

Prácticas, actitudes y conocimientos sobre leishmaniosis cutánea en una población de alta prevalencia

Practices, attitudes and knowledge of cutaneous leishmaniosis in a high prevalence population

Juan Becerra-Vallejos^{1,a}, Nadia Marilyn Díaz-Barboza^{1,b}, Cristian Díaz-Vélez^{2,3,c}

RESUMEN

Objetivo: Medir prácticas, actitudes y conocimientos sobre uta en una población de alta prevalencia. **Material y Método:** Estudio observacional, descriptivo enfoque cuantitativo, realizado en el Centro Poblado Hierba Buena. Muestra obtenida de 975 hab. Nivel de confianza 95%, proporción esperada de 68% mediante EPIDAT 3.1, muestreo aleatorio estratificado. Durante análisis utilizamos SPSS versión 17,5 y Excel 2013. **Resultados:** conocimiento malo (67,87%) sobre la Uta; no reconocen herida de uta 84,34%; no reconoce agente etiológico 69,08%; se curan con hierbas 71,08%; no saben sobre la transmisión 81,93% y el 99,20% no reconocen al principal reservorio. Las actitudes 98,39% están dispuestos a participar de medidas educativas y el 86,35% asistiría al puesto ante herida sospechosa. En prácticas solo el 6,46% utilizan mosquitero. Ninguno de ellos realiza otra práctica preventiva. **Conclusión:** Conocimientos y prácticas sobre Uta son malos; mientras que las actitudes son buenas en pobladores de Hierba Buena.

Palabras clave: Conocimientos, actitudes, prácticas, Leishmaniasis. (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objective: Measure practices, attitudes and knowledge about uta in a high prevalence population. **Material and Method:** Observational, descriptive quantitative approach, performed at the Yerba Buena Center Village. Sample obtained from 975 hab. 95% confidence level, 68% expected rate of 3.1 EPIDAT by stratified random sampling. During analysis we used SPSS version 17.5 and Excel 2013. **Results:** Knowledge bad (67.87%) on Uta; uta not recognize wound 84.34%; not recognized etiologic agent 69.08%; They heal with herbs 71.08%; They do not know about the transmission 81.93% and 99.20% do not recognize the main reservoir. Attitudes 98.39% are willing to participate in educational measures and attend to 86.35% as against suspicious wound. In practical use only 6.46% net. Neither does another preventive practice. **Conclusion:** Knowledge and practices about Uta are bad; while attitudes are good residents of Yerba Buena.

Keywords: Knowledge, attitudes, practices, Leishmaniasis. (Source: DeCS-BIREME).

INTRODUCCIÓN

La leishmaniosis es una enfermedad transmitida por vectores y presenta diferentes formas clínicas: cutánea, mucocutánea y visceral⁽¹⁾. El Modo de Transmisión depende de la presencia de un reservorio apropiado, un vector adecuado y una población susceptible⁽²⁾. El agente etiológico es un protozoario dimórfico que pertenece a la familia Trypanosomatidae, del genero Leishmania. En el Perú se han identificado las varias especies de Leishmania y en casos de leishmaniosis cutánea andina (Uta) es causada por la L. (V.) peruviana⁽³⁾.

El vector es la Lutzomia, es un pequeño mosquito de 1,5 - 2 mm de tamaño que, en algunas zonas de nuestro país se le conoce con el nombre de "manta blanca" o "titira", su cuerpo está cubierto de bastantes pelos y tiene las alas erectas en forma de "V"³. El principal reservorio de Leishmania (V.) peruviana son los perros domésticos⁴. La Leishmaniosis Cutánea son lesiones que aparecen luego de 2 a 4 semanas luego de la picadura⁽³⁾, se evidenciará con una mácula eritematosa,

1. Puesto de Salud Hierba Buena, Cañaris. Ferreñafe-Perú.

2. Hospital Regional Lambayeque. Chiclayo-Perú.

3. Facultad de Medicina, Universidad San Martín de Porres. Chiclayo-Perú.

a. Médico Cirujano.

