

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas - León.**



**Monografía para optar al título de:
Doctor en Medicina y Cirugía**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS QUE TIENEN LOS
POBLADORES DE ALGUNAS COMUNIDADES DE NUEVA GUINEA
SOBRE LA LEISHMANIASIS. ENERO – DICIEMBRE DEL 2006.**

Autores:

Bra. Lucía del Socorro Duarte Vega.
Br. Reynaldo Gilberto Montalván Sánchez.

Tutora: Lic. Edelma Corrales ¹.

Asesor: Dr. Juan Almendárez ².

León, Junio 2007
¡A la Libertad por la Universidad!

1. Licenciada en Microbiología, profesora titular del Departamento de Microbiología de la Facultad de Ciencias Médicas de León.

2. Doctor en Medicina y Cirugía, maestro en Salud Pública, docente del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Ciencias Médicas de León.

INDICE

1.	Introducción.....	1
2.	Planteamiento del Problema.....	5
3.	Objetivos.....	6
4.	Marco Teórico.....	7
5.	Material y Método.....	25
6.	Resultados.....	32
7.	Discusión	35
8.	Conclusiones.....	38
9.	Recomendaciones.....	39
10.	Bibliografía.....	40

Anexos:

RESUMEN

Se evaluaron los Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) que tienen los pobladores de algunas colonias de Nueva Guinea sobre Leishmaniasis, enfocado a conocer los aspectos sociodemográficos de la población, sus conocimientos sobre el vector y la enfermedad, identificando las actitudes y prácticas ante la enfermedad. Se realizó inicialmente una revisión documental que permitió posteriormente hacer la encuesta, en 3 colonias, elegidas en muestreo de conveniencia por comodidad, ya que éstas comunidades contaban con mayor número de casos hasta el 2005. Se eligió el 10% del número de casas y se les realizó un entrevista colectiva autoadministrada para el grupo de pobladores que tenían determinado grado de escolaridad, y/o individual para los(as) analfabetos, Se procesó y analizó la información en Epi-info 2004.

Se encontró que la mayoría son adolescentes, adultos jóvenes, del sexo femenino, de escolaridad baja, dedicados a la agricultura y sus hogares. Las condiciones y estilo de vida son desfavorables, ya que la mayoría de las viviendas son de madera y una tercera parte práctica el fecalismo, además conviven con animales domésticos. Sobre los conocimientos de la enfermedad son deficientes, han escuchado hablar de la enfermedad pero no lograron identificar el verdadero vector y su reservorio. En relación a las actitudes los(as) entrevistados se muestran positivos, sin embargo en la aplicación de las medidas personales son deficientes al no incorporarlas, considerando apropiado aplicar las estrategias de información, educación y comunicación (IEC) en el centro de salud y a la comunidad.

DEDICATORIA

A Dios que nos iluminó el camino hacia la sabiduría y nos ayudó a tener fortaleza para culminar este estudio.

A nuestros padres, por brindarnos su apoyo proporcionándonos ayuda en lo necesario, por su protección y confianza, para realizar nuestro trabajo con éxito.

A nuestros maestros los cuales nos guiaron el proceso de la formación integral.

AGRADECIMIENTO

Un juego de palabras no expresa el gran significado de la palabra "Gracias".

Le agradecemos la colaboración a nuestra Tutora Lic. Edelma Corrales y a nuestro asesor Dr. Juan Almendárez.

A la Lic. Francis D. Martínez, del Departamento de Estadística del SILAIS Nueva Guinea, por la información brindada para la realización de este estudio.

A las personas que voluntariamente accedieron a participar en este estudio.

1. INTRODUCCIÓN

La Leishmaniasis es una infección parasitaria causada por protozoos del género Leishmania. La infección es considerada una antropozoonosis que llega al hombre de forma accidental mediante la picadura de un mosquito hembra del género Flebótomo que se encuentra infectado. (1)

Es una enfermedad polimorfa de la piel y de las membranas mucosas, dicha enfermedad comienza con una lesión nodular que puede permanecer indolora o volverse dolorosa y ulcerarse; esta pueden ser única, múltiples o difusas y pueden desaparecer por si solas o volverse crónicas. (2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que existen 81 países en el mundo que presentan casos autóctonos de Leishmaniasis, con una población en riesgo de 350 millones de personas, existiendo anualmente 580 mil nuevos casos, con una prevalencia global de 12 millones de personas.

Analizando la serie cronológica podemos decir que en el año 1980 se presentó un repunte de casos de Leishmaniasis, de igual manera ocurrió en el año 1986 y a partir del año 2000 ha sido sostenido, sin embargo, en el 2005, en las primeras 29 semanas superó los 2000 casos, lo que ha hecho reorientar las acciones de control, principalmente en Jinotega, Matagalpa, Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS), Región Autónoma Atlántico Norte (RAAN) y Río San Juan; que son los SILAIS más afectados. (3)

Según datos epidemiológicos del Ministerio de Salud (MINSA), en el año 2003, de las cuatro variantes clínicas existentes en el país, la Leishmaniasis Cutánea Clásica, continúa siendo la forma más prevalente en la zonas endémicas, registrando durante el año 2002 un total de 2,124 casos, es decir 744 casos menos en comparación al año 2001, influyendo negativamente en la captación de nuevos casos al programa, el desabastecimiento de glucantime en las unidades de salud durante todo el primer semestre del 2002. (4)

Los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) reportaron una mayor captación de paciente al programa, siendo Chontales el que reportó el mayor número de casos con un 54.5%, los demás departamentos tuvieron menor porcentaje. De los municipios de Chontales, Nueva Guinea aportó el 43.4% de casos al total nacional, incidiendo positivamente el proyecto sobre Leishmaniasis ejecutado por el Ministerio de Salud durante al año 2001 y primer trimestre del 2002 en comunidades hiperendémicas de este municipio con el apoyo de Organismos no Gubernamentales (ONG) Médicos del Mundo- España y Ayuda en Acción de la Unión Europea. (4)

El Municipio de Nueva Guinea está ubicado al sur de Nicaragua, en la RAAS a 280 Kms. de la ciudad de Managua, pero administrativamente recibe atención del SILAIS Chontales, posee un clima tropical húmedo, con una temperatura promedio de 24^a centígrado cuya distribución en el año da origen a una estación lluviosa que se extiende generalmente de mayo a enero y una estación seca de enero a mayo. (3)

Actualmente cuenta con una población de 120,545 mil habitantes y está conformada por 32 colonias, 5 distritos y 116 comunidades o comarcas. Además cuenta con 28 unidades de salud y un centro de salud con cama en el municipio. La mayor parte de los afectados son de las zonas rurales, donde la gente es pobre y con malas condiciones socioeconómicas, en zonas montañosas con abundante vegetación y humedad, atacando frecuentemente a trabajadores del campo que por su actividad laboral penetran en la selva, de acuerdo al Nonestre se ha aumentado el número de casos, por no seguir las recomendaciones sencillas que da el Ministerio de Salud. (3)

En Nicaragua se han realizado diversos estudios de investigación desde 1917, destacándose los doctores Baltodano, Rossemfild y Dávila Bolaños. En 1960 García Esquivel, introdujo al país la Intradermorreacción de Montenegro (IDR – Montenegro) aportando por primera vez, material y técnica para el estudio de la enfermedad. (2)

En 1968 Urroz y Espinoza (UNAN) realizaron estudios en las montañas de Jinotega, dejando plasmado la existencia de la enfermedad en Nicaragua.

En 1988, Morales J. realizó un estudio de Leishmaniasis tegumentaria en la RAAN, cuyo resultado fue una alta prevalencia de la forma cutánea clásica, con un período de padecimiento menor de un mes y con predominio de lesión única. (2)

En marzo de 1997 – febrero 1998, los médicos Franceses, Robert J. y Fuvel I. realizaron un estudio comparativo en base a la efectividad del Glucantime comparado a la eficacia de “la Hierba del Diablo”, planta utilizada por los pobladores de estas zonas para curarse de la “Roncha Mala” en 20 comarcas de Nueva Guinea, estudiaron 290 pacientes encontrando que los niños en edad pre-escolar fueron los más afectados , con predominio de sexo masculino. concluyendo que el Glucantime es más eficaz que la planta (61%) pero se demuestra que la Hierba del Diablo es útil en el tratamiento de Leishmaniasis. (7)

En el año 2005 Martínez F. realizó un estudio descriptivo para valorar la incidencia y morbilidad de la Leishmaniasis encontrando que la forma clínica cutánea clásica predominó en un 95.7%, siendo más de la mitad, del sexo masculino y las colonias más afectadas en orden descendente: La Fonseca 22.6%, Naciones 19.9%, Puerto Príncipe 18.3% entre otras. (3)

En el año 2003 Guido L. realizó un estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) sobre Leishmaniasis Cutánea Atípica en la comunidad de Rota del municipio de Malpaisillo, con una muestra de 80 encuestados; encontrando que las condiciones de vivienda eran regular en un 32.5%, mala 27.5%, buena 40%, un 35% de la población no conoce del vector, ni la forma de transmisión, un 37.5%, no conoce de la enfermedad, un 82.5% no conocen al perro como reservorio de la enfermedad. Del total de pacientes encuestados 40 (50%), cumplieron tratamiento con reaparición de las lesiones en 7 pacientes tratados. (1)

Según la revisión de datos, en Nueva Guinea no existen estudios CAP sobre el tema, así mismo, en los demás municipios exceptuando el ya mencionado.

Con la realización de este estudio, se pretendió obtener, los conocimientos, actitudes y prácticas de los pobladores, sobre la leishmaniasis de las colonias en estudio, evaluando el grado de captación de los mensajes de educación sanitaria que ha brindado el MINSA, corroborando si los han considerado importante, poniendo en prácticas las medidas de prevención en su comunidad.

En la necesidad de disminuir la incidencia se han orientado acciones educativas dirigidas hacia la promoción, prevención y curación de leishmaniasis en las comunidades afectadas, aun así, el incremento de casos continúa, por tal razón, con el presente estudio se investigó el impacto que han tenido estos programas educativos en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, de esta forma se aportaran estrategias orientadas a mejorar la eficacia de los medios de información y educación social en las colonias con mayor predisposición a dicha enfermedad.

Los resultados de este estudio, se pondrán a disposición de las autoridades sanitarias del municipio, para que sean discutidos con el personal de salud, y encaminen sus esfuerzos a mejorar y emprender las estrategias educativas para que contribuyan al cambio de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1) ¿Cuáles son los conocimientos que tienen los pobladores de algunas comunidades de Nueva Guinea sobre la Leishmaniasis?

- 2) ¿Cuáles son las actitudes que tienen los pobladores en la búsqueda de prevención y tratamiento?

- 3) ¿Cuáles son las prácticas propias de la población en relación a la prevención y tratamiento?

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Evaluar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de algunas comunidades de Nueva Guinea sobre la leishmaniasis. Enero – Diciembre del 2006.

5.2 Objetivos específicos

- 1) Describir los aspectos sociodemográficos de la población encuestada.
- 2) Determinar los conocimientos que tiene la población sobre la enfermedad alrededor de diferentes aspectos relacionados con la enfermedad.
- 3) Identificar las actitudes que tiene la población alrededor de prevención y búsqueda de tratamiento.
- 4) Identificar las prácticas que tiene la población con relación a las actividades de prevención y control de la Leishmaniasis.

