

## Conocimientos y prácticas en tuberculosis pulmonar en médicos de familia de atención primaria de salud. La Habana, 2010.

## Knowledge and practices in pulmonary tuberculosis in primary health care family physicians. Havana, 2010.

## Conhecimentos e práticas em tuberculose pulmonar em médicos de família da atenção primária à saúde. Havana, 2010.

Marcel Sosa Carabeo<sup>1</sup>\*

### RESUMEN:

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad que se distribuye mundialmente. En Cuba se considera enfermedad reemergente, debiéndose dirigirse más los esfuerzos hacia su prevención y control, con énfasis en fortalecer el trabajo educativo de los médicos de la familia en la atención primaria de salud. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, con el objetivo de identificar los conocimientos y prácticas sobre tuberculosis pulmonar en los médicos de familia que laboran en los consultorios médicos de la familia de la atención primaria de salud, en la etapa de enero a diciembre del año 2009. El estudio tuvo lugar en los siete municipios de la provincia La Habana, que presentaron durante el quinquenio 2001-2005 tasas promedio mayor de  $7 \times 10^5$  habitantes, por encima de la media nacional. La técnica utilizada fue la encuesta a través de un cuestionario conformado por 16 ítems que exploraron los conocimientos y prácticas sobre tuberculosis pulmonar en estos profesionales de la salud. Las principales dificultades en el conocimiento fueron, la no adecuada identificación de los factores de riesgos y el no diagnóstico de casos; en cuanto a las prácticas, no identificaron medidas que se orientan para prevenir la enfermedad. A pesar de ello, los médicos de la familia tienen conocimiento clínico-epidemiológico sobre la tuberculosis pulmonar.

**Palabras claves:** tuberculosis pulmonar, conocimientos y prácticas, médicos de familia.

<sup>1</sup> Doctor en Medicina; Master en Promoción y Educación para la Salud; Especialista de 1<sup>er</sup> grado en Medicina General Integral; Especialista de 1<sup>er</sup> grado en Higiene y Epidemiología. Profesor instructor. Departamento Enfermedades No Transmisibles. Dirección de Epidemiología. MINSAP. ORCID: 0000-0001-5562-1937

**Recibido:** 07-mayo-2022

**Aprobado:** 15-junio-2022

### \* Correspondencia:

Marcel Sosa Carabeo. Correo electrónico: marcelsosa@infomed.sld.cu

### Este artículo debe citarse como:

Sosa M. Conocimientos y prácticas en tuberculosis pulmonar en médicos de familia de atención primaria de salud. La Habana, 2010. UO Medical Affairs. 2022;1(2): 84-95.

## ABSTRACT:

Pulmonary tuberculosis is a disease that is distributed worldwide. In Cuba, it is considered a re-emerging disease, and more efforts should be directed towards its prevention and control, with emphasis on strengthening the educational work of family doctors in primary health care. A cross-sectional descriptive observational study was carried out, with the objective of identifying the knowledge and practices on pulmonary tuberculosis in family physicians who work in primary health care family physician offices, from January to December of the year 2009. The study took place in the seven municipalities of the province of Havana, which presented during the five-year period 2001-2005 average rates greater than  $7 \times 10^5$  population, above the national average. The technique used was the survey through a questionnaire made up of 16 items that explored the knowledge and practices on pulmonary tuberculosis in these health professionals. The main difficulties in knowledge were the inadequate identification of risk factors and the non-diagnosis of cases; regarding practices, they did not identify measures aimed at preventing the disease. Despite this, family doctors have clinical-epidemiological knowledge about pulmonary tuberculosis.

**Key words:** pulmonary tuberculosis, knowledge and practices, family doctors.

## RESUMO:

A tuberculose pulmonar é uma doença de distribuição mundial. Em Cuba, é considerada uma doença reemergente, e mais esforços devem ser direcionados para sua prevenção e controle, com ênfase no fortalecimento do trabalho educativo dos médicos de família na atenção primária à saúde. Realizou-se um estudo observacional descritivo transversal, com o objetivo de identificar o conhecimento e as práticas sobre tuberculose pulmonar em médicos de família que atuam em consultórios de atenção primária à saúde de família, no período de janeiro a dezembro do ano de 2009. O estudo ocorreu nos sete municípios da província de Havana, que apresentaram no quinquênio 2001-2005 taxas médias superiores a  $7 \times 10^5$  população, acima

da média nacional. A técnica utilizada foi a pesquisa por meio de questionário composto por 16 itens que exploraram os conhecimentos e práticas sobre tuberculose pulmonar nesses profissionais de saúde. As principais dificuldades de conhecimento foram a identificação inadequada dos fatores de risco e o não diagnóstico dos casos; quanto às práticas, não identificaram medidas voltadas à prevenção da doença. Apesar disso, os médicos de família possuem conhecimento clínico-epidemiológico sobre tuberculose pulmonar.

