR) (18).

El Colegio Americano de Reumatología, establece como punto de partida para el diagnóstico de esta patología, el aspecto clínico, asociados a los criterios diagnósticos establecidos en el años 1990, que consideraban la presencia de dolor crónico (duración mayor a 3 meses), más la presencia de 11 puntos doloroso de los 18 establecidos, con una posterior publicación en el año 2010 la cual califica el índice generalizado de dolor y la escala de gravedad de los síntomas establecidos, con valides a la actualidad las dos publicaciones,



habiendo discrepancias, que más a una separación conllevaría a una unión de ambos criterios diagnósticos. No se cuenta con prueba de laboratorio ni de imágenes que estén obligadas a realizarse para el diagnóstico (18).

Las pruebas de laboratorio, como hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, TSH, T3, T4, CPK, vitamina D, PCR, función renal y pruebas de función hepática son necesarios para descartar otros trastornos. Los rayos X, análisis de sangre, medicina nuclear, tomografía computarizada y la biopsia muscular son normales en los casos de Fibromialgia (18).

Actualmente la Fibromialgia no cuenta con una cura definitiva, el tratamiento está dirigido a menguar los síntomas, por lo tanto este debe ser completo y multidisciplinario, que consista en disminuir el dolor, mejorar el sueño, y restaurar el estado físico, emocional y la función mental, que conlleve a mejorar la calidad de vida del paciente. (13)

La investigación, así como la experiencia clínica indica que se justifica la adición de la educación y un componente conductual o cognitivo conductual para los protocolos de tratamiento de Fibromialgia. Especialmente cuando se combina con otras modalidades como el ejercicio, la higiene del sueño, o ritmo de actividad, utilizar algún tipo de intervención conductual parece añadir eficacia al tratamiento. Es importante evitar cualquier sugerencia de que los síntomas están “solo en su cabeza” (13).

Para la práctica clínica diaria, se sugiere utilizar los principios no farmacológicos de la gestión integral del dolor representado por el acrónimo EXPRESS. EX es

para el Ejercicio, en su calidad recomendado ampliamente el ejercicio aeróbico, P es la comorbilidad psiquiátrica, ya que ambos trastornos de depresión y ansiedad son comunes en condiciones de dolor crónico y contribuyen significativamente al dolor y la discapacidad. R es para “recuperar la función”, que en Fibromialgia a menudo implica ayudar a los pacientes con el ritmo de actividad, E para la Educación, donde simplemente informar a un paciente que en Internet se puede encontrar información fiable puede ser un buen comienzo (18).

En la actualidad, existe una amplia variedad de agentes farmacológicos frecuentemente utilizados solos o en combinación para controlar los síntomas de la Fibromialgia, sin embargo, sólo tres están formalmente indicados por la FDA, para Fibromialgia: dos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), duloxetina y milnacipran, y la pregabalina, un anticonvulsivo. A pesar de la falta formal de aprobación, los pacientes y prescriptores utilizan otros agentes no autorizados, con diversos grados de éxito para controlar los síntomas de Fibromialgia. Algunos de estos agentes incluyen AINES, acetaminofén, opioides, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antiespasmódicos, agonistas de dopamina, hipnóticos, benzodiacepinas y relajantes musculares. Sin embargo, sólo cuatro de los agentes farmacéuticos mencionados tienen respaldo de ensayos multicéntricos para su uso: amitriptilina, pregabalina, milnacipran y la duloxetina (18).

El impacto negativo de la Fibromialgia se manifiesta en las actividades diarias de la vida y se traduce en ausencias laborales y/o escolares, que afectan a la productividad, reduciéndose hasta en un 65%. Así, el impacto económico más

importante de esta patología ocurre en los costos relacionados con la pérdida de productividad, los cuales llegan a ser hasta el 70% de la carga de la enfermedad. (18).

Collado, jefe de la Unidad Especializada en Fibromialgia del Hospital Clínica de Barcelona calcula una media de 700 euros mensuales, la pérdida de ingresos que sufren estos hogares cuando un miembro sufre este mal. A esto se añaden otros 300 euros de "gastos extra" que incluyen la compra de medicamentos y terapias no farmacológicas. Además de que muchos afectados abandonan su trabajo como consecuencia de este padecimiento, se ha demostrado que también tiene un fuerte impacto en el resto de la familia, ya que hasta el 27% de sus miembros (cónyuge e hijos) tienen que cambiar de trabajo por las necesidades asociadas a esta patología. (19)

El abordaje clínico de la Fibromialgia supone un desafío para los sistemas de salud. Estudios muestran que el abordaje resulta insatisfactorio tanto para los pacientes como para los médicos implicados en su atención. Los primeros se deben al retraso de un diagnóstico y tratamiento efectivo, junto al reclamo de falta de conocimientos profesionales sobre el padecimiento, sobre todo, falta de credibilidad, comprensión y apoyo moral. Los segundos se sienten poco útiles porque no cuentan con una solución terapéutica efectiva que ofrecer. Pese a que se cuenta con criterios diagnósticos desde 1990 (American College of Rheumatology), revisados el 2010, puede que los médicos no estén familiarizados con estos, debido a que no siempre se ha hecho un esfuerzo institucional para su difusión. Las actitudes de los médicos hacia las personas que sufren esta patología oscilan entre la certeza de que realmente está

padeciendo o la duda de si, está fingiendo o exagerando. El reconocimiento de las implicaciones de la Fibromialgia en los médicos impacta en la forma en que las personas afrontaran su enfermedad y se puedan adherir a un tratamiento, ofreciendo una mejor calidad de vida. (20)

## **IV. MATERIAL Y MÉTODOS.**

#### **IV. MATERIAL Y MÉTODOS.**

##### **1. DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS.**

Es un trabajo de diseño no experimental, de tipo descriptivo prospectivo y transversal.

##### **2. POBLACIÓN Y MUESTRA.**

###### **2.1. Población**

Está constituida por todos los médicos que laboran en los centros de atención primaria de las redes de salud MINSA de las provincias de Lambayeque y Chiclayo que corresponde a un total de 227 médicos de atención primaria.