6. MARCO TEORICO

6.1 Aspectos generales

Se considera que la Leishmaniasis en sus formas clínicas es un problema real de salud pública en nuestro país en las zonas rurales húmedas y montañosas de nuestro país, donde la población campesina y desprotegida y viviendo en estrecho contacto con el mosquito transmisor, continúa siendo afectada por la enfermedad; ya que diversos estudios realizados sobre la enfermedad demuestran el porcentaje elevado de casos reportados durante los últimos años a través de reportes clínicos epidemiológicos del MINSA. (7)

Se ha demostrado que la presentación clínica clásica de la leishmaniasis tiene mayor incidencia de casos en nuestro país. A pesar de los avances en cuanto al descubrimiento y al tratamiento de la enfermedad se observa que los casos aumentan año con año. (7)

6.2 Conocimientos que debe tener la población acerca de la Leishmaniasis

6.2.1 Definición

La leishmaniasis es una enfermedad infecciosa crónica causada por un parásito flagelado del género *Leishmania* transmitida al hombre mediante la picadura del Flebótomo hembra infectado. (7)

6.3 Formas Clínicas

La forma clínicas que existen en Nicaragua son: la Cutánea clásica (Lepra de Montaña, roncha mala, grano malo), la Mucocutánea (Espundia), Visceral (Kala-azar) y la Cutánea Atípica.

6.3.1 La forma clásica

La forma clásica es la más frecuente en Nicaragua, la cual fue descrita por primera vez en el país en 1917 por Baltodano F. en trabajadores de los minerales “La Grecia”, en Limay Estelí. Desde entonces, diversos estudios han evidenciado su presencia en la zona Norte, Central y Atlántica del país donde existe vegetación abundante y humedad que facilitan el mantenimiento de la transmisión. (7) Se reporta que los SILAIS más afectados por la enfermedad son: La RAAN, RAAS, Río San Juan, Nueva Segovia, Jinotega, Matagalpa y Chontales, teniendo cada uno de ellos municipios específicos, donde la infección se diagnostica más frecuente.(7)

6.3.2 La forma mucocutánea:

Conocida tan bien como Espundia, es menos frecuente que la forma cutánea apareciendo mucho tiempo después que la forma cutánea. Sin embargo reviste importancia por el daño físico progresivo en la mucosa nasal, oral o faringe, muchas veces invalidante y que incluso puede matar al paciente por las complicaciones secundarias agregadas. (7)

La forma mucocutánea, es consecuencia de la forma cutánea clásica padecida muchos años antes, la cual no fue tratada o simplemente no fue manejada (dosis y duración del tratamiento inadecuada). (7)

6.3.3 La forma visceral:

También conocida como Kala-azar, fue diagnosticada por primera vez en 1986 en una sesión anatomoclínica realizada en el Hospital Oscar Danilo Rosales (HEODRA) de la ciudad de León, procedente de San Francisco del Norte del SILAIS de Chinandega. (7)

De todas las formas clínicas existentes en el país la de mayor importancia clínica y de Salud Pública es la forma Visceral, ya que en nuestro medio ataca a niños menores de cinco años, viviendo en zonas rurales pobres con problemas nutricionales serios, la cual sino es diagnosticada y tratada a tiempo tiene una mortalidad del 90%. (7) Se reporta que los SILAIS de León, Chinandega, Chontales, Boaco y Managua son los más afectados por esta forma clínica.

Las zonas afectadas por la forma visceral tienen como característica suelos áridos y calientes donde el vector transmisor encuentra las condiciones para perpetuar la transmisión de dicha infección. (7)

6.3.4 La forma cutánea atípica:

Es la forma clínica reciente diagnosticada en el país, observándose por primera vez en febrero del 2003 en el SILAIS-León y luego en el SILAIS-Chontales, afectando en su mayoría a niños entre los cinco y los quince años de edad y coincidiendo geográficamente con las zonas donde la forma visceral es endémica. (7)

6.4 Cadena de transmisión de la leishmaniasis

Se transmite al hombre mediante la picadura del Flebótomo infectado, conocido en nuestro medio como Palomayo, mosco, chirizo, rodador, etc. y cuyo nombre varía de un lugar a otro. El hombre constituye en la mayoría de los casos el huésped accidental. Los componentes de la cadena de transmisión son: la especie parasitaria, el vector, el reservorio y el huésped. (7)

Es importante hacer mención de la importancia que posee el conocer las características de los flebótomos por parte de la población, su habitat, ciclo biológico, ya que son herramientas educativas necesarias que les permitirían adquirir una mayor conciencia frente a la enfermedad.

6.4.1 Vector

“Los Flebótomos” son pequeñas moscas de 2-3 cm. de diámetro, las cuales necesitan de sangre para alimentar sus huevos y poder reproducirse. Se caracteriza por ser de color cenizo con alas blanquecinas muy pequeñas terminadas en punta y siempre erectas, poseen vellos y patas más grandes que su cuerpo. Tienen un radio de vuelo muy corto de 200 - 300 metros y al colocarse sobre piel en busca de alimento dan pequeños saltos. Su máxima actividad de picadura la realizan entre las cinco y las seis de la mañana del día siguiente, razón por la cual las personas que viven en las zonas de riesgo deben protegerse de la picadura durante estas horas y el penetrar en zonas boscosas, donde la cantidad de vectores durante el día puede ser abundante. (7)

6.4.2 Reservorio

Se considera reservorio el sistema ecológico en el cual se multiplica, crece y perpetua el agente causante de cualquier enfermedad. Los principales reservorio para las formas cutáneas y mucocutánea figuran: el mono, el zorro cola pelada, el zorro cuatro ojos, el cusuco, el perezoso, rata silvestre, el perro, etc. que viven en las zonas selvática del país. (7)

La forma visceral tiene como principal reservorio el perro doméstico, el cual vive en estrecha relación con los campesinos en zonas rurales donde esta prevalece. De la forma cutánea atípica poco se conoce al respecto, sin embargo, se sospecha que el perro domestico también sea el principal reservorio de la infección.

6.4.3 Huésped

El huésped susceptible, es el individuo que se pone en contacto directo con el agente causal transmitido por el vector. En otras palabras, es el individuo a quien

pica el mosquito (flebótomo) y dependiendo de sus condiciones inmunológicas, puede o no desarrollar la infección clínica. (7)

La susceptibilidad a la enfermedad se considera universal, afectando a todas las edades, ambos sexos y a diversos grupos étnicos. Sin embargo, se piensa que la leishmaniasis visceral, una vez padecida, da inmunidad duradera y que ninguna de las diversas formas clínicas padecidas, da inmunidad contra las otras. Por ejemplo, la leishmaniasis cutánea no confiere inmunidad contra la forma visceral y viceversa. (7)

6.5 Ciclo biológico de la leishmaniasis

El vector se contamina al ingerir sangre de un reservorio animal o del hombre, absorbiendo el parásito en forma de amastigote. Una vez que los amastigotes lleguen a los intestinos del vector, se transforman en promastigote, multiplicándose hasta alcanzar las partes bucales de este. Esta etapa dura de cuatro a siete días, dependiendo de la temperatura, tras la cual el vector ya está listo para transmitir la infección, guardando esta condición hasta que muere. (7)

Cuando el vector pica a una persona sana, introduce con su saliva los promastigotes que una vez dentro del organismo son rápidamente fagocitados por los macrófagos, perdiendo su flagelo e iniciando la multiplicación multicelular bajo forma de amastigote. Como tal provoca alteración y destrucción celular en los tejidos afectados que, dependiendo de la especie parasitaria involucradas y de los órganos afectados, van a determinar el tipo de lesión existente. (7)

6.6 Conocimiento en base a diagnóstico de laboratorio de Leishmaniasis

Los pobladores en zonas endémicas deben conocer los métodos de laboratorio de forma sencilla, sabiendo la importancia de estos para la detección y tratamiento oportuno y evitar complicaciones tardías de la enfermedad.

6.6.1 Frotis Directo:

Es el examen que permite confirmar la Leishmaniasis Cutánea en un paciente y consiste en tomar la muestra de la lesión, raspando suavemente con una lanceta estéril los bordes de la misma. Una vez que la muestra se seca, se fija para observar más fácilmente al microscopio el parásito causante de la Leishmaniasis.

En caso que la persona tenga varias lesiones, se debe tomar la muestra de la lesión más reciente y con bordes más gruesos. La toma de la muestra siempre debe hacerse de los bordes de la lesión, ya que es allí donde se encuentra los parásitos.

Si la lesión está contaminada, se debe tratar al paciente con antibióticos durante 1 semana como mínimo, antes de tomar la muestra, debiendo lavar diariamente con agua y jabón para obtener resultados óptimos. Si la lesión es nodular no ulcerada, (Leishmaniasis Cutánea Atípica), se deberá realizar en primer lugar el frotis directo, sabiendo que el número de parásitos que frecuentemente vamos a encontrar es bajo. (7)

Si la lesión es sospechosa de Leishmaniasis Mucocutánea, no se aconseja el frotis directo, por que su sensibilidad diagnóstica disminuye debido al escaso número de parásitos en las lesiones mucosas, además que la forma de muestra para biopsia debe ser únicamente realizada por el especialista en el nivel hospitalario. (7)

Si se sospecha de Leishmaniasis Visceral, se puede realizar el frotis directo, pero mediante una punción-aspirado de médula ósea. Es un excelente método diagnóstico para confirmar la presencia del parásito en material extraído mediante esta. Sin embargo la toma de muestra, por ser un método invasivo, solo puede ser realizado por médicos previamente entrenados, requiere además de equipo especial, experiencia y condiciones propias del nivel hospitalario. (7)

6.6.2 Reacción de Montenegro (IDR)

Es una prueba inmunológica de hipersensibilidad retardada semejante a la PPD (Prueba de la tuberculina) con alta sensibilidad y especificidad. Consiste en la aplicación por vía intradérmica de un antígeno de Leishmania, preparado en el laboratorio, debiendo efectuarse la lectura a las 48-72 horas en el sitio de aplicación midiendo, así, el diámetro de la zona de induración que, si es mayor de 5 mm se considera positivo. (7)

Se puede aplicar este método diagnóstico a lesión con sospecha clínica de leishmaniasis cutánea ulcerada o no, cuyo frotis directo resultó negativo en dos ocasiones diferentes y cuyo paciente no tiene antecedentes de haber padecido anteriormente lepra de montaña (evidencia de lesiones cicatrizales en el cuerpo). (7)

A toda lesión sospechosa de Leishmaniasis cutánea con un período de evolución mayor de 6 meses o muy contaminada en la cual están alteradas las características clínicas y se hace muy difícil el diagnóstico parasitológico.

A todo caso clínicamente sospechoso de leishmaniasis mucocutánea (paciente con evidencia de cicatrices de lesiones antiguas de lepra de montaña, por lo tanto, esta prueba resultará positiva mientras el paciente viva). Indica que alguna vez en su vida el paciente ha estado en contacto con el parásito de la Leishmaniasis. Es de gran utilidad en el diagnóstico de leishmaniasis mucocutánea, ya que no se conoce ningún caso en que esta haya resultado negativa.

A todo caso "curado" de leishmaniasis visceral (considerada como criterio de cura) ya que mientras la infección esta activa hay un inmunosupresión específica y por lo tanto no habrá respuesta de inmunidad celular. Deberá ser efectuada un año después de finalizado el esquema de tratamiento completo, el resultado esperado deberá ser positivo. (7)

6.6.3 Inmunoflorescencia Indirecta

Es una técnica capaz de detectar anticuerpos específicos contra la Leishmania en el suero del paciente sospechoso de leishmaniasis. Sin embargo, su análisis e interpretación requiere de personal capacitado ya que la lectura se realiza con un microscopio especial de luz ultravioleta. (7)

Se debe realizar a todo caso clínicamente sospechoso de leishmaniasis mucocutánea, en los que por lo general el título de anticuerpos desarrollados es alto. Sirve además para monitorear durante el tratamiento la evolución clínica de las lesiones mucosas hacia la cura (disminución progresiva del título de anticuerpos). (7)

A todo caso sospechoso de Leishmaniasis Visceral ya que el título de anticuerpos desarrollados es alto. Sirve además para monitorear la evolución de la infección hacia la cura (disminución gradual de título de anticuerpos). (7)

6.6.4 El Cultivo

Es un método indirecto de diagnóstico donde se utilizan medios de cultivos artificiales preparados en el laboratorio. La siembra se realiza con material extraído de las lesiones y/o médula ósea para obtener la multiplicación del parásito causante de la enfermedad. Tiene como características el poseer gran sensibilidad, permite caracterizar el parásito aislado, tiene mucho valor en el diagnóstico de leishmaniasis muco visceral y en la forma cutánea, se realiza de forma selectiva. (7)

6.7 Tratamiento

Los objetivos perseguidos al administrar el tratamiento a pacientes afectados de Leishmaniasis son: curar al paciente, evitar las recaídas, evitar el desarrollo de

resistencia, evitar la aparición de lesiones mucosas, reducir al mínimo gastos de hospitalización y tratamiento.