**Palavras chave:** tuberculose pulmonar, saberes e práticas, médicos de família.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, ha tenido lugar en el mundo la emergencia o reemergencia de eventos epidemiológicos, entre ellos el incremento de la tuberculosis pulmonar, que ha vuelto a surgir como problema sanitario de primera magnitud, tanto en países en vías de desarrollo, como en los desarrollados<sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud calcula que entre un millón y medio y dos millones de personas mueren cada año debido a la tuberculosis. Se calcula que cada minuto se produce una muerte por esta causa. Hoy se registran más casos en el mundo que en toda la historia de la Humanidad<sup>2</sup>.

Conocida desde muchos años, esta es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis* que se puede propagar de una persona a otra por vía respiratoria fundamentalmente. Sin embargo, la sola presencia del agente causal no basta para que alguien enferme de tuberculosis; para que ésta se propague, tienen que darse, además, circunstancias desfavorables<sup>3</sup>.

A pesar de su distribución universal y de su pésima situación epidemiológica, la gran mayoría de los países desarrollados consideran esta enfermedad como superada y han dejado de luchar contra ella. Pero no podrá pensarse en su erradicación hasta que no desaparezca de la totalidad de la tierra<sup>1,4</sup>.

En el presente siglo con las migraciones masivas y la facilidad que existe para viajar, los países

industrializados presentan un incremento de sus tasas de tuberculosis pulmonar, ya que es traída por inmigrantes procedentes de zonas endémicas<sup>5</sup>.

La distribución de la tuberculosis pulmonar dependerá de las condiciones socioeconómicas del país o región, de la diferente lucha contra la tuberculosis pulmonar llevada a cabo y del impacto sufrido por la epidemia de VIH<sup>1</sup>.

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad curable desde hace más de 40 años y se conocen los razonamientos científicos para su control en la comunidad. La curación de casos, constituye, junto con la detección precoz de los enfermos las bases fundamentales para el control de la tuberculosis pulmonar. Así, en los últimos 40 años los países desarrollados han seguido acertados programas de control, lo que implica que los infectados en estos países sean mayores de 50 años. Por el contrario, las naciones en vías de desarrollo escasamente han luchado contra esta enfermedad, lo que hace que la población infectada sea menor de 50 años<sup>1,4,6</sup>.

Lo más importante es que en la actualidad se dispone de herramientas para expandirse rápidamente, se dispone de la estrategia *Directly Observed Therapy Short-course*. Desafortunadamente, hoy un bajo por ciento de los casos de tuberculosis el mundo tienen acceso a un buen tratamiento, de modo que la urgencia consiste en difundirlo rápidamente, en doblarlo o triplicarlo<sup>7</sup>.

La familia, la comunidad y los servicios de salud, son factores clave para el éxito en la curación de estas personas con tuberculosis pulmonar, por lo que se requiere que todos ellos desempeñen una función activa<sup>6,8</sup>.

Habitualmente se aprecia un marcado distanciamiento entre los médicos que trabajan en la atención primaria de salud (APS), los especialistas de la atención secundaria y las acciones en los programas de prevención, control y manejo de la tuberculosis<sup>9,10</sup>, sin tener en cuenta que los médicos que trabajan en los consultorios médicos de la familia son un grupo elemental y con funciones bien definidas en la comunidad.

En los profesionales que ejercen la APS se hace necesario investigar de forma científica sus conocimientos y prácticas sobre tuberculosis pulmo-

nar, datos estos que pudieran servir como marco teórico para el desarrollo de otras investigaciones futuras que fortalezcan el conocimiento en tuberculosis pulmonar en el personal de salud que mantiene la vigilancia y control de la enfermedad.

#### **Métodos:**

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, de los siete municipios de la provincia La Habana (según la división político administrativa previa) que presentaron durante el quinquenio 2001-2005 tasas promedio por encima de  $7 \times 10^5$  habitantes. Estos fueron: Melena del Sur, Mariel, Güira de Melena, San José de las Lajas, Quivicán, Guanajay y Güines (Considerados como municipios de alto riesgo del país, por exhibir las mayores tasas de incidencia de la enfermedad, por encima de la media nacional).

En cada municipio, se incluyeron todas las áreas de salud pertenecientes a los mismos y se aplicó el cuestionario al universo de 130 médicos de la familia que laboraba en los consultorios médicos de la familia de la atención primaria de salud. Por lo que no fue necesaria la selección muestral.

#### **Técnicas de obtención de la información:**

La información se obtuvo a partir de la aplicación de un cuestionario por medio de la técnica de encuesta.

La encuesta confeccionada fue validada por criterio de 12 expertos entre, sociólogos, psicólogos, médicos especialistas en Medicina General Integral (MGI), médicos especialistas en Epidemiología, médico especialista en Neumología y especialistas en educación para la salud, siendo evaluada según los criterios de Moriyama<sup>11</sup>, los que determinaron el contenido y la forma del cuestionario.

Para conocer las dificultades del instrumento en cuanto a la interpretación y comprensión de las preguntas se aplicó la encuesta a 14 médicos de la familia de dos áreas diferentes a las seleccionadas para la investigación, lo que permitió realizar la corrección del mismo.