###### **2.2. Muestra:**

Fue obtenida utilizando la fórmula para población conocida de la siguiente manera;

$$n = \frac{N z^2 p.q}{d^2 (N-1) + Z^2 PQ}$$

**Donde:**

n = Tamaño de la muestra

$z^2$  = Valor de Z para intervalo de confianza o certeza para una certeza o confianza del 95 %,  $Z = 1.96$

p = Proporción de nivel de conocimientos bueno 0.40 (estudio piloto)

q = Proporción de las características complementarias (1- p);  $1 - 0.40 = 0.6$

$d^2 = 5 \%$

N = población de médicos Redes Chiclayo y Lambayeque = 227 médicos

**Desarrollando la operación:**

$$n = \frac{N z^2 p.q}{d^2 (N-1) + Z^2 p.q}$$

$$n = \frac{227 (1.96)^2 (0.4) (0.6)}{(0.05)^2 (227-1) + (1.96)^2 (0.4) (0.6)}$$

$$n = \frac{209.2}{1.4}$$

$$n = 148$$

**Ajuste del tamaño de muestra**

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

$$n = \frac{148}{1 + \frac{148}{227}}$$

$$n = 94 \text{ médicos}$$

El tamaño de la muestra fue distribuido proporcionalmente en base al total de médicos de atención primaria de la siguiente manera:

$$nf = \frac{n}{N} \times 100$$

$$nf = \frac{94}{227} \times 100 = 41.4 \%$$

Redes de Salud	Población (N)	Muestra (n)
Chiclayo	141	48
Lambayeque	86	46
<b>TOTAL</b>	<b>227</b>	<b>94</b>

### **2.3. Criterios de estudio.**

#### **Criterios de Inclusión:**

- Médicos nombrados y contratados
- Médicos que acepten participar con firma el consentimiento informado
- Que desarrollen completo instrumento de recolección de datos.

#### **Criterios de exclusión:**

- Médicos que no se encuentren en el centro de trabajo en el momento de la visita.
- Médicos que se nieguen a participar.

### **3. Material, técnica e Instrumento de recolección de datos**

#### **3.1 Técnica.**

Encuesta y desarrollo del cuestionario

#### **3.2 Instrumento.**

Contiene información personal y laboral y un cuestionario, que consta de 11 preguntas de complemento único. En base a la investigación bibliográfica realizada, y teniendo en cuenta los criterios del colegio americano de reumatología, se elaboraron las preguntas, las cuales fueron sometido a validez de contenido por expertos, médicos especialistas conformados por: 2 Reumatólogos, 2 Internistas y uno en Medicina física y Rehabilitación. Se realizó una prueba piloto en 23 médicos de atención primaria en la provincia de Ferreñafe, obteniéndose un Alfa de Cronbach de 0.78 siendo un instrumento aceptable. Cada pregunta tendrá un valor de 1 punto, con un mínimo



de 0 puntos y un máxima de 11, quedando establecido la calificación del nivel de conocimientos, de la siguiente manera.

<b>Puntaje (puntos)</b>	<b>Nivel de Conocimientos</b>
< 3	deficiente,
4-6	regular
7-9	bueno
10-11	excelente

(Ver anexo- 2) que contiene datos generales y cuestionario

#### **4. Procedimiento.**

- a) Se solicitó número exacto de la cantidad de médicos en atención primaria a los gerentes de las Redes de estudio.
- b) Se seleccionó los participantes por Muestreo Aleatorio Simple
- c) Se firmó el consentimiento informado
- d) Se aplicó el instrumento a la muestra de estudio con duración máxima de 15 minutos
- e) Se recogió la información de todas las hojas de recolección de datos.
- f) Se elaboró la base de datos a un programa de Excel para Windows 13 para proceder a realizar el análisis respectivo.

#### **5. Análisis estadístico de los datos.**

El procesamiento de la información y análisis estadístico fue realizado mediante un análisis univariado según la naturaleza de cada variable utilizando frecuencias. Se utilizó la prueba de chi cuadrado para relacionar el nivel de conocimientos sobre Fibromialgias con el sexo, la edad, el

tiempo en atención primaria y frecuencia de capacitación, con un valor de  $p < 0.05$  como significativo, Se realizó el análisis a través del software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 24 para Windows, que permitió generar tablas de resultados con frecuencias relativas y absolutas de una y doble entrada según los objetivos de la investigación.

## **6. Aspectos éticos.**

Todos los participantes del presente estudio firmaron un consentimiento informado, así mismo se tuvo en cuenta los principios de la bioética: beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia durante todo el desarrollo de la investigación.

Los datos obtenidos son de total confidencialidad, salvaguardando el todo momento la integridad ética y moral de los participantes, según el reporte Belmont y las buenas prácticas médicas de Helsinki.

## **V. RESULTADOS.**

## V. RESULTADOS.

**TABLA N° 01: Información General de los Médicos de Atención Primaria de las Redes de Chiclayo y Lambayeque, 2019.**

INFORMACIÓN GENERAL		CHICLAYO		LAMBAYEQUE		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	27	56.3	21	45.7	48	51.5
	Femenino	21	43.8	25	54.3	46	48.9
Edad (años)	25 – 40	28	58.3	41	89.1	89	73.4
	41 – 60	19	39.6	4	8.7	23	23.5
	> 60	1	2.1	1	2.2	2	2.1
Tiempo en Atención Primaria (años)	1 - 5	23	47.9	37	80.4	60	63.8
	6 – 15	20	41.7	6	13.0	26	27.7
	> 15	5	10.4	3	6.5	8	8.5
Capacitación sobre Fibromialgia	SI	6	12.5	1	2.2	7	7.4
	NO	42	87.5	45	97.8	87	92.6
<b>Total</b>		<b>48</b>		<b>46</b>		<b>94</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos

**TABLA N° 02. Calificativo correcto por pregunta del conocimiento sobre Fibromialgia por los Médicos de Atención Primaria de las Redes de Chiclayo y Lambayeque, 2019.**

Nº	PREGUNTA	Redes de Salud (%)				Promedio	
		Chiclayo		Lambayeque			
		n	%	n	%	n	%
1	¿En qué sexo prevalece esta patología?	41	85.4	36	78.3	77	81.9
2	¿En qué edad es más frecuente encontrar esta patología?	23	66.7	30	65.2	62	66.0
3	¿Cuál es el signo o síntoma de mayor prevalencia al momento de la sospecha diagnostica de esta patología?	23	66.7	34	73.9	66	70.2
4	¿Cómo sería el método diagnóstico al momento de sospecha de un paciente con Fibromialgia?	36	75.0	30	65.2	66	70.2
5	Los criterios diagnósticos de Fibromialgia son dolor muscular difuso de más de:	22	45.8	18	39.1	40	42.6
6	Según el Colegio Americano de Reumatología, se considera dolor crónico en pacientes con Fibromialgia aquel que dura mayor de:	23	47.9	27	58.7	50	53.2
7	¿A qué especialista debe referir a un paciente con sospecha diagnostica de Fibromialgia?	37	77.1	33	71.7	70	74.5
8	¿Cuál es la opción terapéutica para el tratamiento optimo/adecuado de Fibromialgia?	27	56.3	35	76.1	62	66.0
9	¿Qué tratamiento farmacológico ha demostrado mejor eficacia en el tratamiento de Fibromialgia?	32	66.7	25	54.3	57	60.6
10	Señalar los puntos dolorosos para diagnóstico de Fibromialgia según el Colegio Americano De Reumatología (ACR)	6	12.5	7	15.2	13	13.8
11	¿Cuál es la terapia física más eficaz para tratamiento de Fibromialgia?	17	35.4	20	43.5	37	39.4