Las drogas antimoniales constituyen el tratamiento de primera elección para todas las formas clínicas de Leishmaniasis existentes en nuestro medio. Actualmente la OMS recomienda solo dos preparados a base de antimonio pentavalente: el Antimonio de Meglumina (Glucantime) y Estibogluconato de Sodio . (7)

De estos productos el Antimonio de Meglumina, es el más usado, se presenta en ampollitas de 5 ml donde cada ml. contiene 85 mgs. de glucantime. Siendo muy importante para calcular la dosis exacta que debe recibir cada persona de acuerdo a su peso al momento de iniciar su esquema de tratamiento. Los niños toleran mejor el medicamento que los adultos. (7)

Se aplica por vía intramuscular profunda, es decir que se inyecta en el glúteo una dosis diaria de Glucantime, debiéndose usar correctamente ya que es de uso delicado, bastante caro y que tiene que comprarse fuera del país.

6.7.1 Efectos Secundarios del Glucantime

Los efectos secundarios incluyen: fiebre, mal estado general, náuseas, vómitos, dolor muscular, dolor de cabeza, pérdida del apetito, erupción cutánea y tos. Puede presentarse alteraciones del Electrocardiograma (EKG) dependiendo de la dosis y la duración del tratamiento. Ante la presencia de efectos secundarios graves se debe suspender temporalmente la aplicación del glucantime, debiendo reiniciar el esquema completo una semana después. (7)

En caso de administrar dosis excesivas puede presentarse intoxicación por el antimonio provocando en la paciente fiebre, manifestaciones neurológicas (polineuritis), daño hepático, cardíaco o renal que imponen la suspensión inmediata del medicamento. Es requisito indispensable para la curación que el

tratamiento sea aplicado diariamente y sin interrupción para obtener los resultados esperados. (7)

6.7.2 Forma de Administración del Glucantime

En la forma cutánea clásica ulcerada y otras formas (verrugas, costras, nódulos vegetantes). La dosis de Glucantime es de 20 mg por Kg. de peso corporal por día durante 20 días, como mínimo administrado por vía intramuscular profunda, para ser únicamente administrado por el personal de salud previamente entrenado y siempre con autorización médica. En la forma cutánea Atípica, se deberá aplicar la misma dosis recomendada para la forma cutánea clásica con la misma duración del tratamiento. (7)

En caso de paciente que presenta menos de tres lesiones cutáneas no ulceradas y de diámetro reducido (menor de 5 mm) se aplicará nitrógeno líquido en spray (crioterapia) debiendo informar al Programa Nacional de todos los casos clínicamente sospechosos para coordinar con el Hospital Dermatológico Nacional y Dirección de Parasitología del CNDR, la investigación y seguimiento de éste. (7)

En la forma mucocutánea la dosis recomendada es la misma que las anteriores durante 20 días si la lesión en mucosa oral y/o nasal es leve, en caso de lesiones avanzadas deberán aplicarse diariamente durante 28 días como mínimo (una sola aplicación diaria). En la forma visceral la dosis recomendada es de 20 mg por Kg. de peso corporal, durante 28 días vía IM.

6.7.3 Contraindicaciones del Uso de Glucantime

Entre las principales patologías en la que está contraindicada el Glucantime se encuentra la insuficiencia cardíaca, hepática o renal, el embarazo, niños menores de 1 año de edad, la asociación de medicamentos conocidos como hepatotóxicos. Si la afección cardíaca, hepática o renal es leve o moderada puede ser utilizado debiendo reducir la dosis a 10-15 mg. por kilogramo de peso por día en lugar de

20 mg. y fraccionando su aplicación intramuscular dos veces al día en lugar de una sola aplicación diaria. (7)

Las formas de proceder ante la sospecha de leishmaniasis en sus diferentes formas clínicas, se detallan en flujogramas. (Ver anexos, Flujograma 1, 2,3)

6.7.4 Criterios de Cura de la Leishmaniasis

6.7.4.1 Leishmaniasis Cutánea

Aún no existen criterios de cura definido para esta forma clínica ya que diversas especies parasitarias pueden provocarlas y además poseen distintas formas de presentación (ulcerada, verrugosa, costrosa, nodular y vegetante). Algunas lesiones pueden llegar a cicatrizar espontáneamente (L. Brasiliensis, L. Mexicana, L. Peruviana) y otras requieren tratamiento específico para poder curar. (7)

6.7.4.2 Leishmaniasis Mucocutánea

Al respecto, aún no se han establecidos criterios absolutos de cura para esta forma, dada la escasez de amastigotes en las lesiones y la dificultad de aislarlos en medio de cultivos. Por ésta razón se recomienda monitorear serológicamente (mediante inmunofluorescencia indirecta) la evolución de dichas lesiones durante el tratamiento, ya que una reducción gradual en el título de anticuerpos específicos en el suero del paciente afectado, es indicativo de una mejoría clínica y de evolución de las lesiones hacia la cura. (7)

6.7.4.3 Leishmaniasis Visceral

La ausencia de fiebre durante al menos dos a tres semanas, aumento de peso progresivo y disminución del tamaño del bazo, aumento de la hemoglobina y del recuento de glóbulos blancos, una esplenomegalia persistente no debe ser motivo

de preocupaciones si mejoran los síntomas del paciente ya que luego del tratamiento completo puede persistir una esplenomegalia residual durante meses o años, prueba de Montenegro Positiva realizada un año después de realizado el tratamiento.

6.8 Concepto de Actitud y Comportamiento

A lo largo de la historia distintas escuelas y autores la han definido de forma muy diversa, por lo que, a menudo, se busca un único concepto con el que identificarla. Sin embargo al igual que ocurre con otros muchos conceptos de las Ciencias Sociales, la dificultad se presenta más que en la construcción del concepto, en su medición en la realidad social. (10)

La primera definición que se conoce sobre el concepto de actitud fue enunciado en el año 1918 por Thomas y Znaniecki, considerándola como: “El estado de ánimo de un individuo orientado hacia un valor.”

Los valores son creencia referidas a actividades cuyo objetivo principal es conseguir el bienestar de una comunidad. Allport (1935), tras realizar un amplio estudio sobre las actitudes, efectúa una aproximación al concepto de actitud formulando unas cien definiciones, siendo la más representativa la siguiente: “La actitud es un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, capaz de ejercer una influencia directa o dinámica sobre la respuesta del individuo a todo los objetos y situaciones sobre la que esta relacionado.”

En la actualidad además de la de Allport, hay una gran variedad de definiciones sobre el concepto de la actitud, según la orientación y/o formación del autor que la criticada y cuestionada su existencia desde diversos paradigmas teóricos.

Algunas consecuencias claves de la que podemos deducir de las anteriores definiciones son las siguientes: La actitud es un concepto en la que se combina

una serie de variables y cuyo resultados es un estado de ánimo de la personas, la actitud es el resultado de un proceso organizado, se desarrolla a partir de las experiencias adquiridas, por lo que se genera a través del aprendizaje. (10)

6.8.1 Aspecto inductivo de la actitud

En su aspecto inductivo, el concepto de actitud más utilizado es el que indica que está formada por tres componentes o estructura tricotómica de la actitud

Según esta hipótesis, una actitud estaría formada por tres componentes: Cognoscitivo: o de representación del conocimiento que el sujeto posee del objeto o tema en cuestión.

Afecto emocional: o conjunto de afectos, sentimiento y emociones que impregna las ideas, concepto y creencias. Considerado como el componente más reactivo al cambio por lo implantado que está en el sujeto, tiende a ser coherente con el componente cognoscitivo. Los criterios que utiliza para establecer las preferencias dan como resultado la evaluación del conocimiento.

Conductual: o de tendencia a predisposición a actuar, reaccionar frente a un tema u objeto psicosocial. En teoría puede predecir la conducta del sujeto, aunque en la práctica se comprueba que aquella nunca es del todo predecible. Este componente distingue la actitud de otra variable en las medidas. (10)

Los tres componentes de la actitud dependen en gran medida de cómo se perciba y se organiza la información recibida y la experiencia vivida. La percepción del exterior no es completa ya que normalmente la cantidad de información supera la capacidad de registrarla simultáneamente, lo que obliga a que se produzca una selección, que supone la anulación de parte de la información y ha de organizar lo percibido según diversas posibilidades. (10)

Así, ante cualquier situación percibida directamente o transmitida por algún medio de comunicación, se recodifica lo percibido. Los componentes se relacionan entre sí y de estas relaciones surge la consistencia o inconsistencia sobre lo percibido.

De esto se deduce que las actitudes se pueden modificar por las experiencias internas y por las circunstancias exteriores, dependiendo su cambio de compromiso con la acción que se ejecuta. La conducta es una respuesta a la evaluación del conocimiento de la causa, lo que puede permitir la previsión de un comportamiento. (10)

6.8.2 Aspecto deductivo de la Actitud

Desde el punto de vista deductivo, una actitud es un concepto destinado a definir las relaciones entre un sujeto y un objeto que no se puede medir principalmente, sino que se deduce de la conducta o de las declaraciones verbales del sujeto.

Sin embargo, posteriormente, puede modificar su actitud porque ha tenido ocasión de comprobar personalmente su correcta utilización. El aspecto deductivo comprende tres componentes:

Función de defensa del Yo: en las actitudes, las personas buscan confianza y seguridad. La asunción de conceptos sociales refuerzan nuestra imagen ante la sociedad y ante nosotros mismo.

Función expresiva de valores: esta consideración es importante, ya que los sujetos que los integren desarrollarán sus actitudes hacia las conductas que conecten con dichos valores.

Función de conocimiento: las personas por naturaleza buscamos aprender con orden y las actitudes ayudan a simplificar una realidad compleja. La función principal es crear actitudes favorables hacia la causa social objeto de interés. (10)

6.8.3 Aspecto organizativo de actitud

En su vertiente organizativa, la interpretación, las creencias y las teorías se generan tanto a través de fuentes privadas y personales como por influencias públicas y sociales. El aspecto más importante y debatido en relación con las actitudes, es el que indica que la conducta de una persona es función de su actitud actual y en la situación en la que se pone de manifiesto esta actitud, es

decir, se considera que la actitud tiene potencial para predecir la conducta humana. Ese potencial se basa en la concepción del comportamiento como una forma de actitud y se verá influido por otras circunstancias tales como: la interpretación que el individuo hace de la situación, de sus creencias sobre la intención de otras personas y de las teorías que elabora a partir de otras situaciones similares conocidas.