b. Licenciada en Enfermería.

c. Médico Epidemiólogo.

poco pruriginosa, de un tamaño menor a 5 mm de diámetro, o también puede presentarse como un nódulo o una simple induración que puede ser única o múltiple⁽⁴⁾. La lesión es una úlcera que produce un exudado seroso, que al secarse forma una costra que cubre toda la herida, que luego cae y se observa una lesión redondeada, generalmente no dolorosa, con fondo granulomatoso grueso y con exudado seroso usualmente no purulento. Se va describir como una lesión de un “cráter de volcán”, con bordes elevados bien definidos, hiperpigmentados⁽⁴⁾. La localización de la úlcera es más frecuente en las partes expuestas del cuerpo, especialmente las extremidades y cara⁴. Según la Organización Panamericana de la Salud el estibogluconato de sodio es el tratamiento más usado⁽⁵⁾.

En la Prevención se recomienda utilizar repelentes para insectos, mosquiteros o telas metálicas y usar camisas de manga larga y pantalones o repelente en el caso de transitar por zonas selváticas o con mucha vegetación. Fumigar las paredes de las viviendas con insecticidas de acción residual⁶. Construcción de viviendas dejando una distancia de al menos 400 metros a partir del límite de los bosques o áreas de densa vegetación⁷. Se debe promover la limpieza de las malezas, piedras, drenajes de acequias y troncos de madera en descomposición en los alrededores de la vivienda⁽³⁾.

La leishmaniosis está presente en 5 continentes y es endémica en 98 países⁸, entre el período 2001-2011, fueron 18 países de América Latina que registraron casos de leishmaniosis cutánea y mucocutánea. El 40,36% (257 812) de los casos se han concentrado en la Sub Región Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), el 75,8 % de los casos de leishmaniosis a nivel de América del sur están concentrados en los países de Brasil, Colombia y Perú y solo la forma mucocutánea de leishmaniosis se limita en América del Sur⁽⁸⁾. El Perú es uno de los 10 países que reportan más del 90% de los casos de leishmaniosis cutánea en el mundo⁹, en los últimos años ha mostrado una tendencia al incremento como en el resto de los países de la región. En el año 2007, alcanzó el pico más alto con más de 10 000 casos notificados al sistema de vigilancia entre la forma cutánea y la forma mucocutánea, con una tasa de incidencia acumulada (TIA) para la forma cutánea de 35 casos por cada 100 000 habitantes. Para el año 2013, se notifica 5,3 % (358) de casos, menos que el año 2003 en el mismo período, con una reducción del 6,3 % (406) en la forma cutánea y un incremento del 14,1 % (48) de la forma mucocutánea⁽⁸⁾.

En el año 2014 en el departamento de Lambayeque se han reportado 435 casos nuevos de leishmaniosis, el cual representa a las 245 en sexo varón y 190 en sexo mujeres, teniendo en el Centro Poblado de Hierba Buena 37 casos nuevos entre los cuales 18 son varones y

19 son mujeres⁽¹⁰⁾, Es por eso que se tiene que tener en cuenta las prácticas, actitudes y conocimientos, que tiene la población de las zonas endémicas, porque de cierta manera va estar relacionado con el aumento de cantidad de casos nuevos, ya que la población pueda que no tengan bien en claro todo lo relacionado con esta enfermedad, ni tampoco tengan una buena atención curativa que su único objetivo es eliminar el parásito, evitar las complicaciones y mortalidad, y así logrando una recuperación precoz para reinserción del paciente a sus actividades cotidianas y coadyuvar al control de la transmisión de la enfermedad; por todas las razones ya mencionadas se plantea medir los prácticas, actitudes y conocimientos que tienen los pobladores del Centro Poblado de Hierba Buena, del distrito de Cañaris.