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos

**TABLA N° 03. Calificativo correcto de contenidos de Fibromialgia Por los Médicos de Atención Primaria de las Redes de Chiclayo y Lambayeque, 2019.**

PREGUNTAS	CONTENIDOS	CALIFICATIVO	
		CORRECTO	
		n	%
1,2	Epidemiología	69	73.9
3, 6, 10,	Signos y Síntomas	43	45.7
4, 5	Diagnostico	52	55.4
7, 9, 11	Tratamiento	56	59.8

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos

**TABLA N° 04. Calificación global de los Niveles de conocimientos sobre Fibromialgia por los Médicos de Atención Primaria de las Redes de Chiclayo y Lambayeque, 2019.**

NIVEL	CHICLAYO		LAMBAYEQUE		GLOBAL	
	n	%	n	%	n	%
Deficiente	1	2.1	2	4.3	3	3.2
Regular	21	43.8	13	28.3	34	36.2
Bueno	20	41.7	26	56.5	46	48.9
Excelente	6	12.5	5	10.9	11	11.7
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>		<b>46</b>		<b>94</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos

**TABLA N° 05. Relación entre los Niveles de conocimientos de Fibromialgia con el sexo de los Médicos de Atención Primaria de las Redes de Chiclayo y Lambayeque, 2019.**

NIVEL CONOCIMIENTOS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Deficiente	2	2.1	1	1.1	3	3.2
Regular	16	17	18	19.1	34	36.2
Bueno	23	23	23	24.5	43	45.7
Excelente	5	5	6	6.4	11	11.7
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>50.8</b>	<b>46</b>	<b>49.2</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

$X^2_c = 0.5$ ,  $X^2_{Tab} = 7.81$  ;  $p = 0.919$ ,  $p > 0.05$ , no significativo

No existe asociación entre el sexo de los médicos de atención primaria con los niveles de conocimiento sobre Fibromialgia.

**TABLA N° 06. Relación entre los Niveles de conocimientos sobre Fibromialgia con la edad de los Médicos de Atención Primaria de las Redes de Chiclayo y Lambayeque, 2019.**

NIVEL CONOCIMIENTOS	EDAD (años)						TOTAL	
	25 – 40		41 – 60		> 60		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Deficiente	3	3.2	0	0	0	0	3	3.2
Regular	21	22.3	11	11.7	2	2.1	34	36.2
Bueno	35	37.2	11	11.7	0	0	46	48.9
Excelente	10	10.6	1	1.1	0	0	11	11.7
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>73.4</b>	<b>23</b>	<b>24.5</b>	<b>2</b>	<b>2.1</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

$X^2_c = 7.62$ ,  $X^2_{Tab} = 12.59$  ;  $p = 0.26$ ,  $p > 0.05$ , No Significativo

La edad de los médicos de atención primaria no está asociada con el nivel de conocimiento sobre Fibromialgia.

**TABLA N° 07. Relación entre los Niveles de conocimientos sobre Fibromialgia con el tiempo como Médicos en Atención Primaria de las Redes de Chiclayo y Lambayeque, 2019.**

NIVEL CONOCIMIENTOS	Tiempo en Atención Primaria (años)						TOTAL	
	1 -5		6 – 15		> 15			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Deficiente	3	3.2	0	0	0	0	3	3.2
Regular	21	22.3	8	8.5	5	5.3	34	36.2
Bueno	29	30.9	15	16	2	2.1	46	49
Excelente	7	7.4	3	3.2	1	1.1	11	11.7
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>63.8</b>	<b>26</b>	<b>27.7</b>	<b>8</b>	<b>8.5</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

$\chi^2_c = 7.52$ ,  $\chi^2_{Tab} = 12.59$  ;  $p = 0.58$ ,  $p > 0.05$ , no significativo

No existe asociación entre el tiempo de los médicos en atención primaria con los niveles de Conocimiento de Fibromialgia.

**TABLA N° 08. Relación entre los Niveles de conocimientos sobre Fibromialgia con la capacitación previa de los Médicos de Atención Primaria de las Redes de Chiclayo y Lambayeque, 2019.**

NIVEL CONOCIMIENTOS	SE HA CAPACITADO				TOTAL	
	SI		NO			
	n	%	n	%	n	%
Deficiente	0	0	3	3.2	3	3.2
Regular	3	3.2	31	33	34	35.2
Bueno	3	3.2	43	45.8	46	49
Excelente	1	1.1	10	10.6	11	11.7
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>7.4</b>	<b>87</b>	<b>92.6</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

$\chi^2_c = 0.43$ ,  $\chi^2_{Tab} = 7.81$  ;  $p = 0.93$ ,  $p > 0.05$ , no significativo

No existe asociación entre la capacitación sobre Fibromialgia por los médicos en atención primaria con los niveles de Conocimiento.



## **VI. DISCUSIÓN.**

## **VI. DISCUSIÓN.**

El estudio sobre el nivel de conocimientos que deben tener los médicos de atención primaria sobre la Fibromialgia, fue motivo de investigación, debido a que es una enfermedad crónica que cursa con dolor, rigidez y sensibilidad en músculos, tendones y articulaciones (15), además es una enfermedad habitual en el 2% - 6% de la población general, suele manifestarse a cualquier edad, con ocurrencia máxima en el grupo etario de 25-50 años (15). No se conoce a ciencia cierta su etiopatogenia, pero hay evidencia de variaciones neurofisiológicas en el sistema nervioso central; además de confirmar anomalías a nivel periférico, en el sistema simpático, y en el sistema de respuesta al estrés (eje hipotálamo-hipófisis-adrenal) (17).

El análisis e interpretación de los resultados serán presentados en base a los objetivos propuestos, los cuales han sido logrados y están representados en los cuadros respectivos.

En la Tabla N° 01, se presenta la información general de los médicos relacionados con las características sociodemográficas y características laborales, observando que en la red Chiclayo predominan los varones , mientras que en la red Lambayeque predominan las mujeres, conduciendo a que en el total de las dos redes, haya un leve predominio en los varones (51.5%). En relación a la edad de los médicos, predomina el grupo de 25 a 40 años en la red Lambayeque y el grupo de 41-60 años en la Red Chiclayo; predominando en general el grupo de 25-40 años. En relación al tiempo como médico en atención primaria, se observa que en la Red Lambayeque predominan médicos con 1-5 años, mientras que la Red Chiclayo predomina el grupo de 6 a 15 años.

Referente a si recibieron capacitación sobre Fibromialgia como egresados de la universidad, la mayoría de médicos de las dos Redes manifestaron que no han sido capacitados Red Chiclayo (87.5%) y Red Lambayeque (97.8%).