Así mismo, las actitudes del individuo se encuentran determinadas por el sistema sociocultural en el que vive. Dentro del sistema, la influencia de la actitud de la familia en todo el grupo socio-familiar, los valores, los prejuicios y las racionalizaciones se transmiten mediante vectores familiares hacia cada uno de sus miembros. Interesa, por tanto, conocer los factores, que a su vez, pueden influir en esas actitudes, en especial, los efectos que produce el problema social objeto de estudio o como poder cambiar o modificar dichas actitudes. (10)

Las actitudes se manifiestan en su plenitud en las relaciones interpersonales. Así, existirán tantas actitudes diferentes como individuo y por el contrario, tendrán un gran parecido las actitudes de los individuos de una misma sociedad y dentro de ella, entre los individuos que componen los distintos grupos o comunidades. Las actitudes pueden manifestarse hacia una sola persona, un grupo indeterminado de personas o hacia un grupo determinado que posee un carácter diferenciador de otros grupos. (10)

Una actitud es una organización de creencias interrelacionada, relativamente duradera, que describe, evalúa y recomienda una determinada acción, respecto a un objeto o situación. De ello se deduce que es una predisposición que, debidamente activa, provoca una respuesta preferencial hacia el objeto de actitud, hacia una situación o hacia el mantenimiento o preservación de la actitud misma. (10)

Por último se indica que, prácticamente no existen actitudes ni conocimiento autónomo, sino que se encuentran inscritos en sistema de conocimiento. En consecuencia, la remodificación selectiva de la información, normalmente, obedece a una serie de procedimientos y reglas relacionadas con la estabilidad del sistema en que se inscribe cada nuevo dato, que van desarrollándose a medida del crecimiento de la experiencia. (10)

La participación activa está determinada por los procesos personales de una autoestima y heteroestima. En nuestra cultura, entendida como el resultado de un proceso de aprendizaje, el sistema de valoración utilizado en esto proceso es más el resultado de las comparaciones con otros, que de un sistema propio, por ejemplo, uno actúa en su comportamiento y conductas de forma que pueda alcanzar determinados valores sociales establecidos como correctos, fundamentalmente aquellos en los que parece presente un cierto humanismo, en tanto que puede apreciar que es mejor que los demás. (10)

Ello resulta de especial importancia en las causas sociales que llevan a que los colectivos afectados sean rechazados de forma compulsiva, porque estas actitudes son la reacción a la necesidad de sentir la propia superioridad. Por último, indicamos que prácticamente no existen actitudes ni conocimientos autónomos, sino que están inscritos en el sistema de conocimiento. (10)

En resumen, es importante fomentar en la población valores que determinen cambios de comportamiento ante la enfermedad, ya que el conocimiento por sí solo, no es suficiente para determinar una acción, por lo que es, meritorio establecer formas sencillas dirigidas hacia la población, haciendo conciencia del problema y de como repercute en su persona, en la de su familia y en su comunidad.

6.9 Medidas prácticas que debe considerar la población frente a la leishmaniasis

6.9.1 Medidas Preventivas: las medidas de control varían de una zona a otra, según los hábitos de huéspedes mamíferos y de los flebótomos vectores. Cuando se conocen los hábitos de los insectos pueden aplicarse medidas de control, que incluyen:

- Detección sistemática de los casos y tratamiento rápido. Esta medida es válida e importante para todas las formas de Leishmaniasis, para evitar que surjan lesiones de las mucosas, especialmente cuando los seres humanos son el reservorio más importante o el único. (11)
- Aplicación periódica de insecticidas de acción residual. Los flebótomos tienen un radio de vuelo relativamente corto y son muy susceptibles al rociamiento sistemático con insecticidas de acción residual. El rociamiento debe abarcar el exterior y el interior de puertas y otras aberturas, si la transmisión se produce en las viviendas. El rociamiento debe abarcar los posibles criaderos de flebótomos tales como, muros de piedra, albergue de animales y basureros. (11)
- Eliminación de basureros y otros sitios que sirvan de criaderos de flebótomos.
- Exterminio de los reservorios(y sus madrigueras) en zonas locales. Control de perros en zonas específicas.
- Protección con camisa gruesa manga larga y pantalones largos luego de las 5 de la tarde o cuando se penetre a la selva.

- Evitar penetrar en zonas muy boscosas e infestadas de flebótomos, utilídense repelentes de insectos si la exposición a los flebótomos es inevitable. (11)

En cuanto al control de los contactos, se debe investigarlos incluyendo la fuente de infección: identificando el ciclo de transmisión local e interrumpirlo de la manera más práctica posible. Además, deben cumplir el tratamiento farmacológico específico de forma completa para evitar recidivas o fracaso terapéutico. (11)

En casos de zonas epidémicas donde existe alta incidencia de casos debe hacerse todo lo posible por controlar la enfermedad aportando los medios diagnósticos y tomando las medidas apropiadas contra los flebótomos y los huéspedes mamíferos reservorios. (11)

En relación a lo antes mencionado es determinante que las personas que viven en zonas endémicas, en contacto permanente con el vector y en condiciones que favorecen la transmisión tomen las recomendaciones enunciadas para resolver este problema, ya que la prevención es arma fundamental para reducir la incidencia de la enfermedad.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Tipo de Estudio: Estudio CAP, descriptivos de corte transversal.

7.2 Area de estudio: El Municipio de Nueva Guinea ubicado en la Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS), a 282 Km. al sureste de Managua cuenta con una extensión territorial de 2,774 Km. cuadrados, cuyos límites territoriales son al Norte, Muelle de los Bueyes y Rama; al Sur San Carlos, El Castillo y Bluefields; al este el Rama y Bluefields y al oeste El Coral, El Almendro y San Miguelito. El Municipio tiene una población de 136,347 habitantes (1109,234 en el área rural y 27,113 en el área urbana) conformado por 32 colonias habitacionales y 116 comunidades o comarcas y un centro de salud con cama. (Ver anexos. Figura 1)

7.3 Población de Estudio: Los habitantes de las colonias El Verdúm cuenta con una población de 3,205 habitantes distribuidos en 32 casas, La Fonseca con 6938 habitantes conformado por 457 casas, Puerto Príncipe con 10,787 habitantes integrada por 360 casas, las cuales fueron elegidas por un muestreo de conveniencia, por comodidad, ya que según datos epidemiológicos recientes del SILAIS Nueva Guinea, los lugares con mayor afectación de Leishmaniasis corresponde hasta el año 2005. Se encuestó al 10% del número total de casas de las colonias antes mencionadas.

7.4 Muestra: Se encuestaron 113 habitantes distribuidos de la siguiente manera: El Verdún 32 casas, La Fonseca 45 casas y Puerto Príncipe 36 casas.

7.5 Criterios de Inclusión:

- Que acepte participar en el estudio.
- Pacientes diagnosticados con Leishmaniasis tratado o en tratamiento.
- Que sea originario de las Colonias en Estudio.
- Que sea mayor de diez años y menor de sesenta y cinco años.

7.6 Fuentes e Instrumentos de Recolección de Datos: Se utilizaron los expedientes clínicos del programa de Leishmaniasis para conocer el porcentaje de casos de las Colonias en estudio (anexos, cuadro 1). También se realizó una entrevista tipo CAP previamente formulada a los habitantes de colonias mencionadas. (anexos....)

Para la recolección de la información se hizo una visita a las comarcas para exponer a los líderes de la comunidad los objetivos del estudio. Se observó el entorno y se identificaron las condiciones en las que viven las personas, lo que favorece la infección del peridomicilio y domicilio del vector. Posteriormente se reunieron a los pacientes de cada comunidad correspondiente contando con la participación de los líderes comunitarios debido a que encontramos como limitante el visitar casa a casa por la distancia considerable entre una y otra. Se aplicó el instrumento de dos formas, la primera en forma colectiva autoadministrado, y en la segunda forma se les entrevistó individualmente ya que parte de los encuestados eran analfabetas y/o escolaridad baja.

7.7 Plan de tabulación análisis: Los datos fueron procesados en el paquete estadístico Epi Info versión 3.2.2 para Windows. Se analizó la información calculando el porcentaje del grado de conocimientos, de las actitudes y prácticas de la población los que fueron presentados en gráficos y tablas. Para las preguntas abiertas se contabilizaron las respuestas, organizándose en categorías para obtener patrones de respuestas.

7.8 Aspectos éticos: Explicamos los objetivos e importancia del estudio a las personas con diagnóstico de Leishmaniasis, solicitamos su participación en el mismo y le aseguramos confidencialidad de la información proporcionada. De aceptar procedimos a aplicarle la encuesta.

7.9 Control de Sesgo: Con el fin de disminuir el sesgo del estudio, se trató en un primer momento de agrupar a los pacientes que tenían determinado grado de

escolaridad (tercer grado), mientras que el otro grupo se constituyó por las personas analfabetas

7.10 Operacionalización de las variables:

Variable	Definición	Dimensión	Indicador
Características de los habitantes de las Comarcas sujetas a estudio	Son aquellos rasgos descriptivos de los habitantes de las comarcas sujetas a estudio	Comarcas	El Verdúm
			La Fonseca
			Puerto Príncipe
		Edad	10-25 años
			26-40 años
			41-65 años
		Sexo	Masculino
			Femenino
		Escolaridad	Analfabeta
			Alfabeto
			Primaria incompleta
			Primaria completa
			Secundaria incompleta
			Secundaria completa
			Estudios superiores
		Ocupación	Ama de casa
			Agricultor
			Ganadero
			Comerciante
			Profesional
			Otros
			Sin ocupación
		Tiempo de vivir en el lugar	Menos de 1año
			1-3 años
			> de3 años
		Condición de la vivienda	Ladrillo y zinc
			Madera
			Plástico o Cartón
		Disposición de las excretas	Inodoro
			Letrina
Fecalismo			
Disposición de la basura	Quemada		
	Enterrada		
	Otros		

		Presencia de animales domésticos en el domicilio	Perro Gato Cerdo Gallina Otros		
		Presencia de animales domésticos en el peridomicilio	Perro Gato Cerdo Gallina Otros		
		Preparación de los alimentos.	Cocina de gas Cocina eléctrica Fogón Si es fogón, ¿cómo y dónde obtienen la leña? La buscan La compran		
Conocimiento de la leishmaniasis en los habitantes enfermos	Información que tienen los pobladores acerca de la enfermedad y como se transmite. Reservorio: Cualquier ser humano, animal, artrópodo, planta o materia o su combinación en donde normalmente vive y se multiplica un agente infeccioso y del cual depende para su supervivencia.	Conocimiento de la enfermedad.	Si No		
		Medio de información utilizado.	Tv Radio Charlas En el puesto de salud otros		
			Conocimiento del Flebótomo.	Si No	
				Lugar donde se encuentra el flebótomo.	En casa fuera de la casa en el campo
			Transmisor de enfermedades		Si No
			Habitat del vector.	Áreas montosas Basura Animales Árboles huecos Lugares húmedos	
		Enfermedad: Estado de completo bienestar físico, mental y		Participación del perro en la transmisión.	Si No
				Produce afección	Si

	social, y no solamente la ausencia de enfermedad o afecciones.	en el hombre.	No
		Conocimiento de la enfermedad en el perro.	Si No
		Picadura del flebótomo.	Si No
		La picadura produce una rocha.	Si No
		El piquete produce dolor.	Si No
		Conocimientos de las lesiones.	Si No
		Localización de las lesiones.	En cualquier parte del cuerpo
			Solo en la cara
			En los brazos
			En las piernas
			En la espalda En las manos
		Medios donde obtener ayuda	Si No
			Curandero
			Puesto de salud
			Centro de salud
			Hospital
		Conocimiento del tratamiento de la enfermedad	Si No
		Tipos de tratamientos utilizados.	Glucantime
			Acido de batería
			Hierba del diablo Sin nada
		Conocimientos de la medidas de prevención	Si No
		Medidas de prevención que conoce la población.	Uso de mosquitero
Limpieza de vivienda			
Limpieza del peridomicilio			