#### **Procedimientos:**

Se realizó un encuentro en el aula virtual del Cen-

tro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de la provincia La Habana, con las responsables de Promoción y Educación para la Salud de cada municipio donde se aplicaría la encuesta, explicándole la importancia del estudio y la confidencialidad de los resultados, ya que las mismas fueron encargadas de llevar a cabo la recolección de la información.

Se aplicó la encuesta a todos los médicos pertenecientes a los consultorios médicos de la familia de la APS, correspondiente a los municipios estudiados.

### Procesamiento y análisis:

Se creó una base de datos para el procesamiento y análisis estadístico de los mismos a través de los paquetes estadísticos de SPSS Versión 17.0 y Excel.

### Aspectos éticos:

Para la ejecución de la investigación se contó con la aprobación de la dirección del Centro Provincial de Higiene Epidemiología y Microbiología de la provincia La Habana, Vicedirección de Transmisible y Jefe del Programa de Control de la Tuberculosis.

Se visitaron los municipios de alto riesgo y se explicó la importancia y utilidad del estudio a las instancias de gobierno y salud y se logró la aprobación de todos los implicados en la realización de la investigación.

Se convocó a todos los médicos de los consultorios médicos de la familia que participaron, con el objetivo de explicarles en qué consistía la investigación y el cuestionario que deberían llenar; el que a su vez no constituiría peligro para su integridad y se les aseguraba completa confidencialidad de las respuestas, el mismo era anónimo.

Una vez que se comprendió por parte de los participantes el propósito de la actividad, se procedió a la firma de un documento de consentimiento informado, donde se escribió lo antes explicado y sirvió como constancia de la aprobación por parte de los participantes para realizar la investigación.

## RESULTADOS:

Hubo un 100 por ciento de respuestas. De los suje-

tos estudiados, su distribución según grupos de edad; evidenció que el mayor grupo estuvo incluido entre los 25 y 29 años de edad, 51 (39.2 %) de los médicos de familia encuestados. A su vez se puede observar que el 10 % tiene una edad menor de 25 años y que el 50.8 % comprende las edades mayores a 30 años. Se encontró un predominio del sexo femenino 93 (71.5 %). La razón de sexo femenino/sexo masculino es de aproximadamente 2; o lo que es lo mismo, 2:1. Expresa que hay dos médicos de familia del sexo femenino por cada médico de familia del sexo masculino en el período de estudio (**Tabla 1**).

La **Tabla 2** mostró la distribución de médicos de la familia estudiados según calificación profesional, el 51.5 % de los médicos de familia encuestados fueron especialistas en MGI, un 12.3 % fue médico general y se encontraban en proceso de la residencia para alcanzar la especialización en MGI el 36.2 %.

Al observar la distribución de médicos de la familia estudiados según el tiempo que llevan desempeñándose en la APS, llevan trabajando menos de un año el 18.5 % y coincidentemente con el tiempo de residencia, o sea uno a dos años, el 20.8 % de los médicos encuestados; tres a seis años representa 33.8 % y tienen más de seis años de trabajo 35 médicos, siendo el 26.9 % (**Tabla 3**).

Al recoger las respuestas según la frecuencia del tipo de tuberculosis, 129 (99.2 %) marcaron a favor de la tuberculosis pulmonar (**Tabla 4**).

Se observó que, de 130 encuestados, 71 (54.6 %) no había diagnosticado personas con tuberculosis pulmonar (**Tabla 5**).

Al responder a las preguntas sobre conocimientos de los principales síntomas y signos más frecuentes que notifican las personas que padecen de tuberculosis pulmonar, la tos y expectoración fueron los más identificados, para un 97.7 % y 82.3 % respectivamente, seguidos por la astenia con un 74.6 %, los esputos hemoptóicos 64.6 % y la fiebre para un 58.5 % (**Tabla 6**).

El 99.2 % de los médicos de la familia marcó a favor de más de 14 días de evolución con signos y síntomas respiratorios puede padecer la enfermedad (**Tabla 7**).

El 98.5 % de los médicos encuestados re-

fiere el examen de esputo, seguido por el examen radiológico para un 88.5 %, como las principales investigaciones que se utilizan para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar (**Tabla 8**).

Al abordar sobre los grupos más vulnerables para el diagnóstico de casos nuevos de tuberculosis pulmonar, se observó que los inmuno-deprimidos, 96.2 %; los reclusos cohabitacionales, 95.4 % y los alcohólicos severos 93.8 %; fueron los grupos más identificados por los médicos de la familia encuestados. Llama la atención que el 100 % de los médicos de la familia no refiere a los trabajadores del turismo ni los agrícolas como grupos vulnerables de padecer la enfermedad (**Tabla 9**).

