

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN - LEON**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POST GRADO EN EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PUBLICA**



TESIS

PARA OPTAR AL TITULO DE MASTER EN SALUD PUBLICA.

**CONOCIMIENTO, ACTITUDES, Y PRACTICAS DE LA
LEISHMANIASIS EN LAS COMUNIDADES DE LA
MONTAÑA DEL MERENDON, DE LA REGIÓN
METROPOLITANA DE SAN PEDRO SULA, HONDURAS.**

AUTORA

Dra. Alma Elizabeth Barahona Campos.

TUTOR

Dr. Gregorio Matus Lacayo

León, Nicaragua, C.A. Febrero 2010.

DEDICATORIA

A Dios nuestro Señor por la oportunidad de continuar creciendo académicamente para servir a los demás.

A mi familia, en especial a mi padre Rodolfo Barahona, a mi hijo Rodolfo Barahona y esposo Felipe Burgos, razón para continuar preparándome y esforzarme cada día más en el cumplimiento de mis metas.

A mis amigas; Rosy, Bertha, Zulema, por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Maestría, en especial al Dr. Gregorio Matus por la dedicación y apoyo que me brindó en la realización de esta investigación.

Al personal del sector de Cofradía, de la Región Metropolitana de San Pedro Sula, los representantes de cada una de las comunidades que participaron, por su colaboración en la realización de este estudio.

A mis compañeros y compañeras de la Región Metropolitana de San Pedro Sula y la Región Departamental de Cortés, que contribuyeron en el proceso de la investigación.

RESUMEN:

Introducción

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que la Leishmaniasis es un problema de salud pública y plantea que durante los últimos 10 años el número de personas afectadas por las distintas formas clínicas de la Leishmaniasis ha aumentado notablemente.

Especialmente en los países donde predominan las zonas boscosas., como América central, y todos los países de América del sur, excepto Chile y Uruguay.

Objetivo del estudio

Determinar los conocimientos, actitudes, y prácticas de la población de la montaña el Merendón de la Región Metropolitana de San Pedro Sula.

Material y método

Se aplicó 333 encuestas en las comunidades del Merendon, donde se ubican el mayor número de pacientes de la zona.

Resultados

Las mujeres se encontraban en casa cuando se realizó la encuesta. La baja escolaridad, y el hacinamiento son característicos en los habitantes de la zona.

Las mayoría de las viviendas se encuentran a pocos metros del bosque o los cafetales. Los habitantes de la zona escucharon hablar sobre la Leishmaniasis” en el centro de salud., por lo que acudirían al mismo si presentaran los signos y síntomas de la enfermedad.

“Y además refirieron conocer a alguien que sufrió la enfermedad”, y a identificar las lesiones las que llaman grano malo, y que la transmite un mosquito / jején, que se encuentra sobre la pulpa de café,

La prevención está orientada a la limpieza de solares, y la utilización de métodos de barrera. Además tomarían en cuenta las recomendaciones de prevención del personal de salud, la responsabilidad de controlar y prevenir es del jefe de familia o Uno mismo, y de la Secretaria de Salud,

Palabras claves: Leishmaniasis, conocimientos, actitudes, prácticas, mosquito / jején, control, prevenir.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
OBJETIVOS.....	8
MARCO TEÓRICO.....	9
DISEÑO METODOLÓGICO.....	33
RESULTADOS.....	34
DISCUSION.....	47
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES.....	55
BIBLIOGRAFÍA.....	56
ANEXOS.....	58

INTRODUCCION °°°°°

Se producen dos millones de nuevos casos al año, distribuidos en china (en fecha reciente) india y Pakistán; Asia sub. Occidental, incluidos Afganistán y república islámica de Irán; las regiones meridionales de la antigua Unión Soviética, el litoral del mediterráneo; la sabana africana al sur del Sahara y Sudan; las tierras altas de Etiopia y Kenya; Namibia; la República Dominicana; México (Yucatán); la parte central meridional de Texas (Estados unidos); toda América central, y todos los países de América del sur, excepto Chile y Uruguay. (1).

En fecha reciente se ha notificado la presencia de Leishmaniasis en canguros en Australia. En algunas zonas del viejo mundo ciertos grupos de población urbana, entre ellos los niños corren el riesgo de contraer Leishmaniasis cutánea antroponótica causada por Leishmaniasis trópica. En algunas zonas rurales las personas enfrentan el riesgo de contraer Leishmaniasis cutánea zoonótica por Leishmania mayor.

En el nuevo mundo, la enfermedad por lo común se limita a grupos especiales como los que trabajan en zonas boscosas, los que viven en bosques o cerca de ellos y los que visitan dichas zonas procedentes de países donde la enfermedad no es endémica por lo regular, es mas frecuente en las zonas rurales que en las urbanas. Con frecuencia cada vez mayor se ha observado en América central, sobre todo en Honduras y Nicaragua, una forma no ulcerada similar a un queiloide causada por Leishmaniasis. Infantum / chagasi (Leishmaniasis cutánea atípica). En el pasado se notificaba gran número de casos de Leishmaniasis cutánea difusa en la República Dominicana y México. (2). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su publicación correspondiente al cuaderno número 44 dedicado a

la Epidemiología y control de la Leishmaniasis en las Américas por país o territorio (año 1996), la Leishmaniasis es un problema de salud pública que durante los últimos 10 años plantea que el número de personas afectadas por las distintas formas clínicas de la enfermedad en el continente americano ha aumentado notablemente, sobre todo en América Central y en algunas zonas de América del Sur .

Esta situación presentada parece despertar en los últimos tiempos una sensibilidad más aguda en las discusiones científicas en la región, constituyendo así un tema obligado en diversos foros nacionales e internacionales (Organización Mundial de la Salud/OPS).

La tendencia en cuanto a los resultados de estos encuentros se ubica en apreciar que el resurgimiento de las diferentes endemias, y particularmente la Leishmaniasis, está asociado a un comportamiento multifactorial: clínico-entomológico-epidemiológico, así como a la profundización de las inequidades y desigualdades sociales, aspectos considerados básicos para el desarrollo humano y la justicia social. Se expresa de diferentes formas, entre ellas: (1) la igualdad de oportunidades de los individuos y comunidades en tener acceso y utilización oportuna a los servicios de salud de acuerdo a sus necesidades; (2) ausencia de políticas sostenibles en el control integral de las endemias; (3) poca capacidad de coordinación trans-sectorial; (4) insuficientes investigaciones operacionales en Epidemiología, educación y participación comunitaria; (5) déficit o ausencia de un sistema básico de servicios públicos; y (6) el deterioro progresivo del medio ambiente, entre las más importantes.

Por lo tanto, el paradigma de educación para la salud propuesto tiene su orientación filosófica en la promoción y calidad de vida de la población, sustentado en un marco de políticas públicas y de salud y esto lleva obligatoriamente a cambiar el modelo biologicista uní-causal, donde se privilegia la enfermedad, y nos ubica en la dimensión de la salud. Así se puede internalizar y aplicar acciones de educación para la salud desde la comprensión de los diferentes indicadores de desarrollo social que favorecen la presencia de la Leishmaniasis en las diferentes comunidades.

En esta línea de pensamiento se integra el modelo de educación para la salud sustentado en el método etnográfico, y complementado por un sistema de geo-referencia y un modelo epidemiológico histórico y social. (3)

La más importante o al menos la más difundida de las interpretaciones individualistas tuvo su expresión en lo que se llamaron los estudios KAP (Knowledge, Attitudes and Practices), que fueron utilizados ampliamente por los científicos sociales y luego por el personal médico que consideraba que de esta manera podía cubrir los requisitos sociales de un proyecto de investigación o justificar una posible intervención. Estos estudios se fundaban en la creencia que los conocimientos que una persona podía tener acerca de una enfermedad, sus causas y sus modos de prevención, generaban unas actitudes que luego se ponían en práctica en ciertos comportamientos que ayudaban o no su difusión. La visión es cognitivista y presume que si la persona actúa mal es porque no tiene la información adecuada, porque tiene esa carencia, ese vacío, pero que una vez cubierto, permitirá cambiar radicalmente la situación epidemiológica. Esta ecuación podía tener algún sustento en poblaciones con una carencia de información muy grande pero con unas buenas actitudes para incorporarlas, tal es el caso de muchas

poblaciones rurales que no disponían de información sobre algunas cadenas de transmisión de las enfermedades o sobre la relevancia de algunos vectores, y que al recibir la información, ésta podía ser fácilmente asimilada, pues eran débiles los conocimientos previo al respecto. Pero no sucede así con otras poblaciones que tienen una saturación de informaciones, múltiples y a veces contradictorias, y donde la nueva información va a entrar en competencia con los conocimientos y prácticas previas. (4).

ANTECEDENTES:

Los primeros casos de Leishmaniasis visceral en Honduras se registraron en 1974 y 1975. Entre 1974 y 1983 se notificaron 53 personas con Leishmaniasis visceral confirmada parasitológicamente y 16 casos sospechosos. Hasta fines de 1993 había más de 400 casos confirmados parasitológica o serológicamente, de los cuales 96% correspondían a niños menores de 2 años y 71% eran del sexo femenino. Los principales focos se encuentran en el sur y en la región suroccidente del país, en los departamentos de Choluteca, Valle y Francisco Morazán. Hay áreas endémicas de menor extensión en los departamentos de El Paraíso, Intibucá, La Paz y Lempira.

Se identificó *Leishmaniasis. chagasi* de aislamientos provenientes de pacientes. *Leishmaniasis. chagasi* (identificado por iso enzimas) se aisló de tres especímenes de *Lu. Longipalpis*, el vector presunto, que es muy común. Se sospecha que el perro es el reservorio doméstico. (5)

LEISHMANIASIS CUTÁNEA Y MUCOCUTANEA:

La Leishmaniasis cutánea en Honduras se presenta especialmente a lo largo de la costa del Caribe, pero se han registrado casos en los departamentos de El Paraíso, Olancho, Colon, Atlántida, Yoro, Cortés, Santa Bárbara y Gracias a Dios. Tanto la Leishmaniasis cutánea como la Leishmaniasis muco cutánea están presentes en el país y figuran dentro de las 10 primeras causas de morbilidad. (5)

Leishmaniasis. panamensis y **Leishmaniasis. braziliensis** son los parásitos aislados tanto de lesiones cutáneas como de trescientos (300) casos de Leishmaniasis muco cutánea (espundia). Se ha confirmado la presencia de **Leishmaniasis. braziliensis** en el departamento de El Paraíso, cerca de la frontera con Nicaragua.

Entre las treinta y nueve (39) especies de flebótomos identificadas se encuentran **Lu. Trapidoi**, **Lu. Ylephiletor** y **Lu. Panamensis**, vectores conocidos en otros países centroamericanos. Se ha registrado unos casos de Leishmaniasis Cutánea Difusa y, por la presencia de **Lu. Olmeca olmeca**, se supone que el parásito es **L. mexicana**.