El calificativo del nivel de conocimientos de los médicos sobre Fibromialgia, están presentados por pregunta en la Tabla N° 02, por aspecto o contenido del tema en la Tabla N° 03 y la calificación global según niveles por Redes de salud, en la tabla 04. En relación al calificativo por pregunta, el calificativo más bajo corresponde en ambas Redes de salud que los médicos no conocen los puntos dolorosos para diagnóstico de Fibromialgia según el Colegio Americano de Reumatología, obteniendo solo el calificativo correcto el 12.5% en la Red Chiclayo y 15.2% en la Red Lambayeque. Mientras que el calificativo correcto con mayor frecuencia corresponde a la prevalencia en el sexo con 85.4% en la Red Chiclayo y 78.3% en la Red Lambayeque, seguido de que si conocen a que especialista debe referir a un paciente con sospecha diagnostica de Fibromialgia con 77.1% y 71.7% respectivamente, Cuando se analiza el conocimiento que tienen los médicos por contenidos de Fibromialgia, los resultados del calificativo correcto en orden decreciente son: Epidemiologia 73.9%, tratamiento 59.8%, diagnostico 55,4% y signos y síntoma 45.7% (Tabla N° 03).

De esta manera se consolida la información sobre el conocimiento de Fibromialgia, para conocer cuáles son los puntos más débiles de conocimientos donde se tiene que reforzar en futuras capacitaciones.

En consecuencia en base a estas calificaciones previas, se obtuvo la calificación global en relación a niveles del conocimiento, tal como se explicó en la metodología, predominando en la Red Chiclayo el nivel regular con 43,8%,

seguido del nivel bueno con 41.7%, mientras que en la Red Lambayeque predomina el nivel bueno con 56.5%, seguido del nivel regular con 28.3%, (Tabla N° 04). Lo cual indicaría que los médicos de la Red Lambayeque tendrían más conocimiento sobre la Fibromialgia.

Al comparar los resultados con los antecedentes, Acuña F. y cols. (12), en Chiclayo, 2016, en 145 médicos consiguieron: un logro de acierto en las interrogantes sobre diagnóstico de 41,1% mientras que en las de tratamiento 65%; solo el 2,8% identificaron más de 11 puntos dolorosos; el 54,5% respondieron que “el diagnóstico es clínico y los exámenes son para el diagnóstico diferencial”; el 65,7% respondieron que la psicoterapia, la pregabalina y el ejercicio aeróbico eran la tríada terapéutica con más eficacia; el 66,2% consideraron el ejercicio aeróbico como la terapia física más eficaz. Concluyendo que el conocimiento en diagnóstico y tratamiento de la Fibromialgia en médicos generales de la ciudad de Chiclayo es deficiente. Tal como se puede comparar desde esa fecha los médicos han venido adquiriendo un poco más de conocimientos sobre Fibromialgia, evidenciado en los resultados del presente estudio, que indican más conocimiento. Pero aun, es necesario en capacitar en algunos puntos según el resultado del cuestionario.

Estudios realizados en el extranjero, también reportan limitaciones en el conocimiento médico de Fibromialgia, así Mohammad A. y Hazazi A. (8) Evalúa el conocimiento del personal de salud sobre la Fibromialgia en Arabia Saudita-2018, casi 50% de los médicos refirieron a los pacientes con Fibromialgia a una especialidad que no estaba relacionada o no tenían idea a quién referir a dichos pacientes; 33.7% de los encuestados conocían los criterios diagnósticos; en

mayor medida se informaron como el tratamiento adecuado fisioterapia (69,4%) y tratamiento farmacológico (63,9%). Se llegó a la conclusión que la comprensión acerca de la Fibromialgia entre personal de salud en Arabia Saudita era escaso. Able S. y Cols. (9), en Estados Unidos; reconocen la responsabilidad de la Fibromialgia y señalaron un punto de vista multidisciplinario, pero confiaban más en prescribir medicamentos que en terapias alternativas. Perrot S. y cols. (11), en Estados Unidos, -2012", Se concluyó 53% de los médicos indicaron tener problemas para diagnosticar la Fibromialgia; 54% advirtió que su preparación en la Fibromialgia no era adecuada y el 32% creyó que no conocía la enfermedad. El 79% sostuvo que requería más tiempo para identificar la Fibromialgia; 38 % no tenía confianza en reconocer sus síntomas, y 48% temía no diferenciarla de las condiciones con similares síntomas; 37 % no creyó poder desarrollar un tratamiento,

Otro objetivo de la investigación, fue relacionar los niveles de conocimientos con las características sociograficas-laborales, representados en las tablas del 5 al 8, donde se determinó que no existe asociación entre los niveles del conocimiento sobre Fibromialgia con el sexo, edad, tiempo de médico en atención primaria, capacitación previa sobre Fibromialgia después de egresado de la universidad ( $p>0.05$ ).

## **VII. CONCLUSIONES.**

## **VII. CONCLUSIONES.**

1. El nivel de conocimiento sobre Fibromialgia predominante en los médicos de atención primaria de las redes de salud de Lambayeque y Chiclayo fue bueno en un 46% del total de encuestados seguido de regular con 34%.
2. El nivel de conocimientos que predomina en los médicos de atención primaria sobre Fibromialgia en la Red Chiclayo fue regular con 43.8%, seguido de bueno con 41.7%, mientras que en la Red Lambayeque fue bueno con 56.5% y regular con 28.3%.
3. El nivel de conocimiento de los signos y síntomas fue 45.7%, para diagnosticar 55.4% y para tratar a un paciente con Fibromialgia fue 59.8%.
4. No existe asociación entre el nivel de conocimientos sobre Fibromialgia con el tiempo como médico de atención primaria ( $p>0.05$ ).

## **VIII. RECOMENDACIONES.**



## **VIII. RECOMENDACIONES.**

1. Que los gerentes de las redes de salud de Chiclayo y Lambayeque capaciten a los médicos de atención primaria, implementando iniciativas para mejorar el conocimiento sobre Fibromialgia con la finalidad de optimizar la mejora en bien del paciente.
2. Motivar a los médicos de atención primaria de salud para que continúen capacitándose en el tema de la Fibromialgia.
3. Continuar realizando investigaciones de este tipo con la finalidad de actualizar el conocimiento de las enfermedades más frecuentes relacionadas con Fibromialgia.