En relación a los mecanismos de transmisión de la tuberculosis pulmonar, se evidenció que el 99.2 % refiere la transmisión respiratoria. El 83.8 % de los médicos de la familia encuestados no identificó la vía digestiva; así como tampoco el 83.1 % refirió como mecanismo de transmisión al contagio a través de la piel o mucosas (**Tabla 10**). Por otra parte, en cuanto a la frecuencia de transmisión por la vía respiratoria, el 90 % manifestó que era frecuente.

Al investigar sobre los factores de riesgo para padecer de tuberculosis pulmonar, se identificaron el hacinamiento (94.6 %), el alcoholismo (90.8 %), seguido por las inmunodeficiencias como el sida, siendo el 87.7 %, la convivencia con enfermos, 84.6 % y las deficiencias nutricionales, 82.3 % (**Tabla 11**).

Al explorar sobre medicamentos más usados para el tratamiento de casos nuevos, se identificaron las principales drogas en el tratamiento de la enfermedad. El 96.9 % identificó isoniazida; 93.8 % la rifampicina; 86.9 % la pirazinamida; 81.5 % el etambutol y el 56.9 % de los médicos de familia que refirió a la estreptomina. No se identificaron medicamentos de segunda línea como tiacetazona, cicloserina y kanamicina, así como el ácido paramito salicílico con 0 % cada uno (**Tabla 12**).

Entre las medidas de prevención de las tuberculosis más identificadas fueron la vacunación con BCG y los exámenes a personas con tos y expectoración crónica, para un 84.6 % y 80.8 % respectivamente. El cultivo de las muestras de esputo, examen que realiza el diagnóstico de la enfermedad y confeccionar historia epidemiológica y listado de

convivientes, representaron el 69.2 % y 64.6 % respectivamente (**Tabla 13**).

En cuanto a la práctica de pesquisa pulmonar, el 99.2 % refiere realizar este tipo de actividad. El 100 % de los encuestados refirió como acción que cumple en la pesquisa la identificación de síntomas respiratorios de más de 14 días, seguido por la localización de los grupos vulnerables e identificación de convivientes, siendo el 91.5 % y 90 % respectivamente (**Tabla 14**).

En la **Tabla 15** se muestran las actividades preventivas que realizan los médicos de familia con enfermos de tuberculosis pulmonar y sus familias. El tratamiento oportuno de los síntomas fue referido por el 70.8 %. Sin embargo la tabla evidenció que solo el 90 % de los médicos de la familia realiza la búsqueda de contactos y el 78.5 % aboga por el tratamiento específico. Actividades como cara a cara y la consejería especializada la identificaron el 70.8 % y 63.1 % respectivamente, mientras que el desarrollo de actividades de comunicación grupal como las dinámicas familiares, el 77.7 % y las audiencias sanitarias por el 36.2 %.

## DISCUSIÓN:

Con relación a los conocimientos sobre tuberculosis pulmonar en los médicos encuestados se obtuvo que los médicos tienen una adecuada formación clínica, pero pobre pensamiento operativo y escaso enfoque epidemiológico y preventivo en sus acciones, con escasa tendencia a seguir los lineamientos básicos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Algunos médicos además se sienten marginados y no consultados en las decisiones del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, a los que se les reporta muy poca comunicación.

Con relación al pobre diagnóstico de los casos, puede estar relacionado por la no existencia de personas con tuberculosis pulmonar en el área de salud donde se desempeña, a pesar de encontrarse trabajando en los municipios considerados como alto riesgo para que una persona pueda padecer la enfermedad, en la provincia. Por otra parte, está el insuficiente enfoque epidemiológico de los profesionales de salud en la APS y no pensar en la tuberculosis pulmonar. Similar resultado se encontró en el estudio de conocimientos, actitudes

y prácticas sobre tuberculosis en médico interno de pregrado de diecisiete países latinoamericanos, 2018, donde se encontró que los participantes tenían un conocimiento bajo sobre diagnóstico de la tuberculosis<sup>12</sup>.

De igual manera en la investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de la Costa Pacífica colombiana, la mayoría de trabajadores con conocimientos inadecuados sobre la tuberculosis no tenían dedicación exclusiva al programa de tuberculosis; el porcentaje de respuestas incorrectas a las preguntas realizadas fueron mayores en este grupo<sup>13</sup>.

Sobre los signos y los síntomas de la tuberculosis, todas las respuestas mostradas pueden considerarse correctas, excepto la cefalea; pero se trataba de explorar y precisar cuales serían los principales, con el objetivo de que el médico de la familia siempre piense en la tuberculosis pulmonar. Explícitamente, si una persona presenta tos de tres días o tos y expectoración de siete días, pero con el enfoque clínico, epidemiológico y social se sospecha la enfermedad, no debe vacilar en investigarla.

Por otra parte, la tos y la expectoración después de 14 días, y algunos neumólogos plantean que hasta 21 días, es más certero de hacer el diagnóstico clínico de la enfermedad. Para los médicos de la familia es tan importante la confirmación del diagnóstico como la búsqueda de aquellas personas sospechosas de tener la enfermedad (según criterio de especialista en Neumología y experto del Programa de Control de la Tuberculosis en la provincia La Habana y que participó de la validación del cuestionario).