En 1988 se notificaron los primeros casos de Leishmaniasis cutánea debida a **Leishmaniasis. chagasi** (dermotrópica) procedente de la isla del Tigre, en el Golfo de Fonseca, y hasta 1994 se habían presentado más de quinientos (500) casos de Leishmaniasis visceral en todas las áreas endémicas. La mayoría de las lesiones se manifiestan en la cara y tienen un tiempo de evolución muy largo. Ninguno de estos casos cutáneos tiene historia de haber padecido Leishmaniasis visceral. Otros casos que si tuvieron Leishmaniasis visceral y habían sido tratados, no presentaban lesiones cutáneas. En el año 1997 se realizó un estudio descriptivo de los

conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la Leishmaniasis en el departamento del Choco, Colombia, y los resultados indican que el 94% de la población estudiada conocía la Leishmaniasis como una enfermedad de la piel y este concepto es más común entre los hombres que en las mujeres. En cuanto a la forma de transmisión, el 35% relacionaron la enfermedad con la picadura de un insecto, pero ignoraban el agente etiológico y consideraban que la producía un gusano que vive en el monte. En las comunidades estudiadas se empleaba una gran variedad de tratamientos para la cura de la enfermedad. Estos se basaban en uso de plantas, sustancias químicas, quemaduras de las lesiones con metales calientes y, en menor proporción medicamentos. A pesar que las mujeres tenían la responsabilidad de cuidar a los enfermos en el hogar, su falta de conocimientos sobre el tratamiento fue una variable de análisis estadísticamente significativa, pues no estaban familiarizadas con los tratamientos tradicionales de su comunidad. Esta investigación resalta la importancia de estudiar los conocimientos y prácticas de los habitantes locales antes de diseñar y organizar programas educativos sobre el control de la Leishmaniasis. (6).

JUSTIFICACIÓN.

Honduras es un país que posee zonas geográficas boscosas y húmedas, que condicionan la proliferación del vector de la Leishmaniasis, afectando zonas pobladas rurales, con condiciones de vida precarias, donde este vector se encuentra en su habitat natural.

San Pedro Sula es considerada la capital industrial del país, se encuentra ubicada en el Valle de Sula en la costa norte del país. En este valle está ubicada la montaña del Merendón, que es una zona de reserva con una extensión de 39,796 hectáreas, donde se presentan las condiciones necesarias para la presencia del vector, y por lo tanto el desarrollo de esta patología.

Por lo anterior es importante conocer, actitudes y prácticas sobre la LEISHMANIASIS en la zona del Merendón donde sus habitantes conviven con la enfermedad y sus secuelas. Este estudio nos aporta los conocimientos necesarios, para crear estrategias conjuntas con la comunidad y poderle hacer frente a esta problemática de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores que influyen en el conocimiento, actitudes y prácticas de las comunidades de la montaña del Merendón, en relación a la enfermedad de la leishmaniasis en la Región Metropolitana de San Pedro Sula, Cortés?

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los conocimientos, actitudes, y prácticas de la población de la Montaña el Merendón de la Región Metropolitana de San Pedro Sula.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar los conocimientos que tiene la población de la Montaña el Merendón sobre la Leishmaniasis.
2. Identificar las prácticas de la población ante la presencia de un caso de Leishmaniasis.
3. Describir la actitud que sigue la población ante un caso sospechoso de Leishmaniasis.

MARCO TEÓRICO:

Se da el nombre de Leishmaniasis a una variedad de manifestaciones patológicas producidas en el ser humano por el parásito protozoario del género *Leishmania*, que consta de diferentes especies distribuidas en todo el planeta. Son transmitidas por vectores llamados flebótomos, conocidos en el continente americano con el nombre de *Lutzomya*. Pueden actuar como huéspedes reservorios unas cien especies animales mamíferos, entre los cuales los más importantes son; el perro, el gato, roedores domésticos y la zarigüeya (*Didelphys marsupiales*).

Esta es transmitida por la hembra que pica al animal o persona contaminada con *Leishmania*, ingiriéndola con la sangre que absorbe. Una vez en el interior del parásito, la *Leishmania* continúa su ciclo de maduración para posteriormente, cuando este vuelva a picar de nuevo a otra persona; contaminarla e iniciar el proceso infeccioso (1).

Pueden ser clasificadas en dos grandes grupos:

De origen antroponótico: Es decir, el reservorio (las reservas) es el ser humano, el agente transmisor o vector un insecto conocido como flebótomo y el individuo que desarrolla la enfermedad es el hombre.

De origen zoonótico: Es decir, las reservas de este protozoo (*Leishmania*) es un animal vertebrado no humano, se transmite por la picadura del flebótomo y el enfermo es el ser humano.

Es una zoonosis de origen parasitario cuyo agente causal es un protozoo del género *Leishmania*. Se presenta bajo dos formas, visceral y cutánea, dependiendo de la forma de *Leishmania* causante. En Argentina por ejemplo, produce la forma

denominada muco cutáneo o espundia, caracterizada por una úlcera en las regiones descubiertas de la piel la que, poco tiempo después, se disemina hacia la cara y en raros casos a la región genital.

Se transmite a través de un insecto que habita en zonas húmedas y templadas perteneciente al género *Lutzomya*. El hábitat de estos insectos es en los huecos de los árboles, troncos caídos y las cortezas en descomposición, del cual obtienen materia orgánica para el desarrollo de las larvas. Cuando la hembra del insecto vector chupa sangre de un animal parasitado, ingiere las *Leishmania*, las que se multiplican en el intestino del vector.

Cuando se produce una nueva ingesta, el insecto inyecta saliva y con ella, pasan *Leishmania*, de ésta manera puede contagiarse el hombre (1).

CLINICA.

El periodo de incubación es de aproximadamente quince días (15) días aunque puede extenderse por varias semanas. Transcurrido este periodo, en el lugar de la picadura puede observarse una mancha rojiza que evoluciona hacia una úlcera. La que generalmente es indolora, aunque puede producir picazón; dicha úlcera puede persistir durante meses y se localiza en regiones descubiertas del cuerpo.

Posteriormente, entre uno (1) y veinte y cuatro (24) meses de curada dicha lesión, aparece una lesión en la mucosa nasal, con obstrucción, secreción acuosa y sangrado por la nariz. En algunos casos puede llevar a la destrucción del tabique nasal ("nariz de tapir").

Las lesiones también, aunque infrecuentemente, pueden observarse en los párpados (fácil de confundir con un orzuelo) y en el glande (similar al chancro de la sífilis).

Generalmente, en las personas sin alteraciones de su sistema inmunológico, evoluciona hacia la curación en los meses subsiguientes, dejando una cicatriz característica (2).

Los signos y síntomas dependen del síndrome que se desarrolle:

1. Leishmaniasis visceral zoonótica:

Fiebre alta

Esplenomegalia (agrandamiento del bazo)

Leucopenia (descenso del número de Leucocitos o glóbulos blancos).

2. Leishmaniasis y SIDA:

Habitualmente debida a contagio desde animales y a la mayor vulnerabilidad del enfermo de SIDA; puede pasar inadvertida.

Presenta recidivas (es decir, vuelve a aparecer) aunque el tratamiento sea el correcto.

3. Leishmaniasis visceral antroponótica o kala-azar:

Presenta nódulos

Situación parecida a la lepra lepromatosa

4. Leishmaniasis del Viejo Mundo:

4.1. Leishmaniasis cutánea urbana. Leishmaniasis cutánea recidivante:

Pápula eritema tosa (elevación de la piel de color rojizo) que se ulcera

Cura espontáneamente dejando una cicatriz

4.2 Leishmaniasis cutánea rural;

Causa una lesión única o múltiple que tiende a confluir.

Cura lenta y espontáneamente.

4.3 Leishmaniasis por *L. Aethiopia*;

Presenta una única lesión

Característica del este de África.

4.4 Leishmaniasis cutánea por *L. Infantum*.

5. *Leishmaniasis cutáneas del Nuevo Mundo:*

5.1. Leishmaniasis por *L. Peruviana* (UTA):

Afecta a niños

Cura espontáneamente

5.2. Leishmaniasis por *L. Guyanensis* (Pian bois):

Múltiples ulceraciones

5.3. Leishmaniasis por *L. Panamensis* ("Picada de bejuco"):

Úlceras

Lesión similar a la Leishmaniasis cutánea

"Nariz de tapir" (es decir, la nariz toma una forma que se asemeja a la del Tapir)

5.4. Afectación del sistema linfático

Lesiones muco cutáneo (lesiones de las mucosas y la piel)

5.4. Leishmaniasis por *L. Brasilensis*, Leishmaniasis muco cutánea o espundia:

5.5. Leishmaniasis por *L. Mexicana*:

Lesión única "

Cura espontáneamente

Puede afectar cartílago auricular, provocando su pérdida ("ulcera de los chicleros).

5.6 Leishmaniasis por *L. Amazonensis*;

Puede provocar Leishmaniasis cutánea.

Las manifestaciones clínicas de la Leishmaniasis son variables y están relacionadas en parte a la cepa del agente infectante, al medio ambiente y la respuesta inmune del hospedero.

Cuatro (4) diferentes formas clínicas son bien caracterizadas: Leishmaniasis cutánea, Leishmaniasis muco cutánea, Leishmaniasis cutánea difusa y la Leishmaniasis visceral.

En este capítulo, principalmente revisaremos la Leishmaniasis cutánea y muco cutánea de las Américas. Sólo en forma resumida se presentará la clínica de la Leishmaniasis visceral y cutánea difusa (3).

Leishmaniasis cutánea:

La aparición de las lesiones cutáneas a veces se encuentra asociada con la picadura del vector; sin embargo a pesar que el periodo de incubación para desarrollar la enfermedad clínica evidente puede variar de semanas a meses, un trauma local puede activar una infección latente. En promedio, después de un período de incubación que varía entre dos semanas a dos meses o más, aparece en la piel una pequeña lesión inicial con aspecto de una pápula eritema tosa de unos 3 Mm, un nódulo o una simple induración que puede ser única o múltiple. En general estas lesiones respetan palmas, plantas y cuero cabelludo (4).

La especie de *Leishmania* infectante, la localización de la lesión y la respuesta inmune del huésped son los principales determinantes para las manifestaciones clínicas y la cronicidad de las lesiones no tratadas. Por ejemplo las lesiones

causadas por la *Leishmaniasis (L.) mexicana* tienden a ser pequeñas y menos crónicas que aquellas causadas por *Leishmaniasis (V.) braziliensis*. En la Leishmaniasis producida por *Leishmaniasis (V.) peruviana* se presenta principalmente formas pápulo-foliculares y las llamadas “nodulares dérmicas”, a diferencia de las lesiones cutáneas producidas por la *Leishmaniasis (V.) braziliensis* donde predominan las formas ulcerosas francas (5).

La Leishmaniasis causada por *Leishmaniasis (V.) guyanensis*, causa úlceras múltiples, que sin tratamiento pueden extenderse por las cadenas linfáticas de forma similar a la esporotricosis; en una baja proporción de casos muestran tendencia a la forma muco cutáneo. Las lesiones ulcerosas que produce la *Leishmaniasis (V.) panamensis* no tienden a la curación espontánea; y presentan afectación linfática comúnmente en forma de rosario. La Leishmaniasis producida por la *Leishmaniasis (L.) amazonenses* raras veces produce enfermedad en el hombre, puesto que es transmitida por un vector muy poco antropofílico; la lesión única o múltiple, tiene una fuerte tendencia a producir Leishmaniasis cutánea difusa resistente a la curación.

La *Leishmaniasis (V.) lainsoni* produce principalmente lesiones cutáneas (6).

Se ha relatado como un signo precoz en los casos de Leishmaniasis cutánea la aparición de nódulos linfáticos satélites. El inicio de los síntomas linfáticos pueden aparecer antes, simultáneamente o después de la ulceración de la piel, y en casos muy raros podría inclusive ser el único signo de infección promedio a las lesiones cutáneas en aproximadamente dos tercios de los casos. Asimismo, se encontró una mayor respuesta a la intradermorreacción en las personas con linfadenopatía, así como una mayor proliferación linfocitaria después de un estímulo con antígenos

específicos. Diferente a lo encontrado en los pacientes que no presentaban linfadenopatía y que tenían una alta frecuencia de infección previa (7).