La Leishmaniosis es una enfermedad en el Perú que se encuentra más en la parte de los valles interandinos y la área selvática, en donde se encuentra un clima variable que es favorable para la propagación del insecto trasmisor *Lutzomyia* y que tiene como reservorio a los vertebrados. En el año 2014 en el departamento de Lambayeque se han reportado 435 casos nuevos de leishmaniosis, de los cuales 37 casos nuevos reportados son del C.P. Hierba Buena, siendo los más afectados los niños y el sexo que predomina son las mujeres⁽¹⁰⁾.

Por lo que se planteó como objetivo medir el nivel de conocimientos actitudes y prácticas sobre uta en la población de Hierba Buena, entre el periodo de enero - abril del 2015.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de investigación: el diseño que se va utilizar en el presente proyecto de investigación es observacional, de tipo descriptivo y con enfoque cuantitativo.

Población y muestra: la población de estudio en el proyecto de investigación del Centro Poblado Hierba Buena es de 975 habitantes que pertenecen al Distrito Cañaris, el cual están distribuidos por 06 caseríos.

Para obtener la muestra se utilizó el programa de EPIDAT 3.1, con población de 975 habitantes, nivel de confianza de 95%, precisión de 5% y proporción esperada 68% de la variable de conocimientos sobre leishmaniosis (conocimiento insuficiente)⁽⁹⁾, obteniéndose una muestra de 249 habitantes.

Luego se hizo en programa EPIDAT 3.1 la selección de muestra, en el cual se utilizó la opción el muestreo aleatorio estratificado por cada caserío. De cada caserío se encuestó en forma aleatoria y de acuerdo a la cantidad de población como lo indica el siguiente cuadro:

Cuadro N°01. Distribución de muestra por caserío

Caserío	Población	Muestra
Hierba Buena	410	105
Machucará	182	46
Moyan	66	18
Villa Rumi	111	28
Cangrejera	131	33
El palacio	75	19
Total	975	249

De cada caserío se entrevistó un número de casas, y de cada casa solamente se encuestara a una sola persona, es decir de 1 casa es igual a 1 habitante, y de esta manera hasta completar la muestra.

Se incluyeron a personas que tenga radicando como mínimo 6 meses en el lugar de estudio, excluyéndose a los que acepte participar en estudio y que presenten patología mental que no permiten participar.

Técnicas e instrumentos: la técnica aplicada se realizó de dos maneras al grupo que no sabía leer ni escribir se aplicó la encuesta tipo entrevista que dura un aproximado de 20 minutos, donde se lee cada pregunta al encuestado y el responde que alternativa le parece más correcta. A otro grupo que sabía leer y escribir el instrumento auto-administrado.

Descripción de los instrumentos: la encuesta que se utilizó en este proyecto consta de 23 preguntas en 4 secciones: Datos generales (3 preguntas), datos sobre conocimientos (14 preguntas referente a modo de transmisión, vector, reservorio, aspectos clínicos y tratamiento), prácticas (5 preguntas) y actitudes (4 preguntas).

Validez y confiabilidad de los instrumentos: la encuesta que se aplicó fue validada por expertos, ya que las preguntas que se han elegido del trabajo de Venezuela de Nieves, Elsa y colaboradores (5) fueron adaptadas a nuestra realidad mediante revisión de expertos.

Técnicas para el procesamiento de la información: la investigación es un estudio descriptivo, donde todos los datos recolectados por medio de la encuesta y se describieron en proporciones para los resultados, motivo por el cual se utilizó el programa SPSS versión 17.5 y EXCEL 2013 para el desarrollo de tablas de distribución numérica y porcentual.

Aspectos éticos: en la investigación se pidió permiso a los diferentes Tenientes gobernadores de los diferentes caseríos; y ya teniendo todos los permisos de las autoridades se paso a encuestar a la población, donde se les preguntó si querían participar en la encuesta, procediendo a encuestar a todos aquellos con respuesta afirmativa.