Con relación a la vía de transmisión, cabe señalar que, con la disminución de la tuberculosis bovina y el aumento en el consumo de leche pasteurizada, además de la vulnerabilidad del bacilo al calor y las dificultades para soportar la acidez gástrica y penetrar las barreras digestivas, hacen que la vía de transmisión digestiva se considere como excepcional. Por otra parte, el mecanismo de transmisión al contagio a través de la piel o mucosas sucede cuando se pone en contacto con material contaminado y no obstante es de forma

ocasional y excepcionalmente. Datos similares fueron encontrados en la investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de la Costa Pacífica colombiana, poseen los conocimientos sobre la forma de transmisión, en un 89.5 %<sup>13</sup>.

Un enfoque integral en la APS estaría dirigido a detectar y modificar los factores de riesgo expuestos, ya que en mayor o menor medida todos son factores de riesgo para padecer la enfermedad y una vez que haya ocurrido la infección el riesgo de enfermar es difícil de establecer pues está condicionado a muchos de estos factores de riesgo. Desafortunadamente, entre nuestros entrevistados mostraron poco acierto al definir los factores de riesgo para padecer la tuberculosis pulmonar.

Con relación a los conocimientos sobre el manejo de la enfermedad, se identificaron las principales drogas en el tratamiento de la enfermedad. Algo que resulta muy positivo al saber que esta enfermedad se trata en la APS, así es que el médico de la familia debe saber que el tratamiento de la enfermedad tiene definido metas y objetivos, que existen varios esquemas terapéuticos, pero los basados en la poliquimioterapia son los más efectivos.

El programa cubano tiene precisado dos principios sobre los que descansa el tratamiento: la asociación de varias drogas y el tratamiento prolongado. Para ello se aplica el tratamiento acortado directamente observado<sup>7</sup>. El esquema de tratamiento en Cuba consta de dos fases y utiliza los medicamentos considerados de primera línea: isoniazida, rifampicina, pirazinamida, estreptomina y etambutol, mientras que los de segunda línea son: quinolonas, cicloserina, kanamicina, etionamida, tiacetazona y amikacina.

En el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en médico interno de pregrado de diecisiete países latinoamericanos, 2018, se encontró que los participantes tenían un conocimiento bajo sobre tratamiento de la tuberculosis, en un 50.6 %. También encontraron evidencia de una asociación significativa entre una mayor experiencia clínica indicada por aquellos que habían visto casos y una radiografía de tórax de un paciente con tuberculosis y/o quienes habían asistido

a una pasantía en centros clínicos y tenían un mayor conocimiento del diagnóstico de la tuberculosis y el tratamiento. Esto puede estar relacionado con el tiempo dedicado a la información personal sobre la tuberculosis y la cantidad de pacientes con tuberculosis atendidos por estudiantes de medicina. Esto está en línea con otras encuestas, incluso realizadas entre estudiantes de medicina<sup>12</sup>. También, con relación a los conocimientos sobre el manejo de la enfermedad, en la investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de la Costa Pacífica colombiana; el 84 % conocen el esquema de tratamiento indicado para casos nuevos de tuberculosis, pero solo la mitad (51 %) conocen el esquema para un caso definido como fracaso<sup>13</sup>.

En otro estudio realizado con el objetivo de identificar el nivel cognoscitivo de los médicos de familia del municipio Guanajay en relación con el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis; se demostró que el 87.18 % (34) de los médicos, saben tratar a un caso de tuberculosis; sin embargo, el 58.97 % desconocen la conducta que se debe seguir cuando tienen un caso positivo de tuberculosis en su comunidad<sup>14</sup>.

Con relación a la práctica de los médicos encuestados sobre tuberculosis pulmonar se obtuvo que los médicos de la familia, así también los demás integrantes del equipo básico de salud deberán orientar las medidas preventivas, mientras que un diagnóstico y tratamiento precoz, acorta la transmisibilidad, aumenta la posibilidad de cura y disminuye el riesgo de morir. Los médicos de la familia no reconocen las medidas para prevenir la enfermedad, demostrado en los resultados del estudio por los porcentajes tan bajos para identificar medidas preventivas con menos del 70 %.

En el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en médico interno de pregrado de diecisiete países latinoamericanos, 2018; los participantes tenían un conocimiento bajo sobre prevención de la tuberculosis, en un 47.97 %<sup>12</sup>.

En el estudio realizado con el objetivo de identificar el nivel cognoscitivo de los médicos de familia del municipio Guanajay en relación con el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis,

el 48.7 % de los médicos (18) realizan actividades deficientes de prevención de la enfermedad y promoción de salud; 15 (38.46 %) desconocen cuáles son los requisitos que se deben tener en cuenta para la toma de muestra de esputos, y el 43.59 % obtuvo una calificación deficiente en lo referente a las actividades que el médico de familia debe realizar en el control de foco de un caso de tuberculosis<sup>14</sup>.