La forma cutánea de la Leishmaniasis se caracteriza por presentar lesiones muy particulares, siendo la más frecuente las lesiones de tipo ulcerosas. Las primeras manifestaciones son pequeñas lesiones caracterizadas por máculas rosadas o rojas, pruriginosas, del tamaño de la cabeza de un alfiler o de una lenteja, que tiene semejanza a las picaduras de los insectos.

A los pocos días éstas se elevan y adquieren un carácter papuloso, presentando una base firme, indurada e hiperemia. Con estas características de la lesión primaria, difícilmente esta patología es detectada en su fase inicial, pasando a veces desapercibida inclusive por el propio enfermo; sin embargo en épocas donde ocurren brotes epidémicos, puede ser fácilmente diagnosticada en este estadio por el hallazgo de los parásitos en las lesiones (7).

Después de varios días esta lesión inicial se ulcera espontáneamente y se recubre de un líquido amarillento y adherente, que posteriormente da lugar a la costra. Debajo de esta costra la lesión se extiende en superficie y profundidad, pueden además aparecer lesiones satélites que pueden unirse a la inicial, y dan lugar a una gran ulceración. La úlcera característica es generalmente redondeada, indolora, con bordes bien definidos y cortados en forma de sacabocado; este borde es hiperémico, levantado e indurado, que recuerdan la imagen de un cráter. Cuando se desprende la costra se observa un fondo granuloso, limpio y exudando líquido no purulento -no hay tendencia al sangrado espontáneo; presenta un color rojizo a veces de color amarillento cuando hay depósito de fibrina, no hay signos de flogosis como edema o calor; sin embargo, cuando se presentan infecciones bacterianas sobre agregadas,

comúnmente observadas en nuestro medio, esta úlcera puede tornarse dolorosa, exudativa y purulenta. Usualmente en el trabajo de campo podemos encontrar formas atípicas de estas lesiones ulcerosas, pudiendo observar lesiones cubiertas con diferentes sustancias tipo ceniza, polvo de pilas, líquido de batería entre otros, que en algunas oportunidades estas sustancias producen quemaduras, es así que estas lesiones adquieren una forma costrosa, y al retirar esta costra podremos observar la lesión característica(7).

La piel alrededor de la lesión no presenta alteraciones, y presenta un aspecto y coloración normal. En casos de larga evolución, la piel que rodea a la úlcera puede encontrarse indurada y de color violáceo.

En los primeros meses de evolución de la enfermedad, cuando la relación parásito-huésped muestra un desequilibrio a favor del primero, la úlcera tiende a crecer hasta un tamaño máximo que varía en función de la respuesta inmune del huésped y de la especie de *Leishmania* infectante. Después de algunos meses la lesión llega a medir varios centímetros, inclusive algunas veces llegan a medir hasta 20 cm., con frecuencia los parásitos invaden los cordones linfáticos, y produciendo linfangitis y linfadenitis regional, la cual se palpa como un rosario. Posteriormente, casi siempre las lesiones se estabilizan y a medida que empieza a prevalecer la reacción del huésped, la enfermedad tiende a evolucionar hacia la cura espontánea, siendo en la mayoría de las veces entre un período de seis meses a tres años (8).

Se describe también una forma de presentación verrugosa, en muchas de ellas en ningún momento se presenta una forma ulcerada, las lesiones también tienen forma redondeada u ovalada. La superficie de la lesión en general es de color oscuro, puede ser fina o gruesa y de superficie lisa o rugosa. Con el tiempo puede crecer

transformándose en una forma vegetante; en estos casos al limpiar la lesión no se debe retirar la superficie ya que no hay costra sino se trata de la lesión vegetante.

Otra forma de presentación puede ser la forma nodular, que se puede palpar como un nódulo, la superficie es lisa, pero puede ulcerarse (formas ulcero nodulares); a veces, alrededor de una lesión ulcerosa central o de la cicatriz que esta dejó se forman varios nódulos, este aspecto también es bastante típico de la Leishmaniasis.

Las formas vegetantes también pueden presentarse, se tiene una superficie irregular, rugosa o hasta sobresaliente en forma de una coliflor y presentar pedículo, en algunos casos esta se puede desarrollar de una lesión inicialmente ulcerosa, costrosa o simplemente nodular.

Las personas con Leishmaniasis cutánea andina mayormente sólo sufren lesiones cutáneas, sin embargo las membranas mucosas pueden ser comprometidas ocasionalmente: una directamente relacionada a la continuidad de una lesión con la mucosa para el caso de lesiones producidas en el rostro , y una forma más rara descrita por Llanos Cuentas que sería por metástasis(8) .

Leishmaniasis muco cutánea:

Las lesiones mucosas secundarias pueden aparecer existiendo todavía las manifestaciones cutáneas o cuando estas ya han cicatrizado que es lo más frecuente. En los casos de lesiones mucosas ya no existe la tendencia a la cura espontánea, las manifestaciones mucosas se iniciaron después de uno o dos años de iniciada la enfermedad, siendo la mayor frecuencia a los dos años (24%), un 20% de casos se presentó entre 3 a 5 años. Pessoa y Barreto en el Brasil, afirman que 70% de las lesiones mucosas surgen en los primeros 5 años después de la aparición de la lesión cutánea. Se describe la aparición de lesiones mucosas entre 20 a 30

años después de la resolución de la lesión primaria, cuya cicatriz puede ser observada en la piel (9).

En aproximadamente un tercio de los pacientes la enfermedad se manifiesta primariamente en las mucosas, sin presentar antecedentes de lesiones en la piel, en estos casos es posible que la infección primaria haya sido inaparente, o que se haya manifestado como una lesión mínima pasando desapercibida para el propio paciente, una razón más para que la piel del paciente sea examinada minuciosamente.

Las lesiones mucosas se instalan de preferencia en las vías áreas superiores, comprometiendo las estructuras anatómicas mas ventiladas por el pasaje del aire inspirado es muy frecuente que las lesiones mucosas comiencen a nivel del tabique nasal cartilaginoso, pero pueden también comenzar en otras partes de las vías áreas superiores. Se ha reportado un caso de comienzo en la laringe, donde las manifestaciones clínicas comenzaron por una alteración de la voz. Las Lesiones mucosas se extienden con mayor rapidez que las cutáneas, pueden cubrir toda la mucosa nasal, faringe, laringe, llegar a la tráquea y hasta los bronquios en Aproximadamente dos (2) años (9).

En el compromiso nasal se presenta una coloración violácea de la piel que no llega a la zona de los huesos propios de la nariz, siendo nítida la separación; después la lesión se profundiza, se presenta una peri condritis y se vuelve dolorosa. La lesión corrientemente se inicia en el séptum cartilaginoso, por el cornete inferior y raramente por el suelo de la nariz (vestíbulo), hay hipertrofia vascular y de los orificios pilo-sebáceos, produciendo abundante seborrea, cuando las lesiones están avanzadas, se presenta exudación, ulceración de toda la mucosa, ulceración del

cartílago, y al destruir la mucosa del otro lado se produce la perforación que puede dar destrucción parcial o total del tabique, esto determina la caída de la punta de la nariz. El rubor, infiltración y edema, da mayor volumen a la punta de la nariz y a las alas nasales pudiendo sobrepasar el surco naso geniano. A esta nariz grande de la Leishmaniasis se le conoce con el nombre de “nariz huanacoide”, “nariz tapiroide”, por comparación con la nariz de la sachavaca, algunas veces también le llaman “nariz de polichinela”, “nariz de camello” o “nariz de papagayo”. La perforación del tabique nasal y el achatamiento de la nariz sin ulceración de la piel, es muy propio de la Leishmaniasis muco cutánea (espundia), y que nunca se ha visto en la Leishmaniasis cutánea andina, en esta entidad se “carcomen” de preferencia las alas de la nariz (10).

El paciente puede presentar como sintomatología catarro nasal, ardor y respiración forzada, hemorragia al extraerse las costras, y si hay infecciones sobre agregadas la secreción es purulenta y puede profundizarse la lesión mucosa y continuar con la mucosa del vestíbulo y labio superior. Este proceso puede extenderse a la piel de la nariz semejando una rinofimia, hasta que se presenta la ulceración de la piel, pueden destruirse después las alas nasales, quedando sólo los orificios de los elementos óseos. La proliferación del borde del tabique que queda puede llevar a la obstrucción de las fosas nasales. En ciertos casos se presentan formaciones pseudo-poliposas, siendo la dificultad respiratoria la más saltante; también se describe una forma atrófico-costrosa, donde a veces sólo se presentan abundantes costras que dificultan la respiración, siendo su remoción muy dolorosa.

Las lesiones en la boca, comprometen de preferencia el paladar, los pilares, la úvula y secundariamente vienen los procesos destructivos; las amígdalas raramente son

afectadas de inicio y no dan reacción ganglionar, en la cara posterior de los labios (vestíbulo) toma aspecto ulceró granuloso. Las lesiones palatinas y vestibulares respetan las encías, las lesiones del paladar son con más frecuencia proliferativas que destructivas, la úvula suele hipertrofiarse o ulcerarse y algunas veces puede desaparecer. Las lesiones linguales son muy raras, también se pueden hallar el compromiso de la mucosa gingival e ínter dentario. En cuanto a las lesiones de la hipo faringe, laringe y tráquea se caracterizan por un compromiso de los repliegues arite-epiglóticos y aritenoides, dando lesiones hipertrofiantes que producen disfonía, afonía y asfixia; la epiglotis también se puede encontrar comprometida. Las cuerdas vocales también se hallan infiltradas (11).

La Leishmaniasis muco cutánea en los primeros años de su evolución compromete muy poco el estado general, se pueden encontrar enfermos con úlceras extensas en el rostro que realizan normalmente su trabajo; sin embargo cuando las lesiones mucosas estas muy avanzadas y comprometen la mucosa de la boca y la laringe, la alimentación y la respiración se encuentran alteradas, con el consiguiente compromiso del estado general. Algunos enfermos pierden casi por completo la voz y se vuelven sordos. Otros pacientes viven salivando constantemente y el aliento se torna fétido probablemente por el compromiso de las glándulas mucosas y salivares ya sea por la Leishmania misma o por infecciones sobre agregadas que se presentan constantemente. En estas condiciones donde también se encuentra dificultad para la alimentación, los enfermos presentan desnutrición, con la consiguiente aparición de otras infecciones sobre agregadas como el caso de la Tuberculosis (que presenta compromiso de las tres mucosas y/o compromiso laríngeo). Este tipo de pacientes con lesiones severas, si no son tratados inclusive

pueden llegar a la muerte, algunas veces por edema de glotis o por una complicación aguda (11).

Leishmaniasis cutánea difusa:

Un aspecto peculiar de la Leishmaniasis cutánea es observado en la forma llamada difusa o hansenoide, se caracteriza por la presencia de nódulos aislados o agrupados, máculas, pápulas, placas infiltradas y en algunos casos lesiones verrugosas. Las lesiones muestran generalmente límites imprecisos que se confunden con la piel normal, dando a la enfermedad un aspecto que recuerda a la lepra lepromatosa; la enfermedad parece iniciarse bajo la forma de lesiones localizadas, de aspecto nodular o en placa infiltrada que poco a poco se disemina por todo el cuerpo. El exámen histopatológico revela frecuentemente atrofia de la epidermis y la presencia en la dermis de granulomas bien constituidos, donde predominan células con citoplasma vacuolizado, llenas de parásitos. Estas lesiones no curan espontáneamente y tienden a la recaída después del tratamiento (12).