## **IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Campos C. Día Mundial de la Fibromialgia: una enfermedad frecuente pero poco conocida [Internet]. México Ciencia y Tecnología. [citado 4 de febrero de 2019]. Disponible en:  
<http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/7406-dia-mundial-de-la-Fibromialgia-una-enfermedad-frecuente-pero-poco-conocida-nota-para-publicarse-hoy>
2. Guzmán S, Muñoz D, Mendoza G, Orozco G, Rodríguez J, García I, et al. Fibromialgia. mayo de 2018; 13:62-7.
3. Higgs J. Fibromyalgia in Primary Care. Prim Care. junio de 2018; 45(2):325-41.
4. Montoya J, Suárez F, León F. Fibromialgia en el distrito de Lambayeque: un estudio preliminar. 2012; 25(3):112-7.
5. Guarino S. Fibromialgia: la importancia de un plan de Tratamiento Personalizado [Internet]. Nepsa Rehabilitación Neurológica. 2018 [citado 4 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://nepsa.es/Fibromialgia/>
6. Bruce A, Ojeda I, Gutiérrez O. La Fibromialgia con una visión desde la atención primaria. Rev Médica Electrónica [Internet]. 28 de septiembre de 2018 [citado 4 de febrero de 2019]; 40(5). Disponible en: <http://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2229>
7. Porro J, Estévez A, Rodríguez A, Suárez R, González B. Guía para la rehabilitación de la Fibromialgia. Rev Cuba Reumatol. 2015; 17:1-1.
8. Kaki AM, Hazazi A. Assessment of medical practitioners' knowledge of fibromyalgia in Saudi Arabia. Saudi J Anaesth. 2018; 12(2):178-82.

9. Able S, Robinson R, Kroenke K, Mease P, Williams D, Chen Y, et al. Variations in the management of fibromyalgia by physician specialty: rheumatology versus primary care. *Pragmatic Obs Res*. 20 de mayo de 2016; 7:11-20.
10. Clark P, Paiva E, Ginovker A, Salomón P. A patient and physician survey of fibromyalgia across Latin America and Europe. *BMC Musculoskelet Disord*. 14 de junio de 2013; 14:188.
11. Perrot S, Choy E, Petersel D, Ginovker A, Kramer E. Survey of physician experiences and perceptions about the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12:356.
12. Acuña Ortiz F, Capitán VA, León F. Conocimientos de Fibromialgia en médicos de atención primaria de la provincia de Chiclayo-Perú, 2016. *Reumatol Clínica*. 1 de noviembre de 2017; 13(6):326-30.
13. Piérola Z, Wilfredo J. Bases fisiopatológicas del dolor. *Acta Médica Peru*. mayo de 2007; 24(2):35-8.
14. Peláez A. Dolor crónico: conceptos generales sobre el dolor [internet]. dolor crónico. 2018. Disponible en:  
<http://psicologamadrid-dolorcronico.blogspot.com/2012/01/conceptos-generales-sobre-el-dolor.html>
15. Quintero V, Fernanda L. Impacto del dolor crónico en la calidad de vida de pacientes con Fibromialgia. Aaron Buchwald 2001 *Rev Evid Overlap Unexplained Clin Cond Ann Intern Med* 134 868-881 [Internet]. 12 de agosto de 2015 [citado 4 de febrero de 2019]; Disponible en:  
<http://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/3292>

16. Vicente V. La Fibromialgia. Del malestar al bienestar: Estilos de vida saludables. An Real Acad Med Cir Valladolid. 2015;(52):47-56.
17. Montero E. Síndrome de Fibromialgia [Internet]. España, 2016. [consultado 16 oct 2018]. Disponible en URL: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/Fibromialgia/#25479>
18. Arreola H, Rosado A, García L, Dorantes J, Contreras I, Mould J. Análisis de coste-efectividad en el tratamiento farmacológico del síndrome de Fibromialgia en México. Reumatol Clínica. 1 de mayo de 2012; 8(3):120-7.
19. Prieto O. Un estudio demuestra que el impacto económico de la Fibromialgia en las familias ronda los 1.000 euros mensuales - Salud a Diario [Internet]. [citado 4 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.saludadiario.es/pacientes-de-cerca/estudio-demuestra-impacto-economico-Fibromialgia-familias-ronda-1-000-euros-mensuales>
20. Briones E. La relación médico-«paciente» en el caso de la Fibromialgia [Internet]. fibro.info. 2017 [citado 4 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://fibro.info/Fibromialgia-medico-paciente/>
21. Blotman F. Conocimiento y conocimiento de la Fibromialgia entre los reumatólogos y médicos generales franceses, BMC Health Serv Res. 2015; 11:320.
22. Kamoun S, Elleuch M, feki H. Evaluación del conocimiento de la Fibromialgia en Túnez BMC Musculoskelet Disord. 14 de junio de 2013; 14:188.
23. Marrero J, Moreno I, Sánchez I. Fibromialgia en el Trabajo: explorando su impacto en el desempeño laboral. Vol. 36. 2017.

24. Ferreira K, Do Carmo A, De Oliveira A, De Melo B, Tâmara P,. Estudo sobre os fatores associados ao impacto da Fibromialgia na qualidade de vida. *Fisioterapia Brasil*. 19. 316. 10.33233/fb.v19i3.2132.
25. Megía Á, Serrano-Muñoz D, Bravo-Esteban E, Ando S, Avendaño-Coy J, Gómez-Soriano J. Efectos analgésicos de la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea en pacientes con Fibromialgia: una revisión sistemática. 2018.

## **ANEXOS**

**ANEXO N° 01**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estudio de investigación: **Conocimiento de Los Médicos de Atención Primaria Sobre Fibromialgia En Establecimientos De Las Redes De Salud De Lambayeque-Chiclayo, 2019**

Yo \_\_\_\_\_

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por un estudiante de medicina de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, la Dra. Blanca Falla Aldana, docente de dicha universidad.

He sido informado que el objetivo de este estudio es describir los conocimientos sobre Fibromialgias de los médicos de atención primaria de las redes de salud MINSA de Chiclayo y Lambayeque.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto ocasione problema alguno para mi persona.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la persona responsable:

Juan José Quesquén Isique

Teléfono: 938248339

Correo electrónico: jotaj\_16@hotmail.com

Fecha: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma del Participante: \_\_\_\_\_



## ANEXO N° 02

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE FIBROMIALGIA EN ESTABLECIMIENTOS DE LAS REDES DE SALUD DE LAMBAYEQUE-CHICLAYO, 2019

##### I. INSTRUCCIONES

Respetuoso Doctor, reciba el cordial saludo y tenga a bien llenar toda la información solicitada a continuación sobre datos generales y en el cuestionario, marque la alternativa que usted crea ser correcta.