El médico de la familia confía en la baja incidencia de la enfermedad y hace que no se considere la misma como un problema de salud por lo que no se piensa en la misma como un diagnóstico a descartar a pesar de los factores y grupos de riesgo, esta baja detección de casos; sumado la pobre pesquisa, es un problema que ayuda a la propagación de la tuberculosis pulmonar.

Son acciones a realizar en la pesquisa de tuberculosis pulmonar todas las expuestas y el equipo básico de salud juega un papel fundamental para el desarrollo de las mismas.

En el estudio mencionado anteriormente, que fue realizado con el objetivo de identificar el nivel cognoscitivo de los médicos de familia del municipio Guanajay en relación con el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, el 23.07 % de los médicos examinados tienen conocimientos deficientes acerca de los grupos de riesgos de la enfermedad sobre los que se debe trabajar en la comunidad para la pesquisa activa y pasiva de la tuberculosis<sup>14</sup>.

En los hallazgos de la investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de la Costa Pacífica colombiana, la mayoría de los trabajadores de la salud conocen los grupos de personas en los que se debe realizar búsqueda activa de tuberculosis (73.7 %), la necesidad de realizar prueba de VIH en la población infectada con tuberculosis (89.5 %), cuándo solicitar un cultivo diagnóstico en tuberculosis (97 %) y cuándo solicitar prueba de sensibilidad en tuberculosis<sup>13</sup>.

En cuanto a las actividades de seguimiento, la mayoría (97 %) creen que la visita domiciliar en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis se debe realizar en todos los casos y la visita a los contactos al inicio del tratamiento, a los 6 y 12 meses de tratamiento, según el 84 %<sup>13</sup>.

En ese mismo estudio, el 79 % realiza educación a la población general que consulta a su institución de salud sobre tuberculosis cada tres meses. Con respecto a las actitudes de los trabajadores de la salud frente a la educación del paciente y su familia, se destaca que la mayoría está de acuerdo en que es interesante informar y educar, es satisfactorio hacerlo<sup>13</sup>.

Respecto a esto, resultado similar se obtuvo en la presente investigación, donde las actividades preventivas que realizan los médicos de familia encuestados con enfermos de tuberculosis pulmonar y sus familias, referentes a educación sanitaria continua, no alcanzan el 80 %.

### CONCLUSIONES

Los médicos de familia de los consultorios médicos de la familia en la APS, tienen conocimiento clínico-epidemiológico sobre la tuberculosis pulmonar; aunque deben mejorar en la búsqueda de casos y en la identificación de los grupos de riesgo. Estos

profesionales de la salud no realizan actividades en la práctica de prevención en tuberculosis pulmonar, a pesar de encontrarse implícitas en su accionar como profesional de la salud del nivel de atención primaria.

### AGRADECIMIENTOS:

- A los especialistas y los expertos que colaboraron con sus habilidades en la constancia de este trabajo.
- A todos los médicos de familia objetos de esta investigación, que, a pesar de su agitado desempeño, siempre se mostraron cooperativos y solidarios.
- A las responsables de la coordinación de promoción y educación para la salud de los municipios donde se realizó la investigación, por ser tan laboriosas y comprometidas.

**Financiamiento:** No existe fuente de ayuda financiera. No existe conflicto de intereses.

**Tabla 1.** Distribución de médicos de la familia encuestados según grupos de edad y sexo. La Habana, 2009.

Grupos de edad	Sexo				No.	%
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%		
Menos de 25 años	8	61.5	5	38.5	13	10.0
25 - 29 años	41	80.4	10	19.6	51	39.2
30 - 34 años	7	63.6	4	36.4	11	8.5
35 - 39 años	12	80.0	3	20.0	15	11.5
40 - 44 años	13	72.2	5	27.8	18	13.8
45 - 49 años	6	66.7	3	33.3	9	6.9
50 - 54 años	4	57.1	3	42.9	7	5.4
55 y más años	2	23.3	4	66.7	6	4.6
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>71.5</b>	<b>37</b>	<b>28.5</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

**Tabla 2.** Distribución de médicos de la familia encuestados según calificación profesional. La Habana, 2009.

Calificación profesional	Frecuencia	%
Médico Especialista	67	51.5
Médico General	16	12.3
Médico Residente 1er año	22	16.9
Médico Residente 2do año	24	18.5
Médico Residente 3er año	1	0.8
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

**Tabla 3.** Distribución de médicos de la familia encuestados según tiempo que lleva trabajando en la APS. La Habana, 2009.

Tiempo que lleva trabajando en la atención primaria de salud	Frecuencia	%
menos de un año	24	18.5
1-2 años	27	20.8
3-4 años	21	16.2
5-6 años	23	17.7
más de 6 años	35	26.9
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

**Tabla 4.** Distribución de respuestas de médicos de la familia encuestados según tipo de tuberculosis más frecuente. La Habana, 2009.