Leishmaniasis visceral:

Después de la picadura del vector, existe un periodo de incubación que varía entre 4 a 10 meses. En muy pocos casos se encuentran lesiones en la puerta de entrada, ya que la mayoría pasa desapercibida, en pocos casos la enfermedad es aguda y en su mayoría tiene una evolución crónica. Cuando ocurre la invasión visceral se inicia la fiebre, casi siempre progresiva y elevada, remitente o intermitente, que duran semanas y se alterna con períodos afebriles, también de semanas. El tipo de fiebre se asemeja bastante al de una infección por *Plasmodium falcíparum*, posteriormente la fiebre se torna persistente y ondulante, el bazo crece gradualmente y sobrepasa el reborde costal. En la fase crónica la esplenomegalia es muy marcada y puede

llegar hasta la fosa iliaca derecha, abultando considerablemente el abdomen. También se encuentra hepatomegalia pero en menor magnitud que el crecimiento del bazo. Existe una linfadenopatía generalizada, especialmente de ganglios mesentéricos, la piel se encuentra hiperpigmentada, signo que originó su nombre en la India (12).

En los niños se sospecha de la enfermedad cuando existe fiebre y esplenomegalia y proceden de un área endémica, después de varios meses de enfermedad el paciente llega a la emaciación, generalmente con edema de miembros inferiores; presenta anemia, leucopenia y trombocitopenia. La mayoría de los niños no tratados mueren pocos meses después de iniciada la enfermedad (12).

PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.

SISTEMA DE INFORMACIÓN:

La Leishmaniasis se encuentra dentro del grupo de enfermedades de notificación semanal obligatoria. Al emitir correctamente y en forma oportuna nuestros reportes estamos contribuyendo al conocimiento de la verdadera magnitud de la Leishmaniasis en el país; así como identificar factores de riesgo para la presentación de esta enfermedad y detectar oportunamente sus variaciones. También a través de estos reportes podemos detectar en forma oportuna, probables brotes de ésta patología; así como, determinar prioridades que orienten la investigación.

La sistematización y el procesamiento de esta información ayudará a poder planificar intervenciones, cantidad de insumos necesarios, tipos de diagnósticos que se están realizando (casos probables, casos confirmados), la medición del impacto de las intervenciones entre otros. Se recomienda realizar reuniones trimestrales en los niveles locales, intermedios y sub. regionales para evaluar la calidad de la

información que se está recibiendo y enviando, así como poder realizar consolidados locales de información para la toma de decisiones oportunas, caso de necesidad de insumos o replanteamiento de acciones de control; y una evaluación anual se realizara en el nivel central y regional. Se debe tender a manejar una base de datos común en cada una de las regiones y a nivel intermedio, ya que en la actualidad la mayoría de este tipo de establecimientos cuenta con equipos de informática. En este sentido la consistencia de la información (control de calidad de los datos) pueden ser realizados a nivel local, y en caso de existir incongruencias o falta del dato es más fácil de recuperarlos en este mismo nivel (13).

Cabe recalcar que el formulario de Registro semanal de enfermedades de notificación inmediata, para ser considerado oportuno, debe llegar al nivel superior hasta el lunes de la semana siguiente y al nivel central hasta las 17 horas del día martes.

Se presenta a continuación las definiciones de caso de Leishmaniasis utilizadas en las notificaciones semanales (8).

DEFINICIÓN DE CASO DE LEISHMANIASIS

Para la notificación de los casos es importante utilizar las siguientes definiciones de caso:

NIVEL CENTRAL

Oficina general de Vigilancia de la salud.

NIVEL REGIONAL O DEPARTAMENTAL.

Oficina Regional o departamental de vigilancia de la salud.

NIVEL LOCAL

Unidad notificante – Unidad centinela

CASO PROBABLE:

Todo caso diagnosticado de Leishmaniasis bajo criterio clínico epidemiológico, sin confirmación por exámenes de laboratorio de infección por *Leishmania*.

Leishmaniasis Cutánea Andina CIE – 10 B55.1):

“Todo persona con cuadro clínico caracterizado por una o múltiples lesiones cutáneas que inician en forma de nódulo pruriginoso o no, con progresión a lesiones ulcerativas o ulcero-costrosas, poco profundas de aspecto redondeado, no dolorosa, de bordes bien definidos y signos inflamatorios, con tiempo de evolución no menor de cuatro semanas y falta de respuesta al tratamiento convencional. Con antecedentes de procedencia o residencia en zonas andinas endémicas de Leishmaniasis”.

Leishmaniasis Muco cutánea (CIE – 10 B55.2):

“Todo persona con cuadro clínico caracterizado por lesiones granulo matosas elevadas o ulcerosas de la mucosa nasal, boca, paladar blando, faringe, laringe o tráquea, con antecedente de lesiones cutáneas activas o cicatrizadas previas, procedencia o residencia en zonas endémicas de Leishmaniasis espundia de la Selva Alta o Baja”.

Leishmaniasis visceral (CIE – 10 B55.0):

“Cuadro clínico caracterizado por fiebre elevada ondulante, pérdida de peso, palidez, esplenomegalia, hepatomegalia, sin ascitis, ni ictericia, en niños menores de 5 años procedentes o residentes de áreas fronterizas a zonas endémicas de Leishmaniasis visceral” (13).

CASO CONFIRMADO:

Caso probable con exámen parasitológico ó inmunológico ó histopatológico ó cultivo que demuestre positividad a infección por Leishmaniasis.

MANEJO DE LAS MUESTRAS:

- Las muestras para frotis son realizadas por todas las unidades recolectoras o por los laboratorios locales, las cuales son procesadas por estas últimas. El control de calidad es realizado por los laboratorios de referencia de la SECRETARIA DE SALUD.
- Las muestras para serología y cultivo son procesadas en el laboratorio regional o subregional y en el laboratorio de referencia nacional de LA SECRETARIA DE SALUD.
- Se propone el envío de una copia de la ficha epidemiológica utilizada a la Dirección de VIGILANCIA DE LA SALUD o al coordinador del Programa de Control de ENFERMEDADES VECTORIALES.
- Enfermedades Metaxénicas para realizar un análisis local de la situación de la Leishmaniasis en el medio.
- La ficha de toma de muestra debe ser remitida al laboratorio referencial.
- El laboratorio referencial retroalimentará a las unidades recolectoras.
- La UNIDAD DE VIGILANCIA DE LA SALUD informará al nivel central de la confirmación del caso (9).

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL:

Un programa de control de la Leishmaniasis debe ser integral, donde se comprometa a diversas instituciones que estén ligadas al problema de la Leishmaniasis, para así evitar paralelismo de las acciones y realizar gastos innecesarios. Sin embargo es importante reconocer la complejidad de las medidas de control que se tengan que implementar, ya que existen aún muchas interrogantes que responder especialmente en lo concerniente a los reservorios y vectores en varias zonas del país. Los programas implementados deben ser evaluados constantemente, por presentarse situaciones cambiantes, dinámicas, donde una realidad puede variar de un año a otro (14).

Considerando las características epidemiológicas propias de la Leishmaniasis las estrategias de control deben ser flexibles, diferenciadas y adecuadas a cada región o foco en particular según los conocimientos que se tengan de la realidad local de acuerdo a las investigaciones realizadas y al análisis local de los datos obtenidos en las fichas epidemiológicas o las notificaciones semanales.

Para la selección de estrategias adecuadas de control se debe considerar lo siguiente: Caracterización de la enfermedad de acuerdo a la forma clínica según edad, sexo, ocupación y procedencia (10).

- Estudios entomológicos para definir cuáles son las especies que se comportan como vectores, como son sus hábitos: horarios, lugares donde se encuentra su hábitat (intradomiciliar o peri domiciliar), grado de antropofilia o exofilia.
- Estudios parasitológicos para definir las especies circulantes en el medio.
- Estudios ecológicos para determinar los animales reservorios.

- En lo posible realizar control de calidad de los lotes de antimoniales que se reciben para determinar la cantidad de SbV y SbIII presentes.
- Analizar el grado de respuesta terapéutica y efectos colaterales a los tratamientos instaurados.
- Evaluar el resultado y el impacto de las intervenciones realizadas. En general se pueden plantear dos grupos de actividades de control, unas actividades directas y otras indirectas (14).

ACTIVIDADES DE CONTROL DIRECTAS:

Las actividades directas de control están relacionadas a las medidas de intervención en la cadena de transmisión de la Leishmaniasis.

Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los casos a través de:

- Captación activa de casos probables en áreas donde se presenten altas tasas de morbilidad, donde haya dificultad de acceso a las unidades de salud y donde simultáneamente se disponga de importante cantidad de recursos instalados para la oferta de salud. En estas búsquedas casa por casa deben participar tanto el personal de salud, los agentes comunales de salud, y personal de otras instituciones. participación activa de la comunidad en forma de sindicatos de enfermos.
- Reforzamiento de la atención a la demanda pasiva de pacientes. En este componente es necesario la competencia técnica del equipo de salud tanto del personal profesional y técnico, de igual manera, es importante el cambio de actitud frente a los pacientes, para que sientan que son atendidos de una manera cálida, continua y en forma oportuna.
- Aplicación de insecticidas (control vectorial químico):

La aplicación de insecticidas contra los vectores resulta práctica en zonas donde exista transmisión intradomiciliar o peri domiciliar, situación que se caracteriza cuando hay presencia de casos de Leishmania en menores de 4 años residentes en áreas urbanas o peri urbanas o en ciertas áreas rurales donde se tenga concentraciones poblacionales expuestas. Estas medidas no son practicables en zonas de bosques, como la zona boscosa de la montaña del Merendón (12).

- El control vectorial químico está restringido por las características entomológicas de las *Lutzomyias* al tratamiento adulticida mediante la aplicación de insecticidas en forma residual y espacial. En situación de brotes de Leishmaniasis en medios peri-urbano y urbanos se procederá a la aplicación de residuales intradomiciliar y en el peri-domicilio, los brotes en localidades rurales requerirán de la aplicación de fumigación peri domiciliar espacial.
- La elección del grupo de insecticidas que pueden ser utilizados debe obedecer al siguiente orden de preferencia:
 - a) Para el tratamiento residual: piretroideos, carbamatos, órgano fosforado y órgano clorados.
 - b) Para tratamiento espacial: órgano fosforado y los piretroideos.

Las acciones de control vectorial químico esta bajo la responsabilidad del Programa de Control de ENFERMEDADES DE CONTROL VECTORIAL en coordinación con la Dirección General de Salud Ambiental y son programadas anualmente medidas de protección individual.

- Tiene por objeto reducir el riesgo de contacto del vector con el hombre en los medios naturales evitando la picadura de *Lutzomyias* infectadas.

- Las medidas de protección personal deben difundirse a la comunidad y a grupos ocupacionales de riesgo: cazadores, investigadores, obreros empleados en extracción maderera, extracción de castaña, desbroza miento de bosques, cultivo y cosecha de café y cacao, exploración y explotación minera, aurífera y petrolera, turistas (13).

Entre las medidas de protección individual se tienen:

- Mosquiteros de malla fina; recordar el tamaño de las *Lutzomyias*– simples o impregnados con insecticidas tipo deltametrina o permetrina (los mosquiteros siempre deben mantenerse cerrados sobre la cama cuando no se usen).
- Cortinas o mallas finas impregnadas en puertas y ventanas de las viviendas.
- Uso de espirales que arden sin llama y humean, también pueden brindar una buena protección, se debe utilizar espirales que contengan piretroideas.
- Uso de repelentes corporales en áreas expuestas del cuerpo al introducirse en las florestas, pueden tener una protección de hasta seis horas, igual protección ofrecen las cremas atomizadoras.