RESULTADOS

Tabla N°01. Datos demográficos de la población del Centro Poblado Hierba Buena entre el periodo de Enero - Abril del 2015

Datos demográficos	n(249)	%
Nivel de Instrucción		
Analfabeto	27	10,84
Primaria	200	80,32
Secundaria	22	8,84
Superior	0	0
Grupo Etáreo		
Adulto joven (18-25)	46	18,47
Adulto (25-59)	194	77,91
Adulto mayor (>60)	9	3,61
Sexo		
Masculino	122	49
Femenino	127	51

En total se entrevistaron 249 pobladores. Con respecto a la distribución por edad la media fue de 38 años (ds=13,951). La mayoría de la población estudiada tiene nivel de instrucción Primaria (80,32%) y Analfabeto (10,84%). Con respecto al grupo etáreo, el grupo más frecuente fue el adulto (77,91%), seguido por adulto joven (18,47%) y adulto mayor (3,61%). En cuanto al sexo de los entrevistados la predominó el sexo femenino (51%) seguido del sexo masculino (49%).

Tabla N°02. Calificaciones de conocimientos sobre Leishmaniasis cutánea en el Centro Poblado Hierba Buena entre el periodo Enero - Abril del 2015

Ítem	BUENO	REGULAR	MALO
Si reconoce la Herida de Uta	0 (0%)	39(15,66%)	215(84,34%)
Si reconoce al Agente etiológico	0 (0%)	77(30,92%)	172(69,08%)
Si conoce el tratamiento de Uta	0 (0%)	72(28,92%)	177(71,08%)
Si conoce el modo de transmisión	0 (0%)	45(18,07%)	204(81,93%)
Si conoce el principal reservorio	0 (0%)	2(0,80%)	247(99,20%)
TOTAL	0 (0%)	80 (32,13%)	169 (67,87)

Se observó que el mayor porcentaje 67,87% del grupo en estudio tiene conocimientos malo sobre la Leishmaniasis. Solo el 15,66%, reconoce la herida de Uta. El 69,08% no reconoce al agente etiológico de Uta. El 71,08% usa tratamiento a base de hierbas. El 18,07% conoce que el modo de transmisión de la uta es por la picadura de la lutzomia o manta blanca y el 99,20% no reconoce el reservorio de la Uta.

Tabla N°03. Calificaciones de Prácticas sobre Leishmaniasis cutánea en el Centro Poblado Hierba Buena entre el periodo Enero - Abril del 2015

Ítem	BUENO	REGULAR	MALO
Si utiliza ropa manga larga	0 (0%)	0 (0%)	249(100%)
Si utiliza Repelente	0 (0%)	0 (0%)	249(100%)
Si utiliza mosquitero	0 (0%)	16(6,46%)	233(93,54%)
Si usa tela metálica en puertas y ventanas	0 (0%)	0 (0%)	249(100%)
TOTAL	0 (0%)	16(6,46%)	233(93,54%)

Con respecto a las practicas la mayoría de la población el 93,54% no utiliza ninguna medida preventiva ante la Leishmaniasis, mientras que solo el 6,46% de la población practica al menos una medida preventiva que es el uso de mosquiteros.

Tabla N°04. Calificaciones de Actitudes sobre Leishmaniasis cutánea en el Centro Poblado Hierba Buena entre el periodo Enero - Abril del 2015

Ítem	FAVORABLE	DESAVORABLE
Si acudiría a P.S. ante herida sospechosa de Uta	215(86,35%)	34(13,65%)
Si estaría dispuesta a participar de taller sobre medidas educativas de Uta	245(98,39%)	4(1,61%)

Con respecto a las actitudes, se pregunto que si ante heridas sospechosas de Leishmaniasis acudirían al Puesto de Salud la mayoría de Ellos el 86,35% respondió afirmativamente frente a tan solo 13,65% de ellos que preferían esperar en casa y se pregunto que si estarían de acuerdo en participar sobre medidas educativas en Leishmaniasis, la mayoría de Ellos el 98,39% respondió afirmativamente frente a tan solo 1,61% de ellos que no podían debido a la distancia.