##### II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MEDICO

###### a) Características sociodemográficas:

1. Sexo : \_\_\_\_\_
2. Edad : \_\_\_\_\_
3. Red de salud : \_\_\_\_\_

###### b) Datos médicos

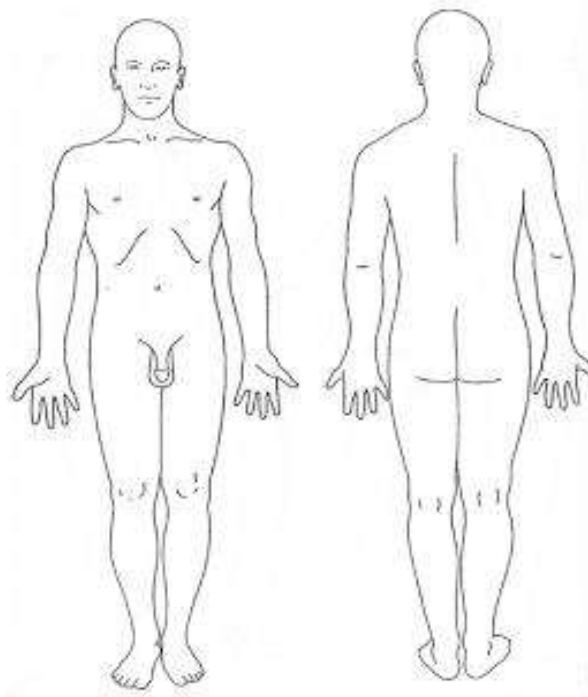
1. ¿Cuánto tiempo como médico en atención primaria tiene? \_\_\_\_\_ Años
2. ¿Ha recibido posterior a su egreso universitario capacitación sobre Fibromialgia?  
( ) SI ( ) NO

##### III. CONOCIMIENTOS SOBRE FIBROMIALGIA

1. ¿En qué sexo prevalece esta patología?
  - a. Hombre.
  - b. Mujer.
  - c. En ambos sexos.
2. ¿En qué edad es más frecuente encontrar esta patología?
  - a. 20-30 años.
  - b. 25-50 años.
  - c. 50-80 años.
  - d. 40-60 años.
  - e. Mayor a 60 años.
3. ¿Cuál es el signo o síntoma de mayor prevalencia al momento de la sospecha diagnóstica de esta patología?
  - a. Fatiga.
  - b. Dolor crónico generalizado.
  - c. Dolor facial.
  - d. Dificultad para concentrarse.
  - e. Sentimientos de ansiedad.

4. **¿Cómo sería el método diagnóstico al momento de sospecha de un paciente con Fibromialgia?**
- a. Se necesitan exámenes auxiliares para hacer el diagnóstico de Fibromialgia.
  - b. El diagnóstico es solo clínico. No se deben solicitar exámenes auxiliares.
  - c. El diagnóstico es clínico y los exámenes son para el diagnóstico diferencial.
  - d. Se necesitan exámenes de laboratorio e imagenológicos.
  - e. El diagnóstico depende del criterio de cada médico.
5. **Los criterios diagnósticos de Fibromialgia son dolor muscular difuso de más de:**
- a. tres meses y mayor o igual a 15 puntos a la digito presión.
  - b. seis meses y mayor o igual a 15 puntos a la digito presión.
  - c. tres meses y mayor o igual a 17 puntos a la digito presión.
  - d. tres meses y mayor o igual a 18 puntos a la digito presión.
  - e. tres meses y mayor o igual a 11 puntos a la digito presión.
6. **Según el Colegio Americano de Reumatología, se considera dolor crónico en pacientes con Fibromialgia aquel que dura mayor de:**
- a. 12 meses
  - b. 1 mes.
  - c. 2 meses.
  - d. 3 meses.
  - e. 6 meses.
7. **¿A qué especialista debe referir a un paciente con sospecha diagnóstica de Fibromialgia?**
- a. Medicina física y rehabilitación
  - b. Reumatología
  - c. Traumatología
  - d. Neurología
  - e. Psicológico
8. **¿Cuál es la opción terapéutica para el tratamiento óptimo/adecuado de Fibromialgia?**
- a. Farmacológico
  - b. Psicoterapia
  - c. Terapia física
  - d. a y b
  - e. a, b y c.
9. **¿Qué tratamiento farmacológico ha demostrado mejor eficacia en el tratamiento de Fibromialgia?**
- a. Antidepresivos tricíclicos.
  - b. Inhibidores de la receptación de la serotonina.
  - c. Anticonvulsivantes.
  - d. a y b
  - e. Opioides.

10. Señalar los puntos dolorosos para diagnóstico de Fibromialgia Según el Colegio Americano De Reumatología (ACR)



11. ¿Cuál es la terapia física más eficaz para tratamiento de Fibromialgia?
- a. Ejercicio aeróbico
  - b. Masoterapia
  - c. Aeróbica acuática
  - d. Natación.
  - e. Termoterapia

### ANEXO N° 03

#### TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	ESCALA DE MEDICACIÓN
<b>Variable dependiente</b> : Nivel de conocimiento sobre Fibromialgia	<b>Epidemiologia</b>	Sexo que prevalece  Edad más frecuente	Hombre/ Mujer. ambos sexos  20-30 25-50. 50-80 40-60 Mayor a 60 años	Nominal  Intervalo
	<b>Signos/ Síntomas</b>	Signo/ Síntomas de mayor prevalencia  Según el Colegio Americano de Reumatología, se considera dolor crónico en pacientes con Fibromialgia cuando dura mayor de:  Señalar los puntos dolorosos para diagnóstico de Fibromialgia según el Colegio Americano De Reumatología (ACR)	- Fatiga - Dolor crónico generalizado - Dolor facial - Dificultad para concentrarse - Sentimientos de ansiedad  - 12 meses -1 mes. -2 meses. - 3 meses. - 6 meses.  Figura del cuerpo humano con vistas dorsal y ventral	Nominal
	<b>Diagnostico</b>	Método diagnóstico al momento de sospecha de un paciente con Fibromialgia  Tiempo y puntaje de dolor muscular difuso como criterios diagnósticos de Fibromialgia	Se necesitan exámenes auxiliares -El diagnóstico es solo clínico. No se deben solicitar exámenes auxiliares. -El diagnóstico es clínico y los exámenes son para el diagnóstico diferencial. -Se necesitan exámenes de laboratorio e imagenologicos. -El diagnóstico depende del criterio de cada médico.  Meses y puntaje del 11 al 17	Nominal

	<b>Tratamiento</b>	<p>Especialista que debe referir a un paciente con sospecha diagnóstica de Fibromialgia</p> <p>Opción terapéutica para el tratamiento óptimo/adecuado de Fibromialgia</p> <p>Eficacia en el tratamiento farmacológico de Fibromialgia</p> <p>Terapia física más eficaz para tratamiento de Fibromialgia</p>	<p>Medicina física y rehabilitación</p> <p>Reumatología</p> <p>Traumatología</p> <p>Neurología</p> <p>Psicológico</p> <p>Farmacológico</p> <p>Psicoterapia</p> <p>Terapia física</p> <p>Antidepresivos tricíclicos.</p> <p>Inhibidores de la receptación de la serotonina.</p> <p>Anticonvulsivantes.</p> <p>Opioides.</p> <p>Ejercicio aeróbico</p> <p>Masoterapia</p> <p>Aeróbica acuática</p> <p>Natación.</p> <p>Termoterapia</p>	Nominal
<b>Variable Interviniente</b>	<b>Socio grafica</b>	<p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Tiempo de Servicio</p>	<p>años</p> <p>Masculino/Femenino</p> <p>Años</p>	Nominal