			Aislamiento de animales domésticos
			Cubrir partes expuestas del cuerpo al entrar a la montaña
Actitudes	Capacidades y/o disposición que tienen las personas para realizar una acción determinada	Para prevenir la enfermedad hay que aislar los animales de la casa y mantenerla limpia.	Muy de acuerdo
			De acuerdo
			Ni de acuerdo
			Ni en desacuerdo
			En desacuerdo
			Muy en desacuerdo
		El acido de bateria es útil para tratar las lesiones causadas por la picadura del flebotomo.	Muy de acuerdo
			De acuerdo
			Ni de acuerdo
			Ni en desacuerdo
			En desacuerdo
			Muy en desacuerdo
		Usando mosquitero se previene así la enfermedad	Muy de acuerdo
			De acuerdo
			Ni de acuerdo
			Ni en desacuerdo
			En desacuerdo
			Muy en desacuerdo
		Al entrar en zonas montañosas debe utilizarse ropa adecuada para evitar ser picado por el mosquito.	Muy de acuerdo
			De acuerdo
Ni de acuerdo			
Ni en desacuerdo			
En desacuerdo			
Muy en desacuerdo			
Prácticas	Acción determinada para la resolución de un problema.	Reacción de la población al saber que hay flebotomo en su casa.	Nada
			Usar medidas preventivas
			Informar al puesto
			Si
		Conocimiento de	

	formas de prevenir la enfermedad.	No
	Medidas de prevención que practica la población.	Ninguna
		Uso de mosquitero
		Limpio la vivienda
		Limpio el peridomicilio
		Aíslo los animales domésticos
		Cubrir las partes expuestas del cuerpo al ir a la montaña
		Cumpliendo el tratamiento
		Medio utilizado para tratar la enfermedad.
		Acudir al C/S
		Automedicarme
		Ir al curandero
	Proporción de la población que recibió tratamiento.	Si
		No
	Tratamiento utilizado por la población para tratar la enfermedad.	Hierba del diablo
		Infiltración con nitrógeno líquido
		Glucantime
		otros
	Intervalo de dosis utilizada para tratar la enfermedad.	1-3
		3-10
		11-19
		20
		21
	Cumplimiento del tratamiento.	Si
		No
		abandonó
	Cicatrización de las lesiones	Si
		No
	Recidivas de las lesiones.	Si
		No

8. RESULTADOS

En el presente estudio, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

8.1 Sobre revisión de datos estadísticos:

Con respecto a los enfermos, aunque no es parte del estudio se consideró importante hacer mención de los datos siguiente: con un 99%, la forma clínica predominante es la cutánea clásica en todo el municipio. En cuanto a la edad, el 28% correspondió a los de 5-14 y de 15-25 años. El 57% fueron del sexo masculino. Los casos nuevos ocurrieron en Puerto Príncipe con 26%, la Fonseca le correspondieron el 22% y las Naciones Unidas fueron 14% (Cuadro 1).

8.2 Resultados de la Encuesta en las colonias de estudio

8.2.1 Datos Generales:

El 47% de la población tiene la edad promedio de 28 años, prevaleciendo con 54% el sexo femenino. El 40% de la población tiene como escolaridad, la primaria incompleta. Sobre la ocupación, el 46% se distribuyeron en agricultores y tenían de vivir en el lugar un promedio de 15 años. (Cuadro 2,3)

8.2.2 Condiciones de vivienda:

En lo que respecta a la vivienda, el 80% se encontró que eran de madera, el 71% usan la letrina y el 46% queman la basura. (Cuadro 3). Tienen animales domésticos en el domicilio y peridomicilio alcanzó un 94% y 80% se encontró respectivamente la presencia de la gallina (Cuadro 4,5). El 99% de la población utiliza el fogón para preparar los alimentos, obteniendo la leña en el campo.

8.3 Conocimientos de la población sobre la Leishmaniasis.

El 76% de la población ha escuchado hablar de la enfermedad. (Gráfico 1) siendo el 45% a través de la radio, el medio de información utilizado. (Gráfico 2). Respecto al flebótomo 11% lo conocen. (Cuadro 6) el 10% la han visto en el campo, 77% saben que transmite enfermedades y 54% consideran que es la basura en donde se aloja.

El 19% de la población conocen que el perro participa en la transmisión de la enfermedad como reservorio y el 2% reconocen cuando éste está enfermo de leishmaniasis. (Gráfico 3) El 99% de la población ha sido picado por el flebótomo y el 97% sabe que al ser picado deja una roncha, por lo que, de los que contestaron afirmativamente el 35% considera que la roncha duele. (Cuadro 6)

El 97% saben donde pueden localizarse las lesiones y el 69% aducen que es en cualquier parte del cuerpo (Cuadro 7) Así mismo, el 97% saben donde acudir si presentaran las lesiones siendo éste el centro de salud. El 85% saben del tratamiento de la Leishmaniasis. El 75% reportó el uso de glucantime y los otros tratamientos tuvieron menos porcentajes.

Solamente el 62% conocen algunas medidas de prevención, de los que contestaron afirmativamente el 22% que consideraron el uso de mosquitero y 18% limpieza de viviendas. (Cuadro 8)

8.4 Actitudes de la población sobre la enfermedad de Leishmaniasis.

El 75% de la población encuestada consideran que están de acuerdo que para prevenir la leishmaniasis hay que aislar los animales y mantenerla limpia; el 61% están en desacuerdo que la enfermedad cura con ácido de batería; el 79% consideran de acuerdo que el uso de mosquitero previene adquirir la enfermedad y el 70% considera de acuerdo cubrir el cuerpo con ropa adecuada para evitar ser

picado por el mosquito, al ir a la montaña a realizar las actividades agrícolas.
(Cuadro 9)

8.5 Prácticas de la población sobre la enfermedad de leishmaniasis.

El 67% de la población encuestada consideraron, que si en su domicilio hay flebótomo, informarían al puesto de salud. El 19% de los que contestaron afirmativamente, mencionaron el uso de mosquitero como una medida práctica.
(Cuadro 10)

El 99% de los encuestados acudirían al centro de salud si se enferman de leishmaniasis. El 100% recibió tratamiento, al 94% se les administró glucantime (Gráfico4). De las personas que recibieron glucantime 90% recibió 20 dosis. (Gráfico 5). En un 93% de las personas las lesiones cicatrizaron, el 19% tuvo recidivas. (Gráfico 6)

9. DISCUSIÓN

El presente estudio, sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Leishmaniasis, es el primer realizado en Nueva Guinea, la cual es una zona con clima subtropical húmedo y condiciones sociodemográficas precarias que favorecen la permanencia del vector y el desarrollo de la enfermedad.

En relación a las características sociodemográficas de los informantes del estudio resultó que el grupo de las personas que enfermaron son preadolescentes, adolescentes y personas adultas jóvenes, siendo diferente al estudio realizado por el Departamento de Salud Pública de México en 1993 que se encontraron personas adultas. Un aspecto presente que desfavorece es el nivel educacional bajo debido a la pobreza, la lejanía y la falta de acceso a las comunidades constituyen limitantes para lograr cambios de actitud y conducta de los mismos. Contrario a lo encontrado por Guido en el año 2005 en la comarca Rota de Malpaisillo en el que predominaron las edades de 30 – 34 años. La mayoría de encuestados fueron del sexo femenino, que, coincide con ambos estudios encontrados, ya que por lo general son las mujeres las que permanecen más tiempo en el hogar a cargo de los quehaceres y cuidado de los niños; la ocupación más frecuente fue la agricultura, igual al estudio realizado en México, ya que estos son los que están mayormente expuestos al vector por el tipo de actividad que realizan.

Con respecto a las condiciones de vida de la población se encontró que las viviendas en su mayoría están construidas de madera debido a la pobreza, similar a lo encontrado por Guido L., lo que facilita la entrada del vector y la permanencia del mismo en el domicilio y peridomicilio. Referente a la disposición de excretas la tercera parte de las personas practican el fecalismo, igualmente encontrado por Guido L., lo que constituye un factor de riesgo para la población; ya que pueden ser picados por el flebótomo al entrar en contacto con las áreas montañosas al defecar al aire libre.

Respecto a la disposición de la basura, la mayor parte la queman, mientras que Guido L. describe que la tercera parte de los encuestados refirieron haber dejado la basura al aire libre. Hay que hacer notar en este estudio la presencia de la gallina en el domicilio y peridomicilio se encuentra en mayor porcentajes, a diferencia a lo encontrado en Rota, en la que el perro es el que permanece más, lo cual puede vincularse con el mecanismo de transmisión de la enfermedad por el contacto del reservorio y el huésped.

La mayoría de las personas sujetas a este estudio utilizan el fogón para preparar sus alimentos, obteniendo la leña del campo lo que coinciden con estudios encontrados y esto facilita mayor contacto del vector con el humano, ya que las personas entran a terrenos montosos sin la protección adecuada; exponiéndose a ser picado por el flebótomo. Así mismo, las viviendas están rodeadas de vegetación y sumado a que se dedican a la agricultura; son factores que favorecen la estancia y desarrollo del vector, ya que los árboles y la vegetación forma parte del hábitat natural lo que hace que el flebótomo se encuentre en el domicilio y peridomicilio. (1)

En cuanto a conocimientos de la población respecto a la enfermedad, la mitad a escuchado hablar sobre la misma, por lo general a través de la radio y en el puesto de salud, considerando que la radio es el medio de difusión en comunidades de difícil acceso. Según el estudio pocas personas encuestados conocen el flebótomo, la mayoría sabe que transmite enfermedades, le conocen su hábitat, la gran mayoría han experimentado el piquete del flebótomo, reconocen la picadura, saben que produce lesiones (roncha) que duele y se pueden dar en cualquier parte del cuerpo. Así mismo saben donde acudir si presentaran alguna lesión característica de la enfermedad; pero la mayoría no sabe que el perro participa como reservorio y pocos reconocen cuando el perro esta enfermo, debido a que un porcentaje significativo de la población tiene una buena percepción de las medidas de prevención, lo que difiere con lo que realmente practican.

La mayoría de la población del estudio refirieron que ante la presencia del flebótomo en su casa informarían al puesto de salud y una cuarta parte usarían medidas preventivas. Según los estudios anteriores encontraron que la mayoría de las personas usarían medidas preventivas; pero en la realidad es sabido que para hacer una eficiente prevención, deben usarse todas las medidas posibles, para evitar la enfermedad. (1)

En síntesis los conocimientos que tiene la población sobre la enfermedad son deficientes; porque no conocen bien el vector y no saben que el perro participa como reservorio en el mecanismo de transmisión, a pesar que conocen muy bien los medios de prevención.

En relación a las actitudes y prácticas, el estudio encontrado menciona que fueron inadecuadas, porque no ponen en prácticas las medidas para prevenir la enfermedad, en nuestro estudio consideramos que las actitudes son buenas porque en su mayoría responden correctamente a las variables expuestas en contraposición a las prácticas ya que no practican lo que refieren conocer .

10. CONCLUSIONES

1. El conocimiento de la población sobre la enfermedad son deficientes, debido a que las personas aunque han escuchado hablar de la Leishmaniasis no lograron identificar al verdadero vector y reservorio de la enfermedad.
2. La mayoría de la población muestra una actitud positiva en lo referente a las medidas de prevención y búsqueda de tratamiento adecuado de la enfermedad.
3. Las prácticas que realiza la población son deficientes para la prevención efectiva de la enfermedad y la búsqueda de tratamiento.
4. Las condiciones y estilos de vida son favorables para la permanencia del vector y el contacto del mismo con los habitantes.

11. RECOMENDACIONES

1. Realizar charlas educativas a nivel de Centro y/o Puesto de Salud con la participación de Líderes Comunitarios, para reforzar el conocimiento deficiente de los pobladores, fomentando cambios de actitudes. Posteriormente se difundirán las charlas a través de medios de comunicación masivos.
2. Hacer énfasis en la población sobre la importancia de poner en práctica todas las medidas de prevención posible para disminuir la incidencia de los casos en estas comunidades; ya que es más barato prevenir que curar la enfermedad.
3. Realizar gestiones a través de la Alcaldía y Organismos no Gubernamentales (ONGs) para realizar proyectos de viviendas adecuadas al área y así mejorar la calidad de vida de los habitantes de dichas comunidades.