DISCUSION

En la TABLA N° 01, se observa que la mayoría de la población estudiada tiene nivel de instrucción Primaria (80,32%) y muchos de ellos son Analfabetos (10,84%) y muy pocos de ellos apenas tiene secundaria (8,84%). Lo que podría condicionar a un pobre conocimiento científico de la Uta. Esto se debe a que son lugares con difícil acceso al sistema educativo de nuestro país.

En la TABLA N° 02 se observa que el 67,87% de la población tiene un conocimiento malo sobre uta, solo el 30,92 % reconocen al agente etiológico, el 18,07% reconoce al agente trasmisor y el 99,20% no reconoce al principal reservorio que es el perro domestico, resultados que coinciden con Nieves, E. y Col⁽¹¹⁾ en Venezuela, donde el 68% de la población tenía un nivel de conocimientos insuficientes. El 4% reconocieron las lesiones, el 70% reconoció se transmite por picadura de insecto, el 53% reconocieron el trasmisor, el 72% no relacionaron la enfermedad con los reservorios silvestres o domésticos. A sismo Doble-Ulloa, A y col⁽¹²⁾ en Costa Rica, obtuvieron: el 23% de la población reconoce la Leishmaniosis, el 6% reconoce al vector como aiblanco y su rol como vector y el 10% de la población dice que se manifiesta con una llaga. También coincide en el estudio de investigación realizado por Fernández-Zulay y col⁽¹³⁾, en Venezuela, con respecto al conocimiento sobre del trasmisor de la LVA, el 68% sabe que es transmitida por la picadura de un mosquito

y el 38% identifica al agente transmisor (*Lutzomyia* sp.) y el 32% de la población sabe que el reservorio es el perro. Esto se debe a que existen pocas campañas de información y sensibilización con respecto al conocimiento de esta enfermedad en el Centro poblado Hierba buena. Además con respecto al conocimiento del tratamiento de la Leishmaniasis el 71,08% usa tratamiento a base de hierbas y solo el 28,92% se trata con medicamentos, resultados que coinciden con el estudio de investigación realizado por Isaza, D. y col⁽¹⁴⁾ en Colombia los resultados indican que el 23% utilizaba tratamiento de hierbas, hojas y frutos, el 10% quemaba la lesión, y solo el 10% se trataba con medicamentos, el 20% se iba al curandero, 17% consultaban a los médicos, el 6% consultaba a las personas mayores, el 23% consultaban al curandero y médico a la misma vez. Esto se debe a mitos, creencias y costumbres propias de los pobladores de Hierbabuena esta manera de pensar solo con educación se puede cambiar también cabe resaltar que la mayoría de población se basa a sus antecedes como las personas adultas mayores existentes, recetan estas medidas de curación ante las enfermedades.

En la Tabla N°03 Con respecto a las practicas el 93,54% no sabe cómo prevenir la enfermedad, mientras que solo el 6,46% de la población usa mosquiteros. Resultados que coinciden con el estudio de investigación realizado por Isaza, DM y col 14 en Colombia los resultados indican que el 45% no saben cómo prevenir la enfermedad, especialmente las mujeres. Los resultados se deben que la población de zona sierra hay un alto índice de analfabetismo y una economía deficiente, ya que la población es una zona de extrema pobreza que lo poco que ganan lo usan para comer y vestirse a su manera.

Con respecto a las actitudes Tabla N°04, el 86,35% desea acudir al Puesto de Salud si tiene una herida sospechosa de Uta y el 98,39% de ellos desean participar en sesiones preventivas promocionales sobre uta. Esto se debe probablemente a que la mayoría de ellos acude al Puesto de Salud debido a que sus tratamientos caseros no funcionan y por otro lado esa gente si está dispuesta a conocer más sobre cómo prevenir esta enfermedad.