## ANEXO N° 04

### FORMATOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE FIBROMIALGIA

Prueba piloto realizada en la provincia de Ferreñafe

encuesta	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11
1	1	2	1	3	5	4	1	5	1	1	4
2	2	2	1	2	1	1	2	3	4	1	1
3	1	3	2	3	5	4	1	5	4	1	2
4	1	1	2	2	1	4	4	4	4	1	2
5	2	2	2	2	5	4	2	5	2	5	1
6	2	2	2	3	1	4	2	5	4	1	2
7	2	3	2	3	2	5	2	5	5	1	3
8	2	2	2	3	3	4	2	5	3	1	4
9	3	2	2	3	2	5	1	5	4	2	2
10	1	2	1	3	1	1	2	5	4	1	1
11	2	2	2	3	4	4	2	5	4	1	2
12	2	2	2	3	5	4	2	5	4	3	4
13	2	2	2	4	2	5	2	5	2	5	2
14	2	3	2	3	5	4	2	4	2	3	2
15	2	4	2	3	5	5	4	5	4	4	4
16	2	4	2	4	5	5	2	4	1	4	1
17	2	1	2	3	5	5	2	5	4	5	1
18	2	2	2	3	5	5	2	4	4	5	5
19	2	5	2	3	5	4	5	5	5	4	5
20	2	2	2	4	5	4	5	5	5	4	5
21	3	5	2	4	5	3	5	4	5	5	5
22	3	5	5	3	4	5	5	5	4	5	5
23	1	2	1	2	1	4	1	1	4	1	1

## ALFA DE CRONBACH

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,781	,806	10

## CORRELACIONES

Correlaciones											
		VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00011
VAR00001	Correlación de Pearson	1	,460*	,587**	0.379	0.226	0.281	0.390	0.245	0.205	0.368
VAR00002	Correlación de Pearson	,460*	1	,476*	0.378	0.398	0.116	,571**	0.068	0.142	,487*
VAR00003	Correlación de Pearson	,587**	,476*	1	0.196	0.259	,484*	,495*	0.345	0.129	0.408
VAR00004	Correlación de Pearson	0.379	0.378	0.196	1	0.393	0.272	0.274	0.398	-0.063	0.385
VAR00005	Correlación de Pearson	0.226	0.398	0.259	0.393	1	0.367	0.252	0.339	-0.174	,468*
VAR00006	Correlación de Pearson	0.281	0.116	,484*	0.272	0.367	1	0.014	0.237	-0.158	0.242
VAR00007	Correlación de Pearson	0.390	,571**	,495*	0.274	0.252	0.014	1	0.165	,461*	,624**
VAR00008	Correlación de Pearson	0.245	0.068	0.345	0.398	0.339	0.237	0.165	1	-0.012	0.295
VAR00009	Correlación de Pearson	0.205	0.142	0.129	-0.063	-0.174	-0.158	,461*	-0.012	1	0.341
VAR00011	Correlación de Pearson	0.368	,487*	0.408	0.385	,468*	0.242	,624**	0.295	0.341	1

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

\*\*. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

## PRUEBA DE KMO Y BARTLETT

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,687
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	70,947
	gl	45
	Sig.	,008

## VARIANZA TOTAL EXPLICADA

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	3,850	38,500	38,500	2,468	24,683	24,683	1,841	18,407	18,407
2	1,670	16,702	55,202	1,692	16,915	41,598	1,797	17,970	36,377
3	1,017	10,172	65,374	1,229	12,291	53,889	1,751	17,512	53,889
4	,896	8,957	74,331						
5	,748	7,484	81,814						
6	,592	5,925	87,739						
7	,437	4,374	92,113						
8	,327	3,269	95,382						
9	,285	2,849	98,231						
10	,177	1,769	100,000						

Método de extracción: máxima probabilidad.



## ANEXO N° 05: VALIDACIÓN POR CRITERIO DE EXPERTOS

### INSTRUMENTO PARA LA VALIDACION

Criterios	Apreciación Cualitativa			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del Instrumento		X		
Calidad de Redacción de Items	X			
Pertenencia de los variables con los indicadores	X			
Relevancia del contenido		X		

  
 Dr. Percy Johann Claudio Ticona  
 C.M.P. 83126 / E 28172  
 MEDICINA FISIOLÓGICA  
 EsSalud HUNTA VALLE

### INSTRUMENTO DE EVALUACION CUANTITATIVA

Por favor marque con una equis (X) la opción que considere debe aplicarse en cada ítem y realice, de ser necesarias sus observaciones

ESCALA				Observaciones
Ítem	Dejar (1)	Modificar (2)	Eliminar (3)	
01				
02				
03				
04		X		modificar alternativa D para evitar confusión con Respuesta C
05				
06				
07		X		a) Medicina Física y Rehabilitación
08				
09				
10				
11				

  
 Dr. Percy Johana Cárdenas Ticona  
 C.M.P. 53120 - RNE 28172  
 MEDICINA FÍSICA  
 EsSalud  
 ROL "JUAN NITA VALLE"

## INSTRUMENTO PARA LA VALIDACION

Criterios	Apreciación Cualitativa			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del Instrumento		x		
Calidad de Redacción de Items			x	
Pertenencia de los variables con los indicadores		x		
Relevancia del contenido			x	

  
**Luis Aguilar Chumbe Vera**  
 MEDICO ASISTENTE  
 SEUMA OJEDA  
 C.M.P. 29233 RNE: 25244  
**Edm. Rodríguez**

### INSTRUMENTO DE EVALUACION CUANTITATIVA

Por favor marque con una equis (X) la opción que considere debe aplicarse en cada ítem y realice, de ser necesarias sus observaciones

ESCALA				Observaciones
Ítem	Dejar (1)	Modificar (2)	Eliminar (3)	
01	✓			
02	✓			
03	✓			
04	✓			
05		✗		Por ser pregunta muy poco específica
06	✓			
07	✓			
08	✓			
09	✓			
10	✓			
11	✓			

  
 Luis H. Manchano Vera  
 MÉDICO ASISTENTE  
 REUMATOLOGÍA  
 SAM 20233 RNE. 26249

## INSTRUMENTO PARA LA VALIDACION

Criterios	Apreciación Cualitativa			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del Instrumento	/			
Calidad de Redacción de Items	/			
Pertenencia de los variables con los indicadores	/			
Relevancia del contenido	/			

  
**Dr. César Caballero Zerpa**  
 SERVIDOR DE REUMATOLOGÍA  
 C.M.P. 52768 R.N.E. 27668  


### INSTRUMENTO DE EVALUACION CUANTITATIVA

Por favor marque con una equis (X) la opción que considere debe aplicarse en cada ítem y realice, de ser necesarias sus observaciones

ESCALA				Observaciones
Ítem	Dejar (1)	Modificar (2)	Eliminar (3)	
01	/			
02	/			
03	/			
04	/			
05	/			
06	/			
07	/			
08	/			
09	/			
10	/			
11	/			