Uso de ropa delgada de manga larga si es posible impregnada con insecticidas, pantalones largos, medias y zapatos (de difícil aplicación en las regiones donde hay mucho calor y humedad), estas medidas deben ser aplicadas principalmente en los horarios de mayor concentración del vector (14).

ORDENAMIENTO Y SANEAMIENTO BÁSICO RURAL:

- Deforestación peri domiciliaria: En áreas de riesgo, se recomienda tener un área de seguridad de 300 metros entre las casas y la vegetación, por lo que es importante considerar que una franja de esa naturaleza tiene que ser bien planeada para evitar erosión y otros problemas a consecuencia del desequilibrio

ambiental que puede producir un desbroce. Se ha señalado los cultivos de bananas también como medidas de seguridad.

- Saneamiento de la vivienda: Se debe promover la limpieza de las malezas, piedras, drenajes de acequias y troncos de madera en descomposición en los alrededores de la vivienda; asimismo, se debe promover y difundir la correcta protección y crianza de animales domésticos, almacenaje y protección de los productos alimenticios, particularmente de los granos y una correcta disposición de los desechos orgánicos (13).

Control de reservorios:

- La lucha contra los huéspedes reservorios es parte de la estrategia preventiva en la transmisión de las Leishmaniasis. Se debe tener en cuenta la importancia del control de canes como parte de la vigilancia de la Leishmaniasis visceral que está presente en los países con quienes compartimos fronteras.
- Es importante la identificación de probables reservorios domésticos (perros y Equinos) para su posterior eliminación o el mantenimiento de los mismos en lugares limpios y apartados de las habitaciones humanas. Por otro lado, la producción de basura orgánica y el acondicionamiento inadecuado de los alimentos favorecen la Incursión de animales comensales reservorios (marsupiales y roedores), es por esta razón que la basura debe tener un destino adecuado para evitar la atracción de estos animales (14).

ACTIVIDADES DE CONTROL INDIRECTAS:

Las actividades indirectas de control están relacionadas a las medidas de intervención que no intervienen directamente en la cadena de transmisión de la Leishmaniasis:

- **Capacitación técnica:** Se debe capacitar en forma permanente al personal de los establecimientos de salud que brinda atención a las personas con Leishmaniasis. Dos tipos de capacitación deben ser impartidas, una orientada a fortalecer los conocimientos de manejo clínico, psicológico, y otra orientada a fortalecer los conocimientos sobre salud pública en el campo de la Leishmaniasis. Se debe establecer una relación dinámica entre el conocimiento del profesional y la vivencia de los diferentes estratos sociales a través de la comprensión global del proceso salud-enfermedad, en el cual intervienen factores sociales, económicos, políticos y culturales.
- **La Educación sanitaria,** como medida preventiva, está dirigida principalmente a la comunidad, a grupos poblacionales en riesgo de enfermar por Leishmaniasis, así como a turistas que viajan a áreas endémicas. En los contenidos se debe resaltar la importancia de las medidas protección personal, salud ambiental, los síntomas precoces de la enfermedad a fin que solicite atención oportuna y cumpla con el tratamiento indicado para prevenir mutilaciones posteriores y su participación en las actividades de control vectorial. La educación para la salud y participación comunitaria han estado vinculadas a las políticas y programas de salud pública, teniendo su génesis en una visión filosófica y conceptual desde el paradigma de educación sanitaria, siendo su naturaleza asistencialista y benéfica, vinculante a la interpretación de la salud como biologicista–unicausal, sólo como ausencia de

enfermedades. Esta interpretación históricamente ha venido cambiando, al menos teóricamente, a partir de la década de los 60 por las transformaciones sociales y políticas de los países, momento a partir del cual se inicia la discusión y apertura hacia el paradigma de la educación para la salud, que rompe estructuralmente la esencia filosófica y metodológica del paradigma anterior. Interpretándose, entonces, como una de las estrategias básicas en el marco de la calidad de vida y promoción de la salud en el desarrollo social sostenible (11). En cada uno de estos, la variable constante ha sido la educación y la participación comunitaria como estrategia esencial para contribuir en la transformación de salud de las comunidades; estas referencias marcan de igual manera el comportamiento de la educación para la salud en el campo de los programas de control de endemias en los países, que ha sido interpretada y aplicada desde la visión de educación sanitaria, orientando los esfuerzos técnicos y humanos desde una postura centralizada de la planificación, con sentido unidireccional-coyuntural-benéfico para la consecución de objetivos específicos en cuanto al control de ciertas enfermedades, con especial énfasis en momentos de crisis o repunte de las mismas(13).

- La metodología y los materiales a ser utilizados para la difusión deben ser apropiados para el contexto socio cultural de la región donde se trabaja.
- Distribución de insumos: Es importante que las UNIDADES DE SALUD tengan en stock medicamentos para poder administrar un tratamiento en forma oportuna, así como contar con redes de laboratorios que tengan los insumos necesarios y cuente con personal bien entrenado en el diagnóstico de esta patología, y de esta manera poder emitir resultados en corto tiempo y técnicamente adecuados(14).

DISEÑO METODOLOGICO:

Para realizar el estudio se aplicó una encuesta previamente elaborada por la investigadora con el apoyo técnico del **Programa de enfermedades de transmisión vectorial de la Secretaría de Salud de Honduras**. La encuesta se aplicó previa validación en las comunidades de la montaña del Merendón en el Departamento de Cortés.

TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

AREA GEOGRÁFICA DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en la Región de Salud Metropolitana de San Pedro Sula; específicamente en la comunidad de Tómalá, ubicada en la Montaña del Merendón, Donde se ubica el mayor número de pacientes de la zona.

UNIVERSO Y MUESTRA:

El universo de estudio serán todos los habitantes de la comunidades de la montaña del Merendon de la Región de Salud Metropolitana de San Pedro Sula; para el cálculo de la muestra se tomara una población representativa a través de la formula siguiente.

$$n = \frac{N Z^2 P \cdot q}{D}$$

$$D (N - 1) + Z^2 P \cdot q$$

n = tamaño de la muestra

N = Total de la Población que se desea muestrear (3,972 habitantes)

Z = Corresponde al nivel de confianza del. 95 % = 1.96

P = Prevalencia del evento que se desea estudiar (0.75) se expresa en fracción decimal,

q = La diferencia de (1-p)

D = La precisión (si trabajamos con 95% será de 0.05)

n = 332

ANALISIS DE DATOS:

El análisis de datos se realizará a través del programa estadístico EPINFO 3.3.2., se utilizarán medidas de frecuencia a través de porcentajes y medidas de centro como, media, mediana y moda.

CONSIDERACIONES ETICAS.

El instrumento se aplicó a la población en estudio previo conocimiento informado y con participación voluntaria en este trabajo de investigación, dando a conocer los resultados obtenidos a la población sometida al estudio y al personal institucional de la secretaria de salud.

VARIABLES DEL ESTUDIO:

Variables simples:

Edad

Sexo

Ocupación

Escolaridad

Municipio

Localidad

Hacinamiento

Fuente de agua

VARIABLES COMPLEJAS:

Características de la vivienda

Conocimiento de la enfermedad

Actitud ante la enfermedad

Prácticas que realiza la población para prevenir la enfermedad

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLES COMPLEJAS	Bueno(>70)	Regular(50-69)	Malo(<50)
Características de la vivienda	Techo de zinc Paredes de concreto, madera. Piso de cemento.	Techo de zinc Paredes de adobe. Piso de tierra.	Techo de palma Paredes de materiales de desecho. piso de tierra
Conocimiento de la enfermedad	Si responde > o igual a seis preguntas correctamente	Si responde entre cuatro y cinco preguntas correctamente	Si responde < o igual a tres preguntas correctamente
Actitud ante la enfermedad	Si responde > o igual a tres preguntas correctamente	Si responde dos preguntas correctamente	Si responde una pregunta correctamente
Prácticas que realiza la población para prevenir la enfermedad	Si responde > o igual a dos preguntas correctamente	Si responde > o igual de una pregunta correctamente	No responde ninguna pregunta correctamente

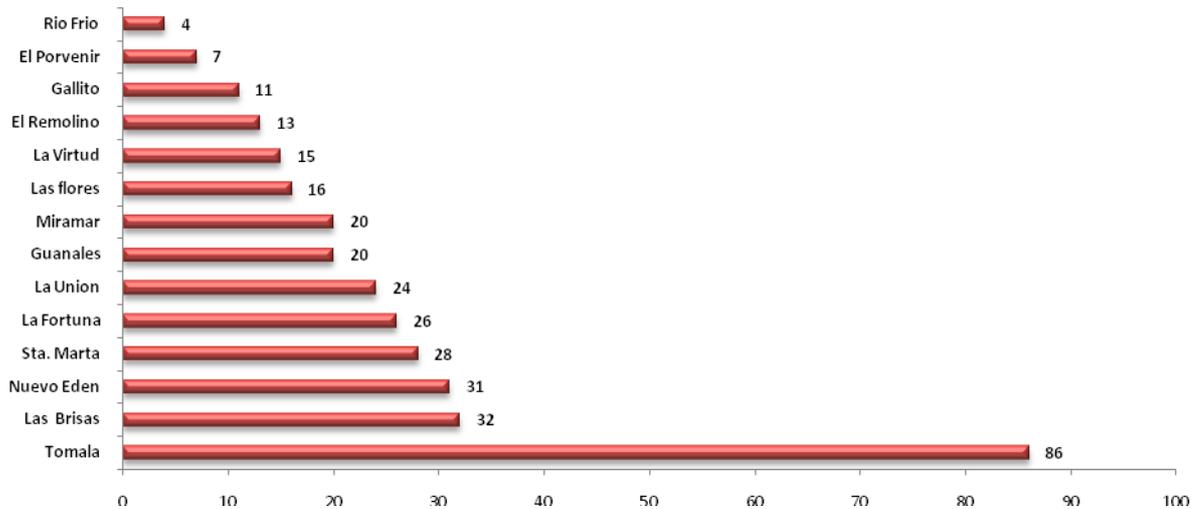
RESULTADOS:

Se encuestaron en la muestra 333 viviendas de las comunidades de la montaña del Merendón del Valle de Sula, departamento de Cortés, que presentan la mayor cantidad de casos de Leishmaniasis.

A continuación detallaremos las generalidades de estas comunidades encuestadas: Hay en la muestra catorce comunidades, siendo la comunidad de Tomalá donde se encuestaron ochenta y seis viviendas, seguido de Las Brisas, con treinta y dos,

Nuevo Edén con treintauno, Santa Marta veintiocho, La Fortuna veintiséis, La Unión veinticuatro, Guanales y Miramar con veinte viviendas en cada una de ellas, Las Flores dieciséis, La Virtud quince, el Remolino trece, El Gallito once, El Porvenir siete y Río Frío se encuestaron cuatro viviendas. *Gráfico 01*

Gráfico 01
Porcentaje de personas encuestadas por localidad, de las comunidades del Merendón.- 2008



Las personas que se encuestaron en las diferentes comunidades fueron las mujeres; debido a que la mayoría de los hombres se encontraban trabajando en el campo, cuando se realizó la misma. En relación al sexo; las mujeres representan el 65.5% de los encuestados, y los hombres un 34.5%.