12. BIBLIOGRAFÍA

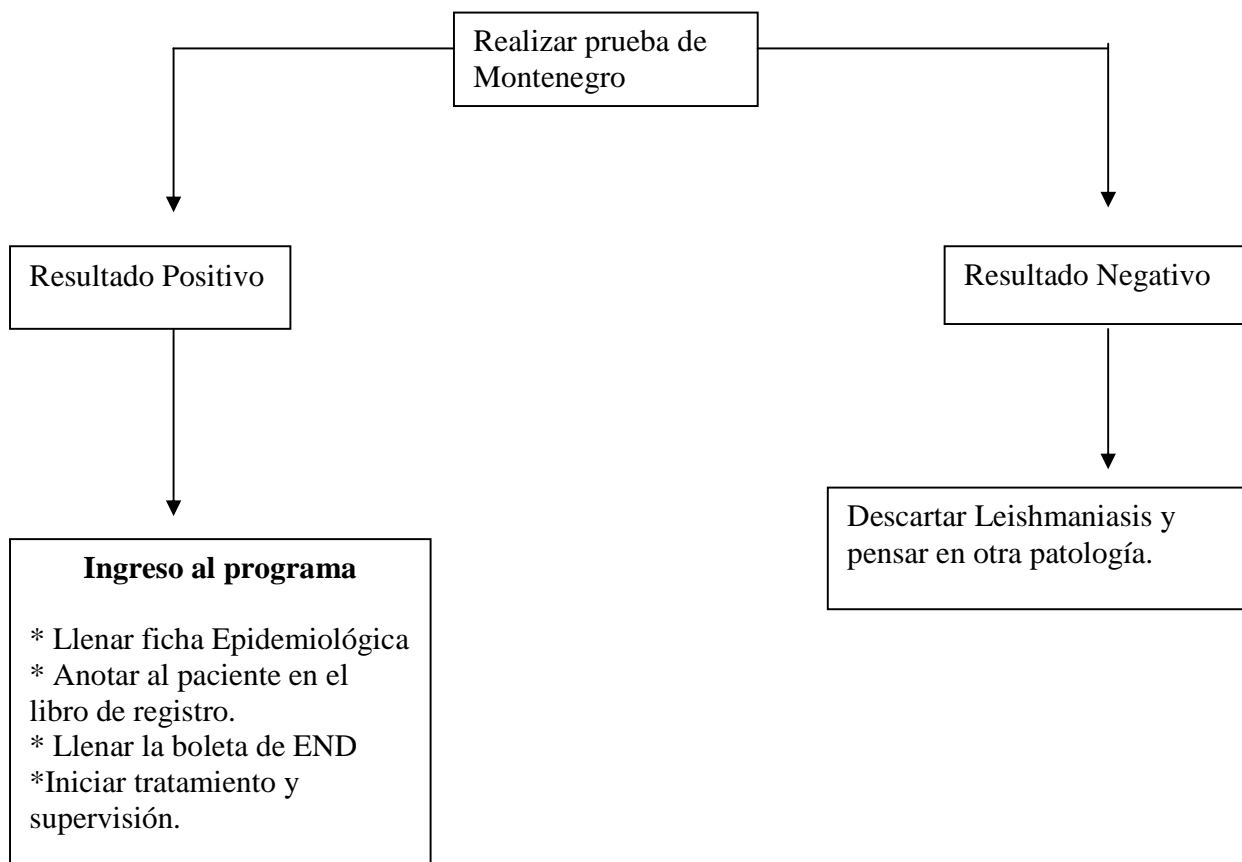
1. Guido, Lucia B. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre La Leishmaniasis Cutánea Atípica que tienen los pobladores de la Comarca Rota del municipio de Malpaisillo, León, Octubre - Noviembre de 2005.
2. Peralta, M. Humberto. Factores de Riesgo asociados a Leishmaniasis Tegumental, El Tuma - La Dalia. Junio- Agosto 2003.
3. Martínez Espinoza, Francis. Incidencia de la Leishmaniasis y sus medidas de prevención, en el municipio de Nueva Guinea.
4. Situación Epidemiológica de la Leishmaniasis en Nicaragua. Semana Epidemiológica No. 05, año 2003.
5. Young – David G. Flebótomos: Vectores de Leishmaniasis en las América. Cuaderno técnico. N. 33 OPS 1992.
6. OMS. Manual de Lucha contra La Leishmaniasis Visceral. Ginebra. 1996
7. MINSA. Manual Operativo de Leishmaniasis. Programa Nacional de Control de Leishmaniasis. Managua Octubre, 2003.
8. Beneson, Abam S. El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre. OPS. Publicación científica número 538, 1992.
9. Brucker, G. La Leishmaniasis en América Latina. Fondation Rhone-Poulec Sante. Paris, 1992.
10. Leal Jiménez, Antonio. Gestión de Marketing Social. 3ra. Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. España. 2000.
11. Chin, James. El control de las enfermedades transmisibles. 17 va. Edición. Washinton, DC: OPS, 2001. (Publicación Científica y Técnica No.581).
12. Gentilini, M Duflo B. Leishmaniasis en medicina tropical. Flammarion Medicine Sciencies. Pág. 149-159-192.
13. OPS. Epidemiología, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Leishmaniasis en América Latina. Versión 2.0. 1992.
14. Ponce C, Ponce E. De la Leishmaniasis en Honduras. OPS OMS Ministerio de Salud Pública. Serie de Diagnóstico número 12, Honduras, 1993.

15. Roubert, Javier. Cuando encontramos a... la hierba de diablo. Nueva Guinea- Nicaragua 1997-1998.

ANEXOS

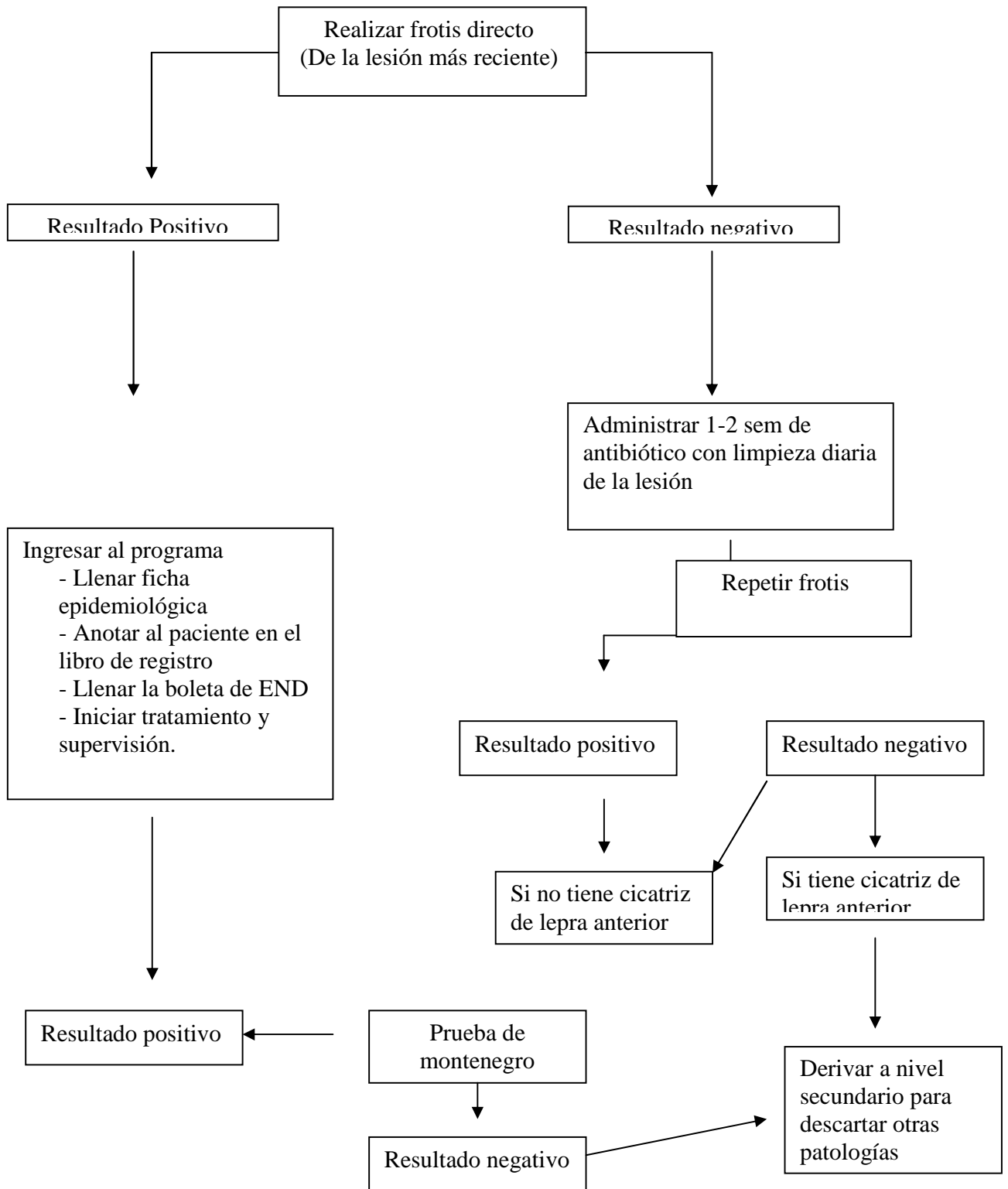
Fujograma 1. Forma de proceder ante la sospecha de Leishmaniasis Mucocutánea.

Referir al paciente a la unidad de salud cercana (medico/laboratorio) para:



Flujograma 2. Forma de proceder ante la sospecha de Leishmaniasis Cutánea.

Referir a paciente a la unidad de salud más cercana



Flujograma 3. Formas de proceder ante la presencia de sospecha de Leishmaniasis visceral

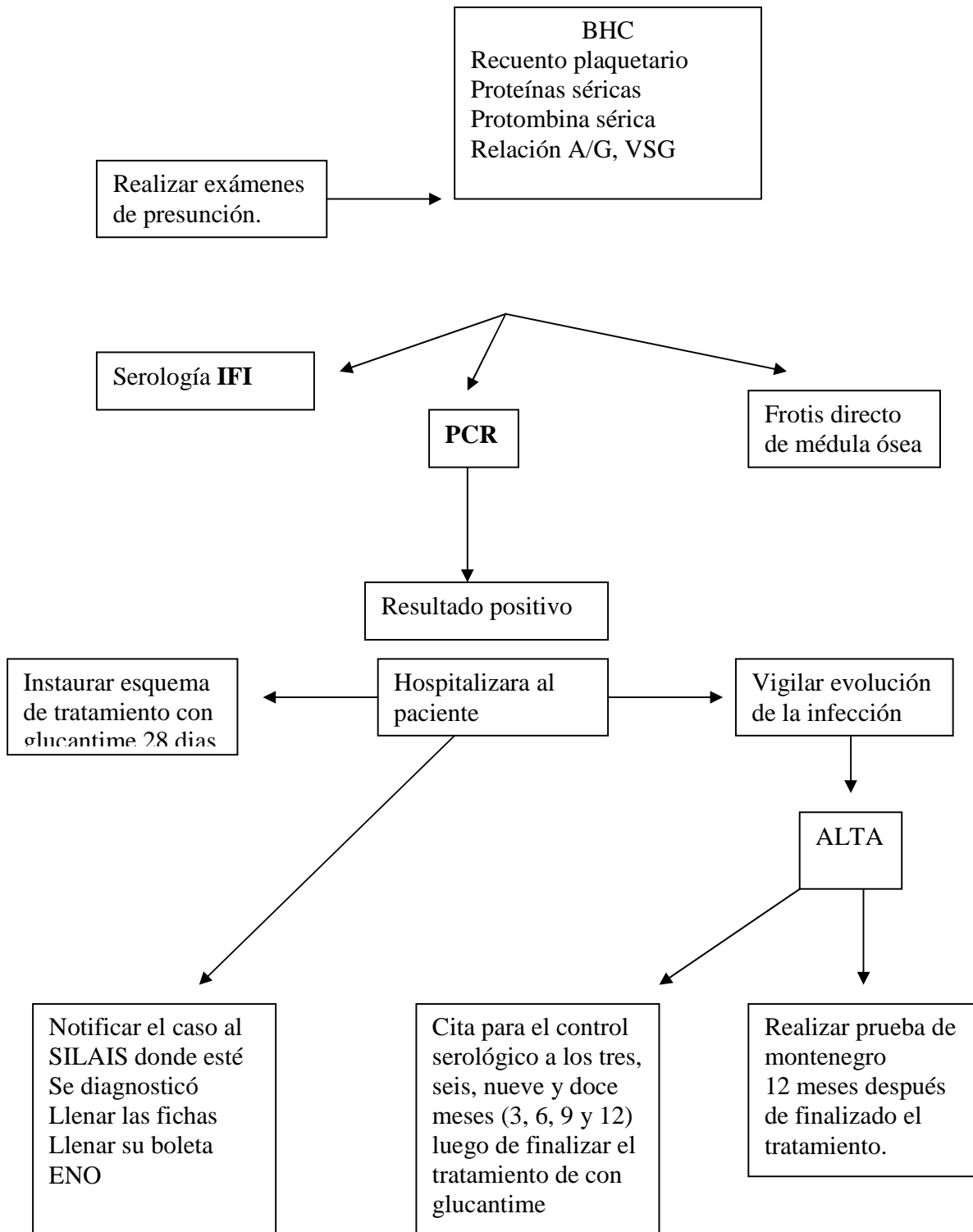


Figura 1. MAPA GEOGRAFICO DEL MUNICIPIO DE NUEVA GUINEA



UNAN - LEON

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS, QUE TIENEN LOS POBLADORES DE ALGUNAS COMUNIDADES DE NUEVA GUINEA SOBRE LA LEISHMANIASIS. ENERO – DICIEMBRE DEL 2006.

1. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS.

A. Datos Generales. (Marque con una x)

No de ficha: _____ Fecha: _____

1. Edad: 10 – 25 años _____ (1) 26 – 40 años: _____ (2) 41 – 65: _____ (3)

2. Sexo: M: _____ (1) F: _____ (2)

3. Escolaridad: Analfabeta: _____ (1) Alfabetado: _____ (2) Prim. Incompleta: _____ (3)

Prim. Completa: _____ (4) Sec. Incompleta: _____ (5) Sec. Completa: _____ (6)

Estudios universitarios: _____ (7)

4. Ocupación: Ama de casa: _____ (1) Agricultor: _____ (2) Ganadero: _____ (3)

Comerciante: _____ (4) Profesional: _____ (5) Otros: _____ (6) Sin ocupación: _____ (7)

5. Tiempo de vivir en el lugar: Menos de 1 año: _____ (1) 1 – 3 años: _____ (2)

Más de 3 años: _____ (3)

B. CONDICIONES DE VIVIENDA: (marcar con una x)

1. Ladrillo y Zinc: _____ (1) Madera: _____ (2) Plástico o Cartón: _____ (3)

2. Disposición de Excretas:

Letrina: _____ (1) Fecalismo: _____ (2) Inodoro: _____ (3)

3. Disposición de la Basura:

Quemada: _____ (1) Enterrada: _____ (2) Otros: _____ (3)

4. Presencias de animales domésticos en el domicilio:

Perros: _____ (1) Gatos: _____ (2) Cerdos: _____ (3) Gallinas: _____ (4)

Otros: _____ (5)

5. Presencia de animales domésticos en el peri domicilio:

Perro: _____ (1) Gatos: _____ (2) Cerdos: _____ (3) Gallinas: _____ (4)

Otros: _____ (5)

6. ¿En que prepara sus alimentos?

Cocina de gas: _____ (1) Cocina eléctrica: _____ (2) Fogón: _____ (3)

7. Si es fogón ¿cómo y dónde obtienen la leña? _____

8. Tipo de actividad agrícola: _____

2. CONOCIMIENTOS DE LA POBLACION SOBRE LA ENFERMEDAD DE LEISHMANIASIS. (Marque con una x)

2.1 ¿Ha escuchado hablar sobre la leishmaniasis? Si ____ (1) No ____ (2)

2.2 En caso de si ¿Dónde?: TV: _____ (1) Radio: _____ (2) Charlas: _____ (3)

En el puesto de salud: _____ (4) Otros: _____ (5)

2.3 ¿Conoce ud. La chiriza, jején? (flebótomo)? Si: _____ (1) No: _____ (2)

2.4 Si la respuesta es si, don de lo ha visto:

En casa: _____ (1) Fuera de la casa: _____ (2) en el campo: _____ (3)

2.5 ¿Sabe si transmite enfermedades? Si: _____ (1) No: _____ (2)

2.6 ¿Dónde cree ud. Que vive la chiriza o jején?

Donde se mantienen los animales: _____ (1) Basura: _____ (2)

Áreas montosas: _____ (3) Árboles huecos: _____ (4)

En lugares húmedos: _____ (5)

Reservorio:

2.7 ¿Sabe ud, si el perro puede enfermar de leishmaniasis y si a través de el nos podemos enfermar? Si: _____ (1) No: _____ (2)

2.8 ¿Conoce cuando el perro está enfermo de leishmaniasis?

Si: _____ (1) No: _____ (2)

Enfermedad:

2.9 ¿Ha sido picado por la chiriza o jején? Si: _____ (1) No: _____ (2)

2.10 ¿Al ser picado por el mosquito deja una roncha? Si: _____ (1) No: _____ (2)

2.11 Duele: Si: _____ (1) No: _____ (2)

2.12 ¿Sabe donde pueden localizarse las lesiones? Si: _____ (1) No: _____ (2)

2.13 En caso de si ¿dónde?

En cualquier parte del cuerpo: _____ (1) Solo en la cara: _____ (2)

En los brazos: _____ (3) En las Piernas: _____ (4)

En la espalda: _____ (5) En las manos: _____ (6)

2.14 ¿Sabe dónde acudir? Si: _____ (1) No: _____ (2) ¿Dónde? _____

2.15 ¿Sabe con que se cura la leishmaniasis? Si: _____ (1) No: _____ (2)

2.16 En caso de si ¿con qué?

Glucantime: _____ (1) Ácido de baterías: _____ (2) Hierba del diablo: _____(3)

Sin nada: _____ (4)

2.17 ¿Conoce las medidas de prevención de la leishmaniasis?

Si: _____ (1) No: _____ (2)

2.18 En caso de si ¿cuáles?:

Uso de mosquitero: _____ (1) Limpieza de la vivienda: _____ (2)

Limpieza de los alrededores de la vivienda (peri domicilio): _____ (3)

Aislamiento de los animales domésticos: _____ (4)

Cubrir partes expuestas en entrar en zonas montañosas: _____ (5)

3. ACTITUDES

3.1 Para prevenir la enfermedad de leishmaniasis o roncha mala hay que aislar los animales de la casa y mantenerla limpia.

Muy de acuerdo: _____ (1) De acuerdo: _____ (2)

Ni de acuerdo, ni en desacuerdo: _____ (3) En desacuerdo: _____ (4)

Muy en desacuerdo: _____ (5)

3.2 ¿Cree ud. que al ver una roncha en el cuerpo y le dicen que es roncha mala, esta cura con ácido de batería?

Muy de acuerdo: _____ (1) De acuerdo: _____ (2)

Ni de acuerdo, ni en desacuerdo: _____ (3) En desacuerdo: _____ (4)

Muy en desacuerdo: _____ (5)

3.3 Usando mosquitero se previene adquirir la enfermedad.

Muy de acuerdo: _____ (1) De acuerdo: _____ (2)

Ni de acuerdo, ni en desacuerdo: _____ (3) En desacuerdo: _____ (4)

Muy en desacuerdo: _____ (5)

3.4 Si tiene que ir a la montaña para realizar actividades agrícolas, ¿Cree ud. que cubriendo el cuerpo con ropa adecuada evita ser picado por el mosquito?

Muy de acuerdo: _____ (1) De acuerdo: _____ (2)

Ni de acuerdo, ni en desacuerdo: _____ (3) En desacuerdo: _____ (4)

Muy en desacuerdo: _____ (5)

4. PRACTICAS

4.1 ¿Qué haría si en su domicilio hay chiriza o jején?

Usar medidas preventivas: ____ (1) Informar al puesto: ____ (2) Nada: ____ (3)

4.2 ¿Sabe ud. como prevenir la enfermedad? Si: _____ (1) No: _____ (2)

4.3 ¿Qué medidas de prevención pone en práctica?

Uso Mosquitero: _____ (1) Limpio la vivienda: _____ (2)

Limpio el peri domicilio: _____ (3) Aíslo los animales domésticos: _____ (4)

Cubrir partes expuestas al entrar a la montaña: _____ (5)

Cumpliendo el tratamiento: _____ (6) Ninguna: _____ (7)

4.4 ¿Qué haría si ud. enferma de leishmaniasis?

Acudir al C/S: _____ (1) Automedicarme: _____ (2) Nada: _____ (3)

Acudir al curandero: _____ (4)

4.5 En caso de haber enfermado; ¿Recibió tratamiento?

Si: ____ (1) No: ____ (2)

4.6 Si la respuesta es si ¿Qué tipo de tratamiento recibió?

Infiltración con nitrógeno líquido: _____ (1) Glucantime: _____ (2)

Otros: _____ (3)

4.7 ¿Cuántas dosis recibió?: 1-3____ (1) 3-10____ (2) 11-19____ (3) 20____

(4) 21____ (4)

4.8 ¿Cumplió su tratamiento? Si: ____ (1) No: ____ (2) Abandonó: ____ (3)

4.9 ¿Las lesiones cicatrizaron? Si: ____ (1) No: _____ (2)

4.10 ¿Hubo recidiva de las lesiones? Si____ (1) No: ____ (2)

Cuadro 1. Comportamiento epidemiológico de la leishmaniasis en Nueva Guinea. Enero – Diciembre del 2006.

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Forma Clínica		
Leishmaniasis Cutánea	498	99
Leishmaniasis Mucocutánea	3	1
Edad (años)		
Menor de 1 año	8	2
1 – 4	98	20
5 - 14	139	28
15 – 25	146	28
26 – 49	91	18
Mayor de 50 años	19	4
Sexo		
Femenino	214	43
Masculino	287	57
Procedencia		
Puerto Príncipe	132	26
Fonseca	111	22
Naciones Unidas	68	14
El Verdúm	64	13
El Serrano	35	7
Nueva Guinea	22	5
Otros	19	3
San Antonio	14	3
La Unión	13	2
La Esperanza	12	2
Yolaina	11	2
Total	501	100

Fuente: Programa de Leishmaniasis del SILAIS Chontales.

Cuadro 2. Características sociodemográficas de la Población de algunas comunidades de Nueva Guinea. Enero – Diciembre del 2006.

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Edad (años)		
10 – 25	53	47
26 – 40	46	40
41 – 65	14	13
Sexo		
Masculino	52	46
Femenino	61	54
Escolaridad		
Analfabeta	34	30
Alfabeta	13	11
Primaria Incompleta	45	40
Primaria Completa	16	14
Secundaria Incompleta	5	5
Ocupación		
Agricultor	52	46
Ama de Casa	51	45
Sin ocupación	6	5
Ganadero	2	2
Otros	2	2
Tiempo de Vivir en el lugar.		
Menos de 1año	3	3
1 – 3 años	10	9
Mas de 3 años	100	88
Total	113	100

Cuadro 3. Condiciones Sociales de la Población de algunas comunidades de Nueva Guinea. Enero – Diciembre del 2006.

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Condiciones de Vivienda		
Madera	91	80
Ladrillo y Zinc	20	18
Plástico o Cartón	2	2
Disposición de Excretas		
Letrina	80	71
Fecalismo	33	29
Disposición de la Basura		
Quemada	52	46
Enterrada	39	35
Otros	22	19
Preparación de los Alimentos		
Fogón	112	99
Cocina de Gas	1	1
Total	113	100

Cuadro 4.
respuestas de
de algunas
sobre la
animales en el
Nueva Guinea.