Se puede concluir que el nivel de conocimientos que presenta la población del C.P Hierba Buena sobre modo de transmisión, reconocimiento de heridas, agente etiológico, tratamiento, reservorio y modo de prevención respecto a Uta es malo, el nivel de actitudes de la población del C.P. Hierba Buena frente a la enfermedad de la Uta es bueno y la práctica más frecuente que desarrollan las familias para la prevención y control de la Leishmaniosis es el uso de mosquiteros.

Conflictos de interés: Los autores niegan conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leishmaniasis [Internet]. Abril 2014 [Citado 21 abril 2015]. Disponible: <http://www.paho.org/world-health-day-2014/wp-content/uploads/2014/02/Leishmaniasis-esp.pdf>
2. Protocolo de Vigilancia y Alerta de LEISHMANIASIS [Internet]. Julio 2012 [Citado 24 abril 2015]. Disponible: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/p_4_p_1_vigilancia_de_la_salud/protocolos_actuacion_2012/pr_leishmaniasis12.pdf
3. Leishmania, Módulos Técnicos Serie Documentos Monográficos N°8 [Internet]. 2000 [Citado 24 abril 2015]. Disponible: <http://www.diresalima.gob.pe/descargas/epi/serie/Leishmaniasis.PDF>
4. Noma técnica diagnóstico y tratamiento de la Leishmaniosis en el Perú [Internet]. Diciembre 2005 [Citado 24 abril 2015]. Disponible: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/NTLEISHMANIOSIS-MINSA.doc>
5. Leishmaniosis en las Américas, recomendaciones para el tratamiento [Internet]. 2013 [Citado 26 abril 2015]. Disponible: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22226&Itemid=
6. Echeverry MC y col. Leishmaniosis en las Américas: recomendaciones; 2005 [Citado 26 abril 2015]. Disponible: <http://www.acin.org/acin/new/Portals/0/Templates/Guia%20Leishmania.pdf>
7. paho.org [homepage on the Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud, [actualizado mayo 2014; citado 30 abril 2015]. Disponible: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6417&Itemid=39345&lang=es
8. Boletín Epidemiológico 1 (Lima), DGE-MINSA-Perú. [Internet]. Diciembre 2013, [Citado 21 abril 2015]; 23(1), Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/01.pdf>
9. Boletín Epidemiológico 6 (Lima) DGE-MINSA-Perú. [Internet]. Febrero 2013; [Citado 21 abril 2015]; 22(6), Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletines/2013/06.pdf>
10. Gerencia Regional de Salud de Lambayeque oficinas de epidemiología área de estadística.
11. Nieves E, Villarreal N, Rondón M, Sánchez M, Carrero J. Evaluación de conocimientos y prácticas sobre leishmaniasis tegumentaria en un área endémica de Venezuela. Biomédica 2008; 28:347-56
12. Dobles UA, Perriard C. Representaciones, actitudes y prácticas respecto a la leishmaniasis cutánea en la población del Cantón de Acosta, provincia de San José, Costa Rica. Estudio antropológico exploratorio. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro Apr/Jun, 1994; 10 (2): 181-189
13. Fernández Z, Oviedo M, Vivenes M, Maffei M, González A, Vásquez L. Leishmaniasis visceral en Trujillo, Venezuela: conocimientos, actitudes, prácticas (CAP) y estrategias de prevención y control. Fermentum Mérida - Venezuela Abril 2011; 21 (60): 45-64.
14. Isaza DM, Restrepo BN, Arboleda M, Casas E, Hincastroza H, Yurgaqui T. La leishmaniasis conocimientos y prácticas en poblaciones de la costa del Pacífico de Colombia. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 1999; 6 (3).

Correspondencia

Cristian Díaz Vélez

Correo: cristiandiazv@hotmail.com

Revisión de pares

Recibido: 10/09/2017

Aceptado: 20/11/2017