En relación a la edad de las personas encuestadas de las diferentes comunidades

se

enco

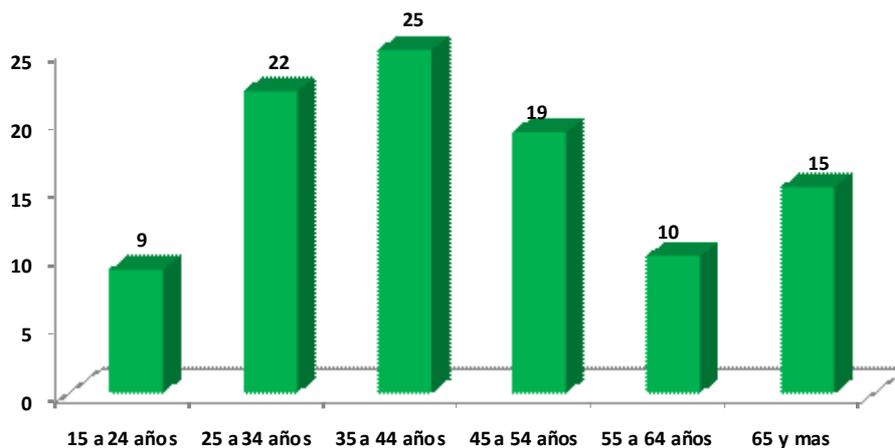
ntró

lo

siguie

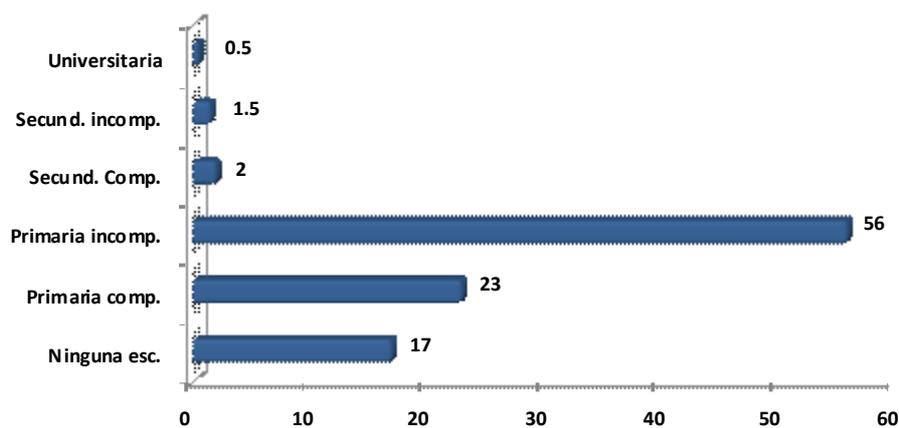
nte:

Gráfico 02
Porcentaje por grupos de edad de los encuestados de las comunidades del Merendón.- 2008



La edad que mas prevalece en las comunidades encuestadas (relacionado con las personas entrevistadas) es la económicamente activa (de 25 a 44 años), y en un menor porcentaje el grupo de 15 a 24 años. *Gráfico 02.*

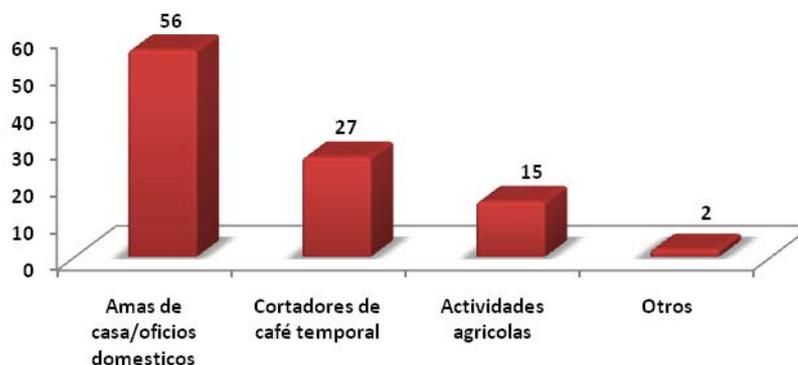
Gráfico 03
Nivel de escolaridad de los encuestados en las comunidades del Merendón .- 2008



En relación a la escolaridad de las personas encuestadas, el 17% no tenían ninguna escolaridad, la primaria completa 23%, primaria incompleta un 56%, la secundaria

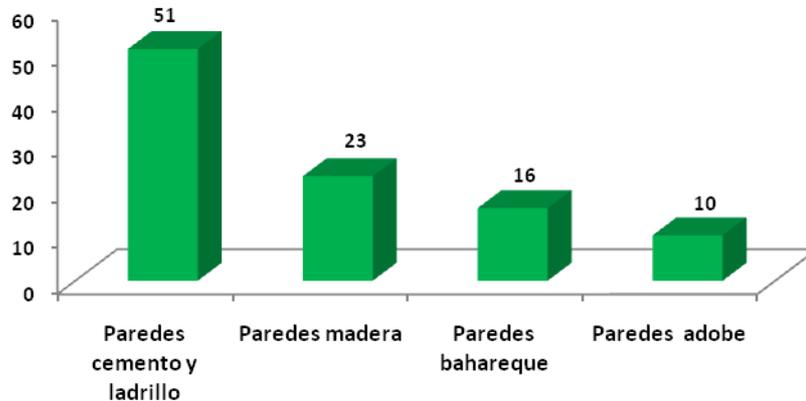
completa e incompleta un 2% y 1.5% respectivamente, y con educación superior un 0.5%, concluyendo que la mayoría de los pobladores de estas comunidades tienen su primaria incompleta, prevaleciendo también que el 17% de los encuestados no tienen ninguna escolaridad. *Gráfico 03*

Gráfico 04
Ocupación de los encuestados,
de las comunidades del Merendón.- 2008



Referente a la “ocupación de los habitantes”, se observa que del total de la muestra estudiada, doscientas veintiocho son amas de casa 56%; cortadores de café temporal es el 27%; los que se dedican a las actividades agrícolas un 15%, y otras actividades (comercio, maestros, motoristas, actividades ganaderas) 2%. Es de explicar que varios de los encuestados tienen más de una ocupación, principalmente las amas de casa que algunas de ellas también son cortadoras temporales de café.

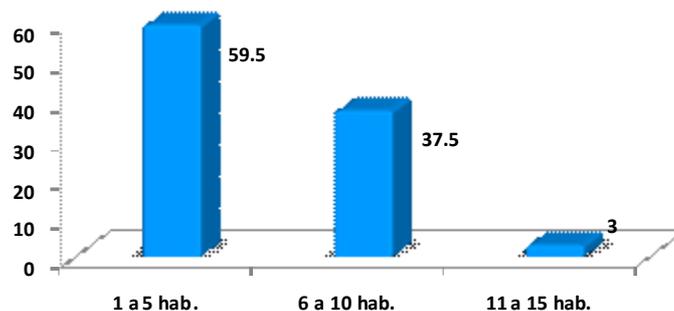
Gráfico 05
Estructura de las paredes de las viviendas de los
encuestados de las comunidades del Merendón.- 2008



El resultado observado sobre la estructura de las paredes de las viviendas de las personas encuestadas, más de la mitad de las casas están construidas de cemento y ladrillo (51%), el 23% de las viviendas tienen construidas las paredes de madera; las viviendas con paredes de bahareque son el 16%; y las viviendas con paredes de adobe son el 10%. *Gráfico 05*

La construcción del techo de estas viviendas en su mayoría son de asbesto y zinc (97%), 3% de material vegetal. El material de construcción del piso de las viviendas es: El 63% es de cemento y/o ladrillo, 33% de tierra, y 4% de madera, observándose que algunos pisos están contruidos con la combinación de estos dos materiales.

Gráfico 06
No. de habitantes por vivienda.
de las comunidades del Merendón.- 2008



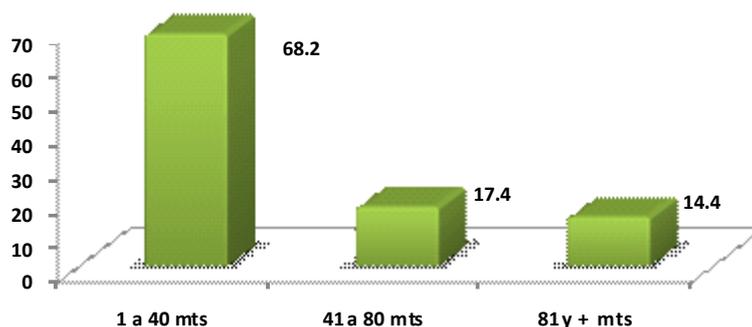
“El número de habitantes por vivienda”. En el 59.5% de las viviendas las habitan entre uno y cinco personas, un 37.5% las habitan entre seis y diez personas por vivienda y las que tienen entre once y quince habitantes es un 3%. *Gráfico 06*

Todo lo anterior se relaciona con “El número de habitaciones por vivienda” observándose que el 38% tienen una habitación por vivienda, el 45% dos habitaciones, el 13% tres habitaciones y solamente 11 casas (4%) disponen de 4 habitaciones, lo que refleja que aproximadamente el 40% de los habitantes viven en hacinamiento.

En relación a la interrogante sobre “De donde obtienen el agua”; el 82% de las llaves que tienen en sus respectivos patios, 7% de pozo /bomba, 7% quebrada/ arroyos respectivamente, y un 4% de otras fuentes (Vecinos).

En cuanto a la distancia en metros entre las viviendas y el bosque o finca”, es la siguiente: El 68.2% se ubican entre 1 y 40 metros, el 17.4% de las casas tienen una distancia entre 41 y 80 metros del bosque/finca, y el resto (14.4%) se ubican entre 81 y mas metros. *Gráfico 07*

Gráfico 07
Porcentaje de casas según distancia en metros entre la vivienda y el bosque o finca de las comunidades del Merendón.- 2008



Conocimientos:

Una de las interrogantes que se le hizo a los encuestados, fue “si han escuchado hablar sobre la Leishmaniasis” el 81% respondió que “si” habían escuchado, y un

Gráfico 08
Porcentaje de personas de las comunidades del Merendón que si han escuchado hablar de la leishmaniasis.- 2008

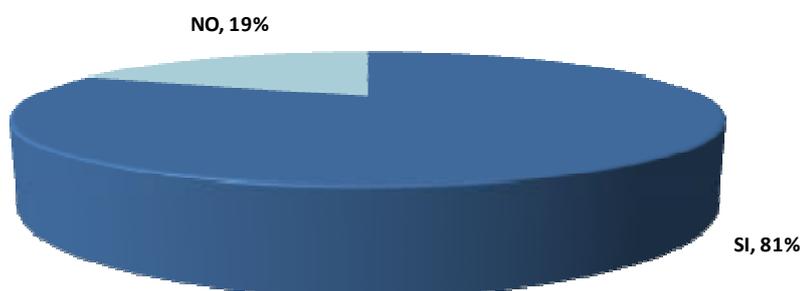
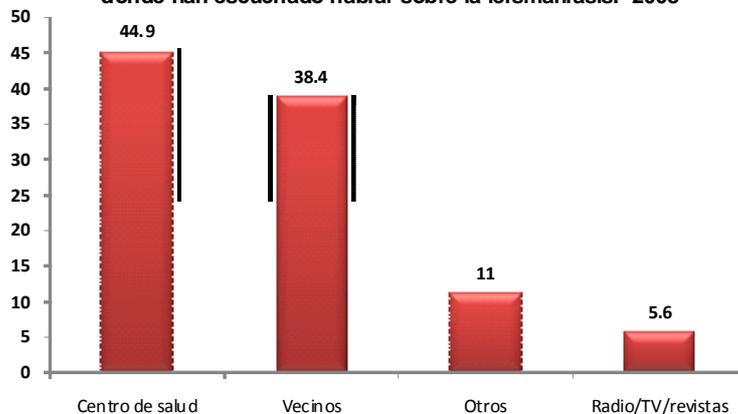