Variable	Porcentaje n=113
Perros	23
Gatos	56
Cerdos	79
Gallinas	94

Porcentaje de
los pobladores
comunidades
presencia de
domicilio,
Enero –

Diciembre 2006

Variable	Porcentaje n= 113
Perros	79

Cuadro 5. Porcentaje de respuestas de los pobladores de algunas
comunidades sobre la presencia de animales en el peridomicilio, Nueva
Guinea. Enero – Diciembre 2006

Gatos	41
Cerdos	74
Gallinas	80
Otros	46

Gráfico 1. Distribución porcentual de los pobladores de algunas comunidades de Nueva Guinea sobre si han escuchado hablar de la Leishmaniasis. Enero – Diciembre 2006.

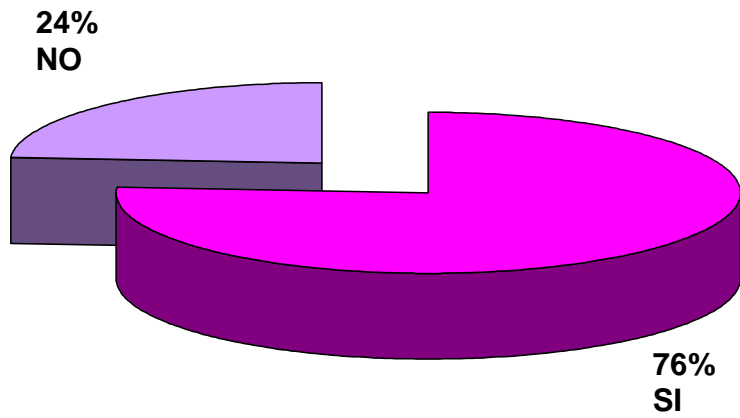
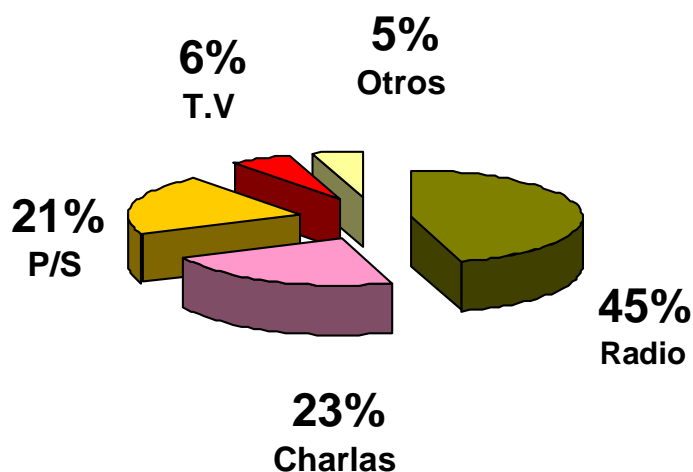


Gráfico 2. Distribución porcentual de los pobladores de algunas comunidades sobre el medio de información donde han escuchado hablar de la Leishmaniasis, Nueva Guinea. Enero -Diciembre 2006.

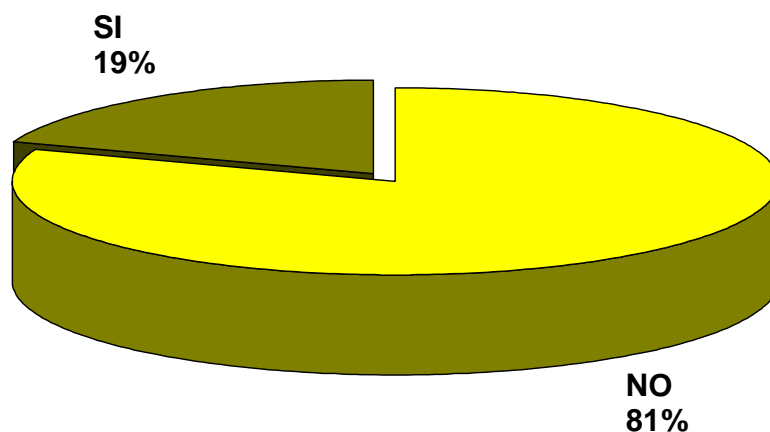


Cuadro 6. Conocimiento de pobladores de algunas comunidades de Nueva Guinea sobre la Leishmaniasis. Enero – Diciembre 2006.

Variable	Frecuencia	(%)
		n= 113
Conocimiento sobre el Flebótomo	13	11
El Flebótomo transmite enfermedades	10	77
El piquete del mosquito deja una lesión	110	97
Produce dolor la lesión	39	35
Lugar a acudir en caso de enfermar		

Centro de Salud	110	97
Tratamiento de la Leishmaniasis	96	85

Gráfico 3. Distribución porcentual de los pobladores de algunas comunidades los cuales saben que el perro es transmisor de la enfermedad, Nueva Guinea. Enero –Diciembre 2006.



Cuadro 7. Porcentaje de respuesta de los pobladores de algunas de algunas comunidades, los cuales saben donde pueden localizarse las lesiones, Nueva Guinea. Enero – Diciembre 2006.

Variables	(%) n =113
En cualquier parte del cuerpo	69
Solo en la cara	11
En los brazos	8
En las manos	6
En la espalda	1.5

Cuadro 8. Porcentaje de respuesta de los pobladores de algunas de algunas comunidades, los cuales conocen medidas de prevención de la Leishmaniasis, Nueva Guinea. Enero – Diciembre 2006.

Variables	(%) n=113
Uso de Mosquitero	22
Limpieza de la vivienda	18
Aislamiento de los animales domésticos	14
Cubrir partes expuestas al ir a la montaña	4
Limpieza de los alrededores de la vivienda	4

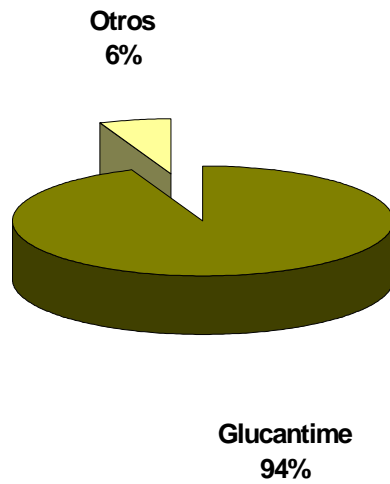
Cuadro 9. Porcentaje de respuesta de los pobladores de algunas comunidades, sobre sus actitudes ante la Leishmaniasis, Nueva Guinea. Enero – Diciembre 2006.

Variables	Muy de Acuerdo (%)	De Acuerdo (%)	Muy en Desacuerdo (%)	En Desacuerdo (%)	Ni de Acuerdo, Ni en desacuerdo
Para prevenir la enfermedad de la Leishmaniasis hay que aislar los animales de la casa y mantenerla limpia	20	75	1	2	2
¿Cree ud. que al ver una roncha en el cuerpo y le dicen que es roncha mala ésta cura con ácido de batería?	4	8	16	61	11
Usando mosquitero se previene adquirir la enfermedad	15	79	1	1	4
Si tiene que ir a la montaña a					

realizar actividades agrícolas hay que cubrir el cuerpo?

18 70 0 8 4

Gráfico 4. Distribucion porcentual de los pobladores de algunas comunidades, sobre el tipo de tratamiento recibido para curar la Leishmaniasis, Nueva Guinea. Enero - Diciembre 2006.



Cuadro 10. Porcentaje de respuesta de los pobladores de algunas comunidades sobre las medidas de prevención que ponen en práctica en su casa, Nueva Guinea. Enero – Diciembre 2006.

Variable	(%) n=113
----------	--------------

Uso de Mosquitero	19
Limpio la Vivienda	15
Limpio el Peridomicilio	14
Aislar los animales	6
Cubrir partes expuestas al entrar a la montaña	4
Cumpliendo el tratamiento	4

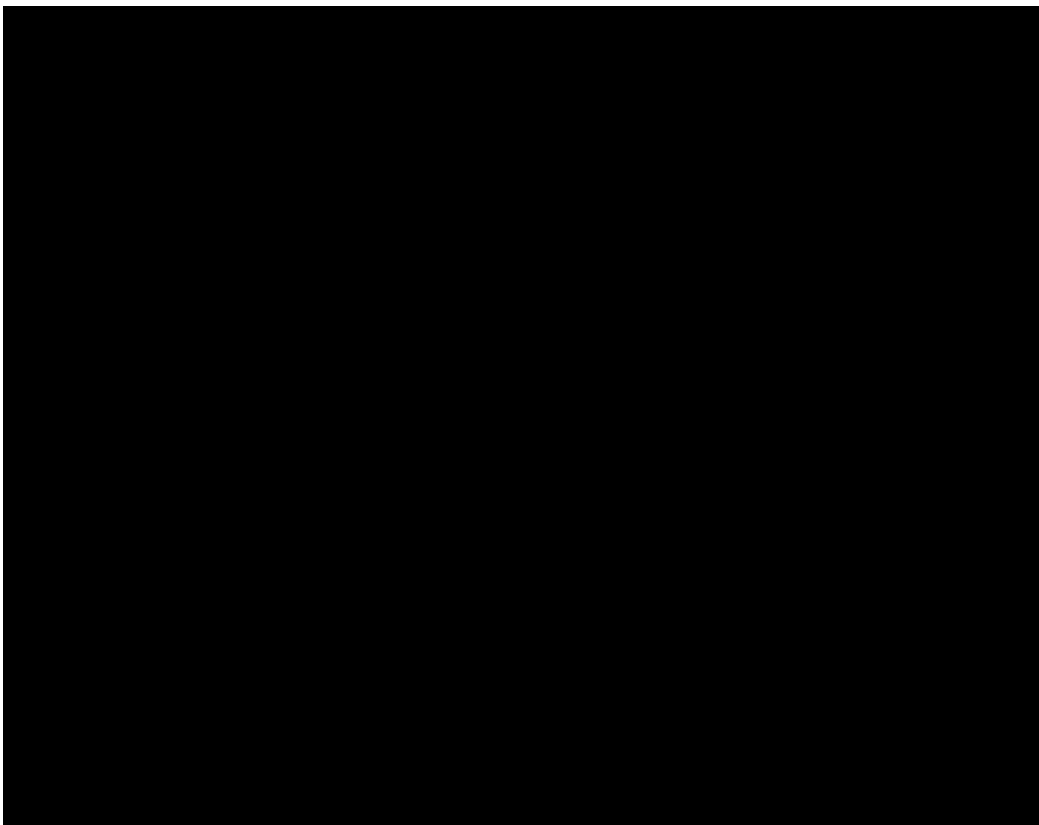


Gráfico 6. Distribución porcentual de los pobladores de algunas comunidades sobre las recidivas de las lesiones, Nueva Guinea. Enero – Diciembre 2006.

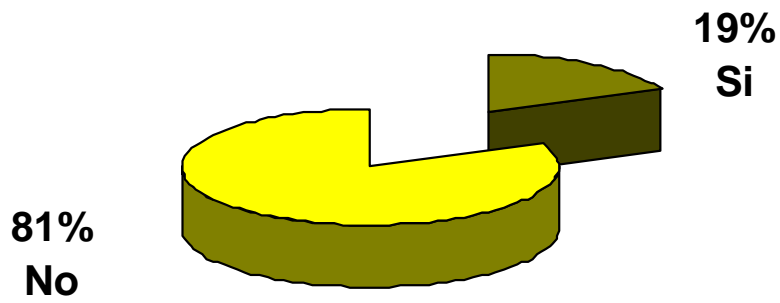


Foto 1. Lesión aguda de paciente femenina de 13 años con Leishmaniasis Cutánea Clásica.



Foto 2. Lesión cicatrizada de paciente femenina de 45 años con Leishmaniasis Cutánea Clásica.