Tipo de tuberculosis	Frecuencia	%
Tuberculosis pulmonar	129	99.2
Tuberculosis ganglionar	1	.8
Total	130	100

**Tabla 5.** Distribución de los médicos de la familia encuestados según diagnóstico de tuberculosis pulmonar. La Habana, 2009.

Diagnóstico de tuberculosis pulmonar	Frecuencia	%
No	71	54.6
Si	59	45.4
Total	130	100

**Tabla 6.** Conocimientos sobre principales síntomas y signos de tuberculosis pulmonar en médicos de familia encuestados. La Habana, 2009.

Síntomas y signos	Frecuencia	%
Tos	127	97.7
Expectoración	107	82.3
Astenia	97	74.6
Espustos hemoptóicos	84	64.6
Fiebre	76	58.5
Dolor torácico	37	28.5
Disnea	35	26.9
Dolores osteoarticulares	11	8.5
Cefalea	6	4.6

N= 130

**Tabla 7.** Conocimientos sobre la evolución de la tuberculosis pulmonar en médicos de familia encuestados. La Habana, 2009.

Evolución de la tuberculosis pulmonar	Frecuencia	%
tos de tres días	0	0
tos y expectoración de 7 días	1	0.8
tos y expectoración de 14 días	129	99.2
Total	130	100

**Tabla 8.** Conocimientos sobre investigaciones para el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en médicos de la familia encuestados. La Habana, 2009.

Investigaciones	Frecuencia	%
Examen de esputo	128	98.5
Examen radiológico	115	88.5
Examen clínico	86	66.2
Prueba de tuberculina	77	59.2
Examen histológico	23	17.7
Investigación serológica al VIH	13	10.0
Examen de orina	1	0.8

N= 130

**Tabla 9.** Conocimientos sobre grupos más vulnerables para el diagnóstico de casos nuevos de tuberculosis pulmonar en médicos de la familia encuestados. La Habana, 2009.

Grupos vulnerables	Frecuencia	%
Inmunodeprimidos	125	96.2
Reclusos cohabitacionales	124	95.4
Alcohólicos severos	122	93.8
Ancianos	112	86.2
Albergados	98	75.4
Fumadores activos	83	63.8
Diabéticos	58	44.6
Familiares relacionados	55	42.3
Enfermos psiquiátricos	38	29.2
Vecinos del barrio	26	21.5
Niños pequeños	24	18,5

N= 130

**Tabla 10.** Conocimientos sobre mecanismos de transmisión de la tuberculosis pulmonar en médicos de la familia encuestados. La Habana, 2009.

Mecanismos de transmisión	Frecuencia	%
Vía respiratoria	129	99.2
Contagio a través de piel y mucosas	22	16.9
Vía digestiva	21	16.2
Contacto sexual	1	0.8

**Tabla 11.** Conocimientos sobre factores de riesgo para padecer de tuberculosis pulmonar en médicos de la familia encuestados. La Habana, 2009.

Factores de riesgo	Frecuencia	%
Hacinamiento	123	94.6
Alcoholismo	118	90.8
Inmunodeficiencias	114	87.7
Convivencia con enfermos	110	84.6
Deficiencias nutricionales	107	82.3
Antecedentes personales o familiares de tuberculosis	86	66.2
Ancianidad	80	61.5
Abandono familiar y social	56	43.1
Diabetes mellitus	55	42.3
Escasez de recursos económicos	49	37.7
Bronquitis crónica	49	37.7
Oficio de minero	34	26.2

N= 130

**Tabla 12.** Conocimientos sobre medicamentos más usados para el tratamiento de casos nuevos. La Habana, 2009.

Medicamentos	Frecuencia	%
Isoniacida	126	96.9
Rifampicina	122	93.8
Pirazinamida	113	86.9
Etambutol	106	81.5
Estreptomicina	74	56.9
Etionamida	3	8.3
Tiacetazona	0	0
Cicloserina	0	0
Kanamicina	0	0
Ácido paramito salicílico	0	0

N= 130

**Tabla 13.** Medidas que orientan los médicos de la familia encuestados para prevenir la tuberculosis pulmonar. La Habana, 2009.

Medidas	Frecuencia	%
Vacunación con BCG	110	84.6
Exámenes a personas con tos y expectoración crónica	105	80.8
Usar manos o servilletas al toser o estornudar	103	79.2
Ventilación adecuada de habitaciones	100	76.9
Uso personal de vasos y cucharas	95	73.1
Notificar y registrar casos nuevos y recaídas	95	73.1
Comunicar a epidemiólogos casos confirmados	93	71.5
Cultivo de las muestras de esputos	90	69.2
Confeccionar Historia Epidemiológica y listado de convivientes	84	64.6
No interrumpir el tratamiento	69	53.1
Dieta balanceada	64	49.2
Rayos X de tórax y examen de esputo a convivientes	58	44.6
Quimioprofilaxis con isoniacida	55	42.3
Realizar ejercicios físicos y dormir bien	35	26.9
Control semanal del tratamiento	29	22.3
Usar tapabocas	21	16.2
Rayos X de tórax mensual	8	6.2
Rayos ultravioletas	2	1.5

N= 130

**Tabla 14.** Acciones que cumplen los médicos de la familia encuestados en la pesquisa de tuberculosis pulmonar. La Habana, 2009.