  
**Dr. Cesar Caballero Zerpa**  
 SERVICIO DE REUMATOLOGÍA  
 CMP: 51768 RME: 27688  
 E-Salud

## INSTRUMENTO PARA LA VALIDACION

Criterios	Apreciación Cualitativa			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del Instrumento		✓		
Calidad de Redacción de Items	✓			
Pertenencia de los variables con los indicadores	✓			
Relevancia del contenido	✓			

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL PROVINCIAL DOCTOR "BULEN"  
LAMBAYEQUE

Med. Carlos Quevedo Cruzate  
MEDICINA INTERNA  
CMP. 45563 BNE. 29781  
SERVICIO DE EMERGENCIA



### INSTRUMENTO DE EVALUACION CUANTITATIVA

Por favor marque con una equis (X) la opción que considere debe aplicarse en cada ítem y realice, de ser necesarias sus observaciones

ESCALA				Observaciones
Item	Dejar (1)	Modificar (2)	Eliminar (3)	
01	✓			
02	✓			
03	✓			
04	✓			
05	✓			✓ OK
06	✓			
07	✓			
08	✓			
09	✓			
10	✓			
11	✓			

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "RELEN"  
LAMBAYEQUE

Med. Carlos Quevedo Cruzatte  
MEDICINA INTERNA  
C.M.P. 45563 R.N.E. 29781  
SERVICIO DE EMERGENCIA



## INSTRUMENTO PARA LA VALIDACION

Criterios	Apreciación Cualitativa			
	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente
Presentación del Instrumento		X		
Calidad de Redacción de Items		X		
Pertenencia de los variables con los indicadores		X		
Relevancia del contenido		X		

  
 SALVADOR ALONSO OYOLA MORALES  
 MEDICINA INTERNA  
 C.M.P. 64258 R.N.E. 14249

# INSTRUMENTO DE EVALUACION CUANTITATIVA

Por favor marque con una equis (X) la opción que considere debe aplicarse en cada ítem y realice, de ser necesarias sus observaciones

ESCALA				Observaciones
Ítem	Dejar (1)	Modificar (2)	Eliminar (3)	
01	X			
02	X			
03	X			
04	X			
05	X			
06	X			
07	X			
08	X			
09	X			
10	X			
11	X			

*[Signature]*  
 DR. ALONSO CYRIL MORALES  
 MEDICINA INTERNA  
 C.M.P. 64266 R.N.E. 14719

## ANEXO 6: NUMERO DE MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA DE LAS PROVINCIAS DE CHICLAYO Y LAMBAYEQUE

LISTADO DE MÉDICOS RED CHICLAYO - 2019

Nombre de Micro red	Nombre de Establecimiento	Cantidad
CAYALTI-ZAÑA	CAYALTI	4
	COLLIQUE	1
	GUAYAQUIL	1
	SALTUR	1
	SIPAN	1
	VIRGEN DE LAS MERCEDES LA OTRA BANDA	1
	ZAÑA	3
CHICLAYO	CERROPON	8
	CRUZ DE LA ESPERANZA	1
	JORGE CHAVEZ	2
	JOSE OLAYA	12
	JOSE QUIÑONEZ GONZALES	2
	SAN ANTONIO	3
	TUPAC AMARU	3
CHONGOYAPE	PAMPA GRANDE	1
	VICTOR ENRIQUE TIRADO BONILLA-CHONGOYAPE	8
CIRCUITO DE PLAYA	CALLANCA	1
	CIUDAD ETEN	2
	MONSEFU	8
	PUERTO ETEN	1
	SANTA ROSA	1
JOSE LEONARDO ORTIZ	CULPON	1
	JOSE LEONARDO ORTIZ	6
	PAUL HARRIS	5
	PEDRO PABLO ATUSPARIAS	2
	SANTA ANA	2
	VILLA HERMOSA	1
LA VICTORIA	ANTONIO RAYMONDI	1
	CHOSICA DEL NORTE	1
	EL BOSQUE	9
	LA VICTORIA SECTOR I	3
	LA VICTORIA SECTOR II - MARIA JESUS	6
OYOTUN	EL ESPINAL	1
	LA COMPUERTA	1
	NUEVA ARICA	2
	OYOTUN	2
PICSI	CAPOTE	1



	CLAS PICSI	2
PIMENTEL	PIMENTEL	7
POMALCA	POMALCA	3
	SAN ANTONIO (POMALCA)	1
POSOPE ALTO	PAMPA LA VICTORIA	1
	POSOPE ALTO	3
	PUCALA	3
	TUMAN	2
REQUE-LAGUNAS	LAGUNAS	1
	MOCUPE NUEVO	1
	MOCUPE VIEJO (TRADIC.)	1
	PUEBLO LIBRE	1
	REQUE	5
	TUPAC AMARU	1
TOTAL		141



# LISTADO DE MÉDICOS RED DE SALUD LAMBAYEQUE - 2019

Nombre de Micro red	Nombre de Establecimiento	Cantidad
ILLIMO	CHIRIMOYO	1
	ILLIMO	3
	PACORA	2
JAYANCA	JAYANCA	5
LAMBAYEQUE	SAN MARTIN	4
	TORIBIA CASTRO CHIRINOS	7
MOCHUMI	MARAVILLAS	1
	MOCHUMI	2
	PUNTO CUATRO	1
MORROPE	ARBOLSOL	1
	CARACUCHO	1
	CRUZ DEL MEDANO	2
	HUACA DE BARRO	1
	LA COLORADA	1
	LAGUNAS (MORROPE)	1
	MORROPE	5
	SANTA ISABEL	1
	TRANCA FANUPE	2
	CHOCHOPE	1
MOTUPE	MARRIPON	1
	MOTUPE	2
	TONGORRAPE	1
	CORRAL DE ARENA	1
OLMOS	EL PUENTE	1
	ELVIRREY	1
	INSCULAS	2
	LA ESTANCIA	1
	ÑAUPE	1
	OLMOS	4
	QUERPON	1
	TRES BATANES	1
SALAS	COLAYA	1
	CORRAL DE PIEDRA	1
	EL SAUCE	1
	HUMEDADES	1
	KERGUER	1
	LA RAMADA	1
	PENACHI	1
	SALAS	3
	TALLAPAMPA	1



SAN JOSE	CIUDAD DE DIOS - JUAN TOMIS STACK	1
	SAN JOSE	1
TUCUME	LA RAYA	1
	LOS BANCES	1
	TUCUME	2
KAÑARIS	CHILASQUE	1
	CHIÑAMA	1
	HIERBA BUENA	1
	HUACAPAMPA	1
	HUAYABAMBA	1
	KAÑARIS	2
	MAMAGPAMPA	1
	PANDACHI	1
	QUIRICHIMA	1
total		86

