

CENTRO PROVINCIAL DE HIGIENE
EPIDEMIOLOGIA Y MICROBIOLOGIA
CIEGO DE ÁVILA

Evaluación del conocimiento sobre control de la tuberculosis en médicos de la familia del municipio Ciego de Ávila

Assessment of knowledge on tuberculosis control in family doctors from Ciego de Ávila

Olga Marlene Miranda Quintana (1), Marlene Becerra Licor (2), Yerani Ferrer Martín (3) Nidia Esther Gómez (4), Orlando Fleitas Pérez (5).

RESUMEN

La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas en la historia de la humanidad. Una gran cantidad de mitos y leyendas se ha tejido alrededor de la tisis, nombre con el cual se conoció por mucho tiempo a la tuberculosis, aún en los medios científicos. Se realizó un estudio observacional descriptivo con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos sobre el control de la tuberculosis, en médicos de la familia del municipio Ciego de Ávila durante el período enero a diciembre del 2009. El universo de estudio lo constituyeron 86 médicos de familia, para la recolección de la información acerca del conocimiento que poseen los médicos se utilizó una encuesta que fue desarrollada y validada mediante pilotaje a nivel nacional, de la cual se tomó la parte que dio respuesta a los objetivos propuestos. Se pudo apreciar que el nivel de conocimiento fue inadecuado de manera general, lo que representa un 62,79% en la calificación de las categorías de inaceptables y mínimo aceptables. Los mayores porcentos de conocimiento inaceptable y mínimo aceptable correspondieron a los aspectos básicos sobre objetivos y funciones del programa.

Palabras clave: TUBERCULOSIS/prevención y control, MÉDICOS DE FAMILIA.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas en Atención primaria de Salud. Profesor Asistente.
2. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente.
3. Especialista 1er Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor Instructor.
4. Especialista 1er Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Asistente.
5. Especialista de 2do Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias y Emergencias Médicas. Investigador Agregado. Profesor Auxiliar.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas en la historia de la humanidad. Una gran cantidad de mitos y leyendas se ha tejido alrededor de la tisis, nombre con el cual se conoció por mucho tiempo a la tuberculosis, aún en los medios científicos.

A pesar de que se identificó desde 1862 su agente etiológico y que se conoce prácticamente lo necesario respecto a su patogenia, fisiopatología, epidemiología y necesidades terapéuticas, la enfermedad no ha podido ser erradicada en la gran mayoría de los países (1-2).

La tercera parte de la población del orbe ha sido infectada por el bacilo de la enfermedad (1900 millones), causa alrededor de 1,7 millones de muertes y 9 millones de casos nuevo cada año (1,5 millones pertenecen al África Subsahariana y 3 millones al Sudeste asiático), es un problema para la salud pública a escala mundial como causa de incapacidad y muerte (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que si el control de la enfermedad no mejora, entre el 2002 y el 2020, alrededor de 1.000 millones de personas en el mundo se infectarán, 150 millones contraerán la enfermedad y 36 millones morirán a consecuencia de la tuberculosis. Anualmente esta enfermedad es responsable de la muerte de 2 millones de personas (incluidas

las personas infectadas con el VIH); las regiones más afectadas son el África subsahariana, el sureste de Asia y la Europa del Este (4-5).

El programa instaurado por el Ministro de Salud Pública cubano para prevenir y controlar la tuberculosis iniciado en 1962, se ha caracterizado por 5 etapas que transitan desde el tratamiento dispensarial con ingreso sanatorial, la implantación del tratamiento ambulatorio controlado en 1971, la adopción en 1982 del esquema acortado multidroga (9 meses) con el uso de la rifampicina en la primera fase y en 1987 el uso de ella en ambas fases (7 meses), hasta la introducción en 1997 de acciones específicas para reducir la fuente de infección en los contactos de pacientes de TB pulmonar con baciloscopia positiva, que incluyen un enérgico control de foco para identificar los enfermos de TB y prevenir la aparición de casos nuevos con la administración de quimiopprofilaxis controlada a los contactos, acciones en las que el médico y la enfermera de la familia tienen funciones muy importantes (6).

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar el nivel de conocimientos de los médicos de familia sobre el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis según variables seleccionadas en el municipio Ciego de Ávila.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos sobre el control de la tuberculosis, en médicos de la familia del municipio Ciego de Ávila durante el período enero a diciembre del año 2009.

El universo de estudio estuvo conformado por los 86 médicos de familia, pertenecientes a los consultorios médicos Tipo I del municipio de Ciego Ávila que se encontraban trabajando en el período que comprende la investigación.