Acciones	Frecuencia	%
Identifico SR+14	130	100.0
Localizo grupos vulnerables	119	91.5
Identifico convivientes	117	90.0
Identifico personas que viven en asentamientos críticos	92	70.8
Identifico personas que viven en instituciones cerradas	87	66.8
Identifico personas que laboran en instituciones cerradas	68	52.3

N= 130

**Tabla 15.** Actividades preventivas que realizan los médicos de familia encuestados con enfermos de tuberculosis pulmonar y sus familias. La Habana, 2009.

Actividades preventivas	Frecuencias	%
Búsqueda de contactos	117	90.0
Tratamiento específico	102	78.5
Dinámicas familiares	101	77.7
Cara a cara con el paciente	92	70.8
Tratamiento oportuno de los síntomas	92	70.8
Consejería especializada	82	63.1
Audiencias sanitarias	47	36.2

N= 130

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

<sup>1</sup> **Furin J, Cox H, Pai M.** Tuberculosis. The Lancet [Internet]. 2019; 393(10181):1642-1656. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30308-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30308-3)

<sup>2</sup> **Moya G, Borroto S, Padilla O.** Algunas características clínico-epidemiológicas de los

casos de tuberculosis hospitalizados en el instituto «Pedro Kourí». Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 1999 [citado 2010 Feb 3];15(3):232-236. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000300002&lng=es)

<sup>3</sup> **Churchyard G, Kim P, Shah NS, Rustomjee R, Gandhi N, Mathema B, et al.** What We Know About Tuberculosis Transmission: an overview. J Infect Dis [Internet]. 2017;216(6): S629-S635. Disponible en: <http://doi.10.1093/infdis/jix362>

<sup>4</sup> **Natarajan A, Beena PM, Devnikar AV, Mali S.** A systemic review on tuberculosis. Indian J Tuberc [Internet]. 2020;67(3):295-311. Disponible en: <http://doi.10.1016/j.ijtb.2020.02.005>

<sup>5</sup> **Pareek M, Greenaway C, Noori T, et al.** The impact of migration on tuberculosis epidemiology and control in high-income countries: a review. BMC Med [Internet]. 2016; 14(48). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0595-5>

<sup>6</sup> **Martínez A, Calpe J L, Llavador G, Ena J, Calpe A.** Prevención primaria y tratamiento de la infección tuberculosa latente con isoniazida: eficacia de un programa de control, 1997-2002. Arch Bronconeumol [Internet]. 2005;41(1):27-33. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-prevenccion-primaria-tratamiento-infeccion-tuberculosa-articulo-S0300289605747025>

<sup>7</sup> **Cardona J, Jiménez E, Mejía L.** La estrategia directly observed therapy short-course (DOTS), en búsqueda de la cura para la tuberculosis. MedUNAB [Internet]. 2014;16(3): 143-148. Disponible en: <https://doi.org/10.29375/01237047.1948>

<sup>8</sup> **Sevy JI, Peláez O, Arteaga AL, Armas L, Borroto S, González CE.** Tuberculosis en la Ciudad de La Habana, 1995-1999. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2003; 37(3):326-332. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000300010>

<sup>9</sup> **Zayas M.** Logros y desafíos de un médico de familia en la gerencia del programa nacional de control de la tuberculosis. Revista Cubana

- de Medicina General Integral [Internet]. 2000 [citado 2010 Feb 3];16(5):491-496. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252000000500012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000500012&lng=es)
- <sup>10</sup> **Machín A, González E, Armas L.** Sistema automatizado para la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en la atención primaria en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 1995 [citado 2010 Feb 3];21(1):3-11. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661995000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661995000100002&lng=es)
- <sup>11</sup> **Moriyama IM.** Indicators of social change [Internet]. New York: Russell Sage Foundation; 1968. Chapter 11, Problems in the Measurement of Health Status; p. 573-595. Disponible en: <https://www.russellsage.org/sites/default/files/IndicatorsSocialChange-part2.pdf>
- <sup>12</sup> **Rodríguez AI, Ríos CM.** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en médico interno de pregrado de diecisiete países latinoamericanos, 2018. *Rev Hisp Cienc Salud* [Internet]. 2019;4(4):159-165. Disponible en: <https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/383>
- <sup>13</sup> **Carvajal R, Varela MT, Hoyos PA, Angulo ES, Duarte C.** Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de la Costa Pacífica colombiana. *Rev. Cienc. Salud* [Internet]. 2014;12(3):339-352. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/3308>
- <sup>14</sup> **Berdasquera D, Suárez CL, Acosta S, Medina NL.** El Médico de Familia y el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2002 [citado 2010 Feb 3];18(3):195-197. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000300005&lng=es)