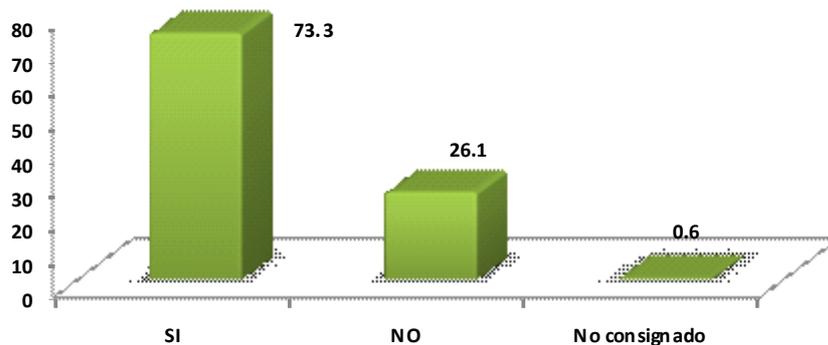
Gráfico 09
Porcentaje de personas de las comunidades del Merendón según “donde han escuchado hablar sobre la leishmaniasis.- 2008



19% que “no”, por lo tanto se observa que en su mayoría la población de estas comunidades tiene algún conocimiento sobre esta enfermedad. *Gráfico 08.*

Y “¿Donde escuchó hablar de la Leishmaniasis?”, el 44.9% escuchó hablar en el centro de salud, 38.4% a través de los vecinos, 11.0% ha escuchado de otros (familiares, amigos, voluntarios de salud, escuelas o colegios), 5.6% por la radio, TV, periódicos, y revistas. Se observa que la mayoría de los habitantes conocen de la enfermedad a través de la unidad de salud estatal. *Gráfico 09.*

Gráfico 10
Porcentaje de personas de las comunidades del Merendón que han visto o conocen a alguien que ha sufrido de leishmaniasis .- 2008



En relación a la interrogante “ha visto o conoce a alguien que haya sufrido de Leishmaniasis”; El 73.3% de los encuestados “si han visto o conocen a alguien que sufrió la enfermedad”, y un 26.1% refirieron que no, por lo tanto la mayoría de los habitantes de esta zona han visto o conocen a alguien con la enfermedad. *Gráfico 10*

Se le hizo la pregunta “cómo le llaman usted a las lesiones de la Leishmaniasis”, 75.4% la llaman grano malo, 10.5% mala llaga, 10.2% mencionaron “Leishmaniasis”

y un 3.3% la llaman de diferentes formas (gangrena, o no sabían cómo llamarla), y el 0.6% no consignaron ningún nombre. *Tabla 01*

Tabla No. 01
¿Como le llama Usted a las lesiones de la Leishmaniasis?- 2008

No. de orden	Descripción	No. de personas	Por ciento (%)
1	Grano malo	251	75.4
2	Mala llaga	35	10.5
3	Leishmaniasis	34	10.2
4	Otros	11	3.3
5	No consignados	2	0.6
Total		333	100.0

Al preguntar “un 32.7% plumilla / plaguilla, una minoría respondieron que no saben quien la transmite. *Gráfico 11*

Gráfico 11
Porcentaje de personas de las comunidades del Merendón que saben como se transmite la leishmaniasis.- 2008

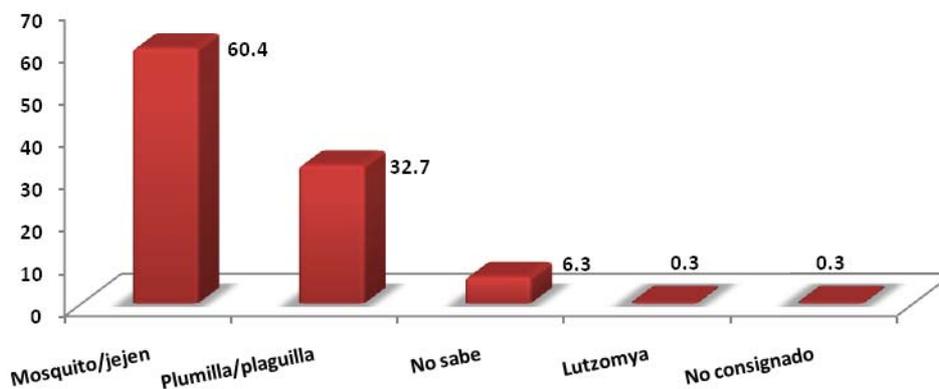
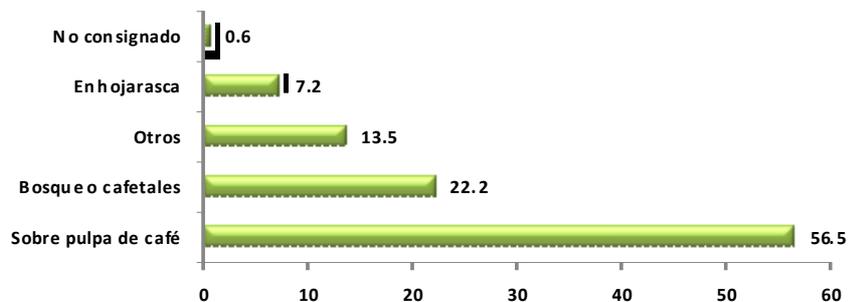


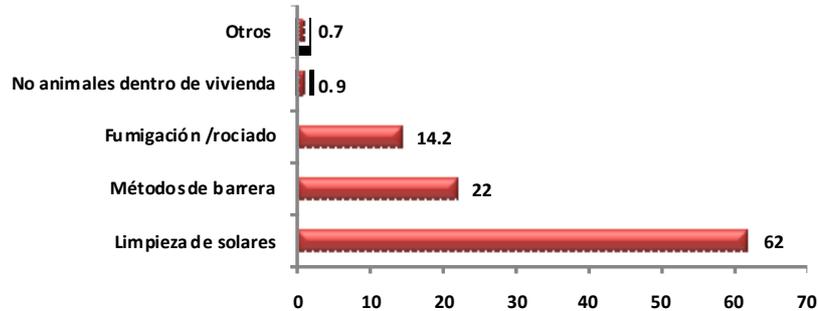
Gráfico 12
Porcentaje de personas de las comunidades del Merendón que saben dónde se encuentra el mosquito que produce la leishmaniasis.- 2008



Donde se encuentra el mosquito que transmite la leishmaniasis`, 56.5% respondieron que sobre la pulpa de café, 22.2% que se encuentra en el bosque / cafetales, 7.2% sobre la hojarasca, y otros en un 13.5% dijeron que se encontraba sobre la basura, huecos de los árboles, piedras, en todas partes, o no sabían donde se encontraban. Gráfico 12

Lo que conocen los encuestados sobre "la prevención de la Leishmaniasis": Un 62% opinaron que limpiando los solares y alrededor de la vivienda, un 22% utilizaron métodos de barrera ; usando pantalón y camisa manga larga, uso del mosquitero, usando telas metálicas en puertas y ventanas y con el uso de repelentes., 14.2% con las actividades de fumigación y rociado se puede prevenir la enfermedad, 0.9% con no mantener animales dentro de la vivienda, y 0.7% no sabe cómo se previene la enfermedad. Grafico 13

Gráfico 13
Porcentaje de personas de las comunidades del Merendón que conocen medidas para prevenir la leishmaniasis.- 2008

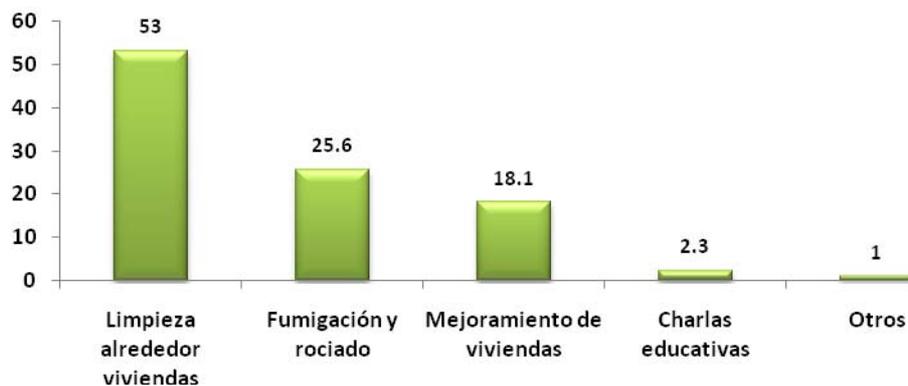


Actitudes:

Se interroga a los encuestados sobre: “Donde acudiría si usted o un familiar presentara signos y síntomas de Leishmaniasis”: 98.5% refirieron que acudirían al centro de salud, y el 1.5% se automedicarían.

En relación a la pregunta de “Si toman en cuenta las recomendaciones del personal de salud en la prevención de la Leishmaniasis”, el 84.1% refirieron que si tomarían en cuenta las recomendaciones de prevención del personal de salud, 14% no las tomaría en cuenta, y 2.1% no fueron consignados.

En las actividades que consideran los encuestados que pudieran participar en la “prevención de la leishmaniasis en su comunidad” respondieron: 53% consideran que si pueden participar en la prevención de la leishmaniasis con jornadas de limpieza alrededor de su vivienda, 25.6% participarían en jornadas de fumigar y rociado, 18.1% en la mejora de las viviendas, 2.3% en charlas educativas, y 1.0% no sabe en qué actividades de prevención puede participar. Gráfico 14

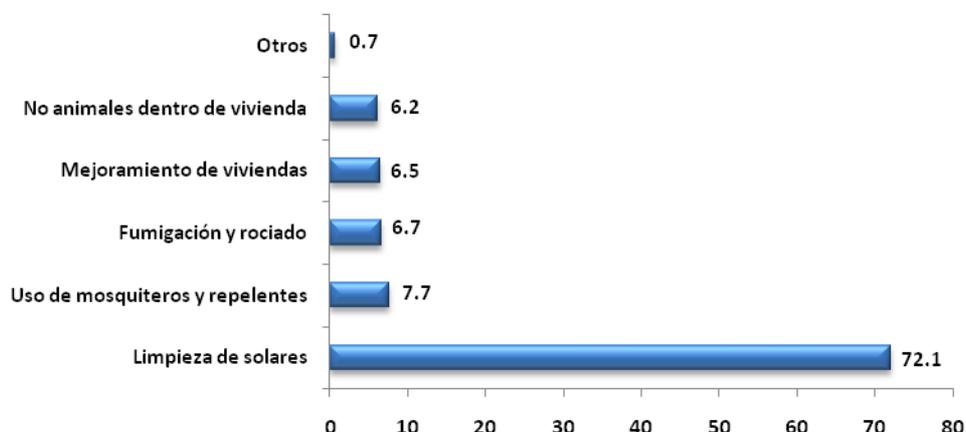


En relación a la interrogante “Si permitiría que algún miembro de la comunidad revisara su vivienda”, el 92% permitiría que si, y un 8% que no lo permitiría.