Las variables que se evaluaron fueron:

- Nivel de conocimiento en cuanto a los objetivos del Programa nacional de control de la tuberculosis (PNCT).
- Nivel de conocimiento en cuanto a las funciones del médico de la familia.
- Nivel de conocimiento en cuanto a la vigilancia de la enfermedad.
- Nivel de conocimiento en cuanto a la conducta a seguir en un caso de TBp BAAR +.

Cada variable se clasificó según el nivel de conocimiento de los médicos en 3 subcategorías: aceptable, mínimo aceptable e inaceptable a las que se le dio una puntuación según criterio de expertos.

Para la recolección de la información acerca del conocimiento que poseen los médicos de familia respecto al control de la tuberculosis se utilizó la encuesta (Anexo No.2) como fuente primaria, la cual se aplicó en dos días consecutivos en las aulas de las policlínicas de las diferentes áreas de salud, (Norte, Sur, Centro, Ceballos y BSM), previa coordinación con la Vice dirección Docente y aplicada por los responsables de los Grupos Básicos de Trabajo. Esta encuesta fue desarrollada y validada mediante pilotaje a nivel nacional, de la cual se tomó la parte que dio respuesta a los objetivos propuestos.

Los datos obtenidos fueron procesados en un ordenador personal HP, Pentium 4 mediante el programa Excel del paquete de aplicaciones Microsoft office Word 2003, los resultados fueron presentados en tablas. Se utilizaron como medida de resumen las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS

Con respecto al conocimiento de los médicos de familia sobre los objetivos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis PNCT (Tabla No.1) se observa que del total de los encuestados (86); el 56,98% (49 profesionales) obtuvo un nivel de conocimiento inaceptable, seguido por el 27,90% (24 encuestados) con un nivel aceptable y el 15,12% con respuestas mínimas aceptadas.

En la Tabla No. 2 se puede observar que el 47,67% de los médicos mostraron desconocer sus funciones respecto al programa el 39,53% que alcanzó en sus respuestas un nivel aceptable y el 12,80% obtuvo un mínimo aceptable.

En relación al conocimiento que muestran los médicos de familia sobre la vigilancia de la enfermedad se observa que el 40,70% tienen un nivel de conocimiento inaceptable, los cuales desconocen cuáles son los grupos de riesgos para el pesquiasaje activo, el 12,79% tuvo un mínimo aceptable y el 46,51% tenía un conocimiento total de la variable utilizada (Tabla No. 3).

La Tabla No.4 analiza la conducta del médico de familia ante un caso confirmado de TB BAAR+ en la atención primaria de salud, donde el 50,00% de los encuestados respondieron con nivel de conocimiento no aceptable, el 12,79% respondió con un nivel mínimo aceptable y el 37,21% tomaron decisiones correctas.

DISCUSIÓN

Al evaluar la calidad del programa para el control de la tuberculosis pulmonar varios autores señalan que en los objetivos fundamentales del mismo se encuentra detectar el 90% de los casos nuevos de TB y para ello se necesita realizar una pesquisa activa adecuada, con el fin diagnosticar precoz y oportunamente el portador de tuberculosis, siempre teniéndose en cuenta la enfermedad (7).

Algunos autores señalan conocimientos inadecuados en médicos de la familia en las funciones del programa, con un 82,05% en sus resultados, en los cuales pudiera influir una inadecuada preparación sobre el tema, por lo que la tuberculosis debe incluirse prioritariamente en los planes de estudio en la esfera docente y asistencial. Los profesionales de la salud están en posición privilegiada para educar a su población y aconsejar respecto a los factores que afectan la salud, pues el éxito de las iniciativas dirigidas a combatir las enfermedades infecciosas depende en gran medida de la capacidad de obtener información sobre ellas, y de la disponibilidad de transmitir dicha información a toda la comunidad, que es en realidad quien la necesita (8).

La estrategia más eficiente para la localización de los casos es la que se basa en la pesquisa pasiva en población general que presentan sintomatología de la enfermedad y que acuden espontáneamente a los centros de salud, sin obviar la vigilancia activa que debe realizarse a estos grupos de riesgo (9). En un estudio realizado en el municipio Guanajay, provincia La Habana, durante el año 2001, concluye que el 40,70% de los médicos de familia desconocían cuáles eran los grupos de riesgo para realizar vigilancia pasiva y el pesquiasaje activo de la enfermedad en su comunidad (8).

A pesar de la labor desarrollada para dar cumplimiento al Programa de Control de la Tuberculosis en una localidad de Santiago de Cuba, se observaron dificultades para diagnosticar los casos pulmonares BK+ en las áreas de salud, donde el 80,00% de los casos con esta condición, debían ser diagnosticado por el médico y enfermera de la familia, no se cumple el indicador de diagnóstico de los casos BK+ en la atención primaria de salud, por lo que se considera que los médicos de familia deben mejorar su pensamiento epidemiológico respecto a la enfermedad y dirigir la búsqueda de los sintomáticos respiratorios a los principales grupos de riesgo identificados por ellos (10).

CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento de los médicos de familia del municipio Ciego de Ávila en el año 2012 fue inadecuado de manera general, se demuestra no tener el conocimiento necesario en el manejo y control de la tuberculosis en la Atención Primaria de Salud, respecto a las variables evaluadas. Se evidencia la necesidad de realizar una estrategia de capacitación para la transformación de los resultados alcanzados.

ABSTRACT

Tuberculosis is one of the most passionate diseases in the history of mankind. A lot of myths and legend has been created around the consumption, the name by which tuberculosis was known for a long time, even in scientific means. A descriptive study was carried out to assess the level of knowledge about TB control in family doctors of Ciego de Avila from January to December 2009. The universe of study was 86 family doctors. To collect information about the knowledge doctors have it was used a survey that it was developed and validated through pilot study, of which the part that had responded to the objectives was used. It was observed that the level of

knowledge was in general way inadequate, representing a 62.79% rating in the category of unacceptable and minimum acceptable. The largest percentages of unacceptable and minimum acceptable knowledge corresponded to the basic aspects on the objectives and functions program.

Key words: TUBERCULOSIS CONTROL, FAMILY DOCTORS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reid A, Scano F, Getahun H. Towards universal access to HIV Prevention, treatment, care and support: the role of tuberculosis/HIV collaboration. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2006 [citado 23 Dic 2009]; 6: 483-495. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473309906705497/fulltext>
2. Marrero Figueroa A, Carreras L, Santín M. El programa de control de la tuberculosis en Cuba. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 1996 [citado 5 Sep 2006]; 4(12): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12_4_96/mgi10496.htm
3. Caminero Luna JA. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. Guía de la Tuberculosis para Médicos Especialistas. París: UICter; 2003.
4. Idemyor V. HIV and tuberculosis coinfection: inextricably linked liaison. *J Natl Med Assoc*. 2007; 99(12):1414-9.
5. Organización Mundial de la Salud. Reunión Regional de Jefes de Programas Nacionales de Control de la Tuberculosis 2006. Río de Janeiro, Brasil: 12-14 Sep; Río de Janeiro: OMS; 2006.
6. Colectivo de autores. Programa de Control de la Tuberculosis. Manual y Normas de Procedimientos. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 1999.
7. Castillo Núñez B, Díaz Cruz LM, Bauzá Díaz M, Llanes Cordero MJ. Evaluación de la calidad del programa para el control de la tuberculosis pulmonar en el policlínico "Julián Grimau García" (II parte). *MEDISAN* [Internet]. 2001 [citado 20 Feb 2010]; 5(1):10-19. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol5_1_01/san03101.htm
8. Berdasquera Corcho D, Suárez Larreinaga CL, Acosta Tabares S, Medina Verde NL. El médico de la familia y el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2002 [citado 20 Feb 2010]; 18(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_3_02/mgi05302.htm
9. Díaz Hernández Odalys, Gómez Murcia Pedro R, Paredes Díaz Roberto, Morales Cardona Milvian, Torres Sánchez Ernesto. Evaluación del programa de control de la tuberculosis. Municipio Cárdenas. 2001-2008. *Rev. Med. Electrón.* [revista en la Internet]. 2011 Abr [citado 2014 Feb 23]; 33(2): 175-181. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000200008&lng=es.
10. Duarte Grandales Serguei, Toledano Grave de Peralta Yanara, Lafargue Mayoza Dina, del Campo Mulet Ernestina, Cuba García Maira. Calidad de la ejecución del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en el Policlínico Universitario "José Martí". *MEDISAN* [Internet]. 2013 Mayo [citado 2014 Feb 23]; 17(5): 828-837. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000500011&lng=es
11. Zayas Vinent M, Velázquez Silva Y. Tuberculosis at 130 years of discovering its causative agent. *MEDISAN* [Internet]. 2013 Abr [citado 23 Feb 2014]; 17(4): 568-570. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400001&lng=es

ANEXOS

Tabla. No. 1. Nivel de conocimiento de los médicos de familia sobre los objetivos del PNCT. Municipio Ciego de Ávila. Año 2009.

Nivel de conocimiento	No.	%
Aceptable	24	27,90
Mínimo aceptable	13	15,12
Inaceptable	49	56,98
Total	86	100,00

Fuente: Encuesta

Tabla. No. 2. Nivel de conocimiento de los médicos de familia sobre las funciones del PNCT. Municipio Ciego de Ávila. Año 2009.

Nivel de conocimiento	No.	%
Aceptable	34	39,53
Mínimo aceptable	11	12,80
Inaceptable	41	47,67
Total	86	100,00

Fuente: Encuesta

Tabla. No. 3. Nivel de conocimiento de los médicos de familia sobre la vigilancia de la enfermedad. Municipio Ciego de Ávila. Año 2009.

Nivel de conocimiento	No.	%
Aceptable	40	46,51
Mínimo aceptable	11	12,79
Inaceptable	35	40,70
Total	86	100,00

Fuente: Encuesta

Tabla. No. 4 Nivel de conocimiento de los médicos de familia sobre la conducta a seguir con un caso de TB BAAR +. Municipio Ciego de Ávila. Año 2009.

Nivel de conocimiento	No.	%
Aceptable	32	37,21
Mínimo aceptable	11	12,79
Inaceptable	43	50,00
Total	86	100,00

Fuente: Encuesta

Encuesta al Médico de familia vinculado a la Atención Primaria de Salud

1.- El Programa Nacional de Control de la tuberculosis tiene los siguientes objetivos. Marque las respuestas correctas.

- 1.1 ☐ Lograr negativizar el cultivo del Esputo en 1 año.
- 1.2 ☐ Detectar el 90 % de los casos nuevos de TB con baciloscopia positiva.
- 1.3 ☐ Lograr una reducción anual del 5 al 10 % en la incidencia de nuevos casos.
- 1.4 ☐ Aplicar tratamiento directamente supervisado al 90 % de los casos detectados.
- 1.5 ☐ Eliminar el riesgo de enfermar en contactos de TBp con baciloscopia positiva.
- 1.6 ☐ Curar anualmente el 95 % de los casos nuevos de TB.

2.- Marque las respuestas correctas teniendo en cuenta las funciones que debe realizar el médico de familia en el Programa.

- 2.1 ☐ El médico de familia será el máximo responsable en el cumplimiento del Programa y evaluará mensualmente las actividades del mismo.
- 2.2 ☐ Garantizar la localización de casos a través de la identificación y notificación de SR+14 y la pesquisa activa en los grupos de riesgo.
- 2.3 ☐ Adiestrar al paciente en la toma de muestra del esputo y la realización de las 3 muestras.
- 2.4 ☐ Administrar el tratamiento controlado, garantizándose el seguimiento del enfermo y la quimioprofilaxis con Isoniacida y Rifampicina a los contactos que lo requieran.
- 2.5 ☐ Notificar de inmediato al área de salud todo caso diagnosticado de TB.
- 2.6 ☐ Realizar acciones educativas individuales y grupales en la comunidad sobre la prevención y control de esta enfermedad.

2.7 ☐ La enfermera garantizará la toma de muestra de esputo de aquellos pacientes con SR+14 en los cuales la primera y segunda muestra no se haya obtenido en las primeras 72 horas.

3.- De las siguientes afirmaciones diga las que considere Verdaderas al realizar la vigilancia epidemiológica de TB.

- 3.1 ☐ No es necesario la búsqueda pasiva de nuevos casos de TB en consultas medicas a partir del sintomático respiratorio de más de 14 días.
- 3.2 ☐ La búsqueda activa de nuevos casos se realiza en aquellos casos con SR+14 días.
- 3.3 ☐ El pesquiasaje activo de los grupos de alto riesgo de contraer la enfermedad, se realiza a población penal, hipertensos y ancianos.
- 3.4 ☐ El pesquiasaje activo de los grupos de alto riesgo de contraer la enfermedad, se realiza a contactos de TBp BAAR +, población penal, ancianos, desnutridos y alcohólicos.
- 3.5 ☐ El pesquiasaje activo de los grupos de alto riesgo de contraer la enfermedad, se realiza a embarazadas, casos sociales y donantes.
- 3.6 ☐ El pesquiasaje activo de los grupos de alto riesgo de contraer la enfermedad, se realiza a ex reclusos, unidades con internamiento prolongado, seropositivos al VIH.

4.-Frente a un caso de TB diagnosticado qué conducta seguiría usted. Marque con una X las respuestas correctas.

- 4.1 ☐ Indicación de 2 baciloscopias en 2 días consecutivos.
- 4.2 ☐ Llenar la tarjeta de EDO y notificarlo.
- 4.3 ☐ Realizarle la prueba de la tuberculina.
- 4.4 ☐ Confeccionar la historia epidemiológica al enfermo.
- 4.5 ☐ Identificar los contactos en el foco de TB.
- 4.6 ☐ Realizar Rayos X de Tórax,
- 4.7 ☐ Administrar tratamiento quimioprofiláctico a los contactos descartada la TB.