Prácticas:

En relación a las prácticas que realizan los encuestados; “ Que actividades realiza en su vivienda para prevenir la Leishmaniasis” los habitantes de las zonas encuestadas dieron la siguiente información: 72.1% realizaría actividades de limpieza en su solar; un 7.7% uso de métodos de barrera (uso de repelentes, mosquiteros), 6.7% actividades de fumigación/rociado, 6.5% mejoraría de las viviendas, el 6.2% no mantendría animales dentro de la vivienda, y un 0.7 harían otras actividades : charlas educativas, no sabe, no consignados. *Gráfico 15*

Gráfico 15
Porcentaje de personas de las comunidades del Merendón que realizan actividades en su vivienda para prevenir la leishmaniasis.- 2008



Se les interrogó sobre la práctica de “cada cuanto limpia su patio”; 86.8% la realizan una limpieza diaria, el 8.7% lo hacen cada tres días/ una vez a la semana, 1.8% cada dos semanas, y 1.8% lo limpian una vez al mes, un 0.9% nunca realiza limpieza en su patio. *Tabla N° 02*

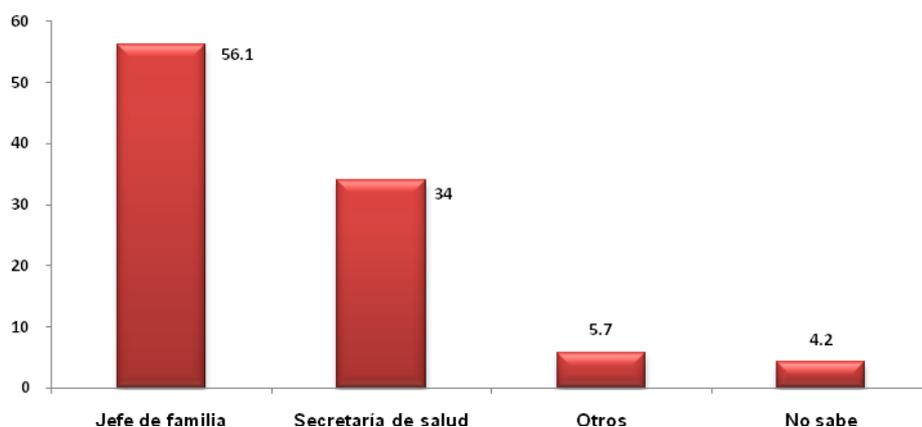
Tabla No. 02
Prácticas de la Leishmaniasis en la montaña del Merendón - 2008
¿Cada cuanto limpia su patio?

No. de orden	Descripción	No. de personas	Porcentaje (%)
1	Nunca lo limpia	3	0.9
2	Lo limpia a diario	289	86.8
3	Cada 3 días	24	7.2
4	Una vez por semana	5	1.5
5	Una vez cada 2 semanas	6	1.8
6	Una vez al mes	6	1.8
Total		333	100.0

A la pregunta; “De quien es la responsabilidad de controlar y prevenir la leishmaniasis” el, 56.1% de los encuestados dijo que la responsabilidad es del jefe de familia / Uno mismo, un 34% opinó que la responsabilidad es de la Secretaría de

salud, 5.7% refirió que la responsabilidad es de otros (los patronatos, no sabe, municipalidad); y el 4.2% no sabe de quién es la responsabilidad, además los encuestados consideran que esta actividad no es responsabilidad de los voluntarios de salud. *Gráfico 16*

Gráfico 16
Porcentaje de personas de las comunidades del Merendón que reconocen de quien es la responsabilidad de controlar y prevenir la leishmaniasis.- 2008



DISCUSION:

La Leishmaniasis es de los principales problemas de salud pública en la Región Sanitaria de San Pedro Sula según datos estadísticos recabados en la misma.

Las encuestas realizadas en la zona de la montaña del Merendón, de San Pedro Sula, departamento de Cortés. Identificando que las características generales de las comunidades encuestadas no se diferencian unas de otras, donde el mayor número de entrevistadas fueron las mujeres y comparando con otros estudios donde también “las mujeres predominan en vista que los hombres estaban realizando actividades agrícolas” y son adultas jóvenes (12). La escolaridad de estas es la primaria incompleta; en su mayoría son amas de casa y se dedican a otras

actividades de manera temporal como el corta de café. Las viviendas en esta zona son en su mayoría fabricadas con materiales duraderos como el ladrillo y el cemento. Con techo es de asbesto o zinc este es un factor que tiene una dimensión micro social muy importante como factor social que determinaba la transmisión de ciertas enfermedades como la *Leishmaniasis*. En estos casos son las condiciones de la vivienda, sus cualidades o sus carencias lo que permite u obliga a la exposición al riesgo de contraer la enfermedad (15).

En la mayoría de las viviendas habitan más de cinco personas; en donde en su mayoría solo hay dos habitaciones por vivienda, en estudios realizados en Colombia y Venezuela, Perú “la mayoría de los grupos familiares estaban constituidos en promedio por más de cinco miembros por vivienda por lo que el hacinamiento, fue señalado como factor importante por considerar en la transmisión de la Leishmaniasis, y además manifestaron tener el baño fuera de la casa” porque la acción de salir de la vivienda a realizar sus necesidades fisiológicas, y la ubicación de la misma se convierte en un factor riesgo de ser picados por el vector y padecer la enfermedad (13).

Las comunidades cuentan con servicio de agua intradomiciliaria. Como es una zona boscosa la mayor parte de las viviendas se encuentran a pocos metros de ella.

En relación al conocimiento de la enfermedad, un alto porcentaje “han escuchado hablar de la enfermedad” y una minoría no ha escuchado hablar de la misma, la mayoría había escuchado hablar de la enfermedad en el centro de salud de la comunidad; en estudios realizados en Rio de Janeiro, Brasil un alto porcentaje manifestó haber escuchado hablar de la enfermedad por un voluntario de salud/

puesto de salud (14). Lo que tiene relación con lo encontrado en las comunidades del Merendón.

Si bien algunos encuestados “han visto o conocen a alguien que padeció la enfermedad”, una minoría refieren no conocer a nadie a pesar de habitar en una zona endémica. En relación con otros estudios donde las comunidades estudiadas están localizadas en zonas endémicas, el conocimiento muchas veces se restringió a los pobladores que habían padecido la enfermedad o a aquéllos que presentaron casos en la familia o en un vecino. Situación semejante ha sido reportada en estudios realizados en Colombia (12).

Los habitantes de esta zona llaman a la lesiones “grano malo” debido a que su aspecto es de un gran grano difícil de curar. En cuanto a las lesiones en Venezuela las llaman úlceras, ampollas, granos o manchas en la mayoría de veces (13).

En cuanto a quien transmitía la enfermedad; los encuestados respondieron que la transmitía un mosquito o jején, aunque otros no sabían quién transmitía la enfermedad. En estudios realizados en países de América del sur, especialmente Brasil reconocieron que la enfermedad se transmite por picadura de insecto o “Angoleta”; o por la picadura de un gusano o bejuco (14).

En relación al hábitat del vector, los encuestados respondieron que se encontraba sobre la pulpa de café, el bosque, sobre la hojarasca, huecos de los árboles o simplemente no sabían. En Brasil se demuestra que el hábitat predilecto del vector está caracterizado por estar a lo largo de zonas arborizadas, con plantaciones de café, cacao, platanares y árboles frutales (14); esta es la característica de las comunidades de la montaña del Merendón.

Las medidas de prevención de la enfermedad, que conocen los encuestados; las relacionan con la limpieza de solares o de la vivienda, el uso de barreras protectoras (pantalones y camisas manga larga, repelentes, telas metálicas, mosquiteros), el rociado, mantener alejados los animales de la vivienda, o simplemente no saben como prevenir la enfermedad. En Colombia; algunas medidas si tienen relación con las encontradas en el estudio: como el cubrirse el cuerpo antes de ir al monte (pantalón y camisa manga larga), usar medidas de protección como los mosquiteros, y también otras que no fueron encontradas en este estudio realizado en Honduras como; gritar “ya te vi.” Antes de entrar al monte pues de esta manera el mosquito no pica, otras formas es cortar el bejuco, andar con cuidado en el monte, cuidar los pozos sépticos, fumigar, no ir al monte, no acercarse a nadie que tenga bejuco e ingerir líquidos en abundancia para que muera el bejuco, otro grupo expreso que “la enfermedad no se puede evitar, “es muy difícil de evitar”, o no sabían la manera de prevenirla (12).

La actitud de los encuestados hacia la enfermedad; en relación “a donde acudirían si presentarán la enfermedad”; estos acudirían a los centros de salud, tal vez porque es el servicio que tienen más accesible, pero en una menor proporción se automedicarían. En un estudio realizado en Colombia se encontró que preferían consultar al médico lo cual demuestra que la población acude al servicio de salud cuando tiene acceso al mismo, aunque también otros no acudirían a estos servicios y acudirían al curandero (12). Además la mayoría de los encuestados manifestaron que si tomarían en cuenta las recomendaciones del personal de salud, en relación a la prevención de la enfermedad, un porcentaje importante no tomarían en cuenta las recomendaciones de este personal.

Las actividades en que pueden participar los encuestados para la prevención de la leishmaniasis; y que actividad consideran de mayor importancia para la prevención de la misma son las jornadas de limpieza alrededor de la vivienda; la fumigación / rociado; las mejoras de las viviendas; y de menor importancia las charlas educativas, o no sabían en que actividades de prevención podrían participar. En un estudio sobre leishmaniasis, los autores reportaron que la transmisión ocurría tanto en el interior del domicilio como en el peri-domicilio, por lo que sugirieron que la prevención debe basarse en medidas caseras (13).

La participación comunitaria es importante para la prevención de la enfermedad; por lo tanto los encuestados; si permitirían que algún miembro de la comunidad revisara su vivienda, aunque un pequeño porcentaje no lo permitiría.

Las practicas que realiza la comunidad en sus viviendas para la prevención de la enfermedad; es la limpieza de los solares; el rociado; mejoras en la vivienda; y las que consideran que tienen menor importancia son el uso de mosquiteros, repelentes; la participación en procesos educativos (charlas educativas), o no realizaría ninguna actividad de prevención. En algunos estudios realizados en el Brasil; los aspectos de mayor desconocimiento fue el de las medidas de prevención (14).

La práctica de limpieza de los patios; realizarlas de manera diaria son las de mayor importancia en la mayoría de los encuestados, y otros consideran que esta actividad carece de importancia en la prevención de la enfermedad.

En cuanto de quien es la responsabilidad del control y prevención de la enfermedad, en su mayoría opinaron que es del jefe de familia/ uno mismo; una proporción importante que la responsabilidad es de la Secretaría de salud, y en menor proporción no sabe de quién es la responsabilidad, o que es de los patronatos, de la

municipalidad, o de los voluntarios de salud. En Rio de Janeiro, Brasil; un estudio sobre las prácticas de la población sobre leishmaniasis, reportó que la mayoría de los entrevistados desconocían de quien es la responsabilidad de las medidas de control, concluyendo que el conocimiento de la prevención y el tratamiento eran bajo (14).

CONCLUSIONES:

1. La mayoría de la población de comunidades del Merendón tiene conocimientos de la enfermedad de la Leishmaniasis, a través que han oído hablar de ella en el centro de salud o han visto o conocen personas que han padecido la misma, además de identificar las lesiones y saber que son difíciles de curar, conocer el hábitat del vector y sus medidas preventivas.
2. La actitud de la población encuestada hacia la enfermedad, es de acudir a los servicios de salud, un porcentaje de la población se automedicarían y la mayoría consideran su participación importante en la prevención y curación de la misma.
3. Las prácticas que realizan los habitantes de estas comunidades van orientadas a la limpieza de los solares, uso de medidas de protección personales y en la vivienda, y no a realizar medidas de sostenibilidad para prevenir la enfermedad.

RECOMENDACIONES:

1. La Región de Salud Metropolitana de San Pedro Sula debe fortalecer el proceso de participación comunitaria, para la realización de planes de intervención para el control del vector y su hábitat.
2. Fortalecer la red de servicios de salud de esta zona, en vista que la población acude a ellos.
3. Realizar intervenciones en mejoramiento de las viviendas, el saneamiento básico y en la promoción de la salud, para mejorar las condiciones de vida de la población de esta zona.
4. Elaborar un plan de Información, Educación, Comunicación (IEC) de leishmaniasis, para las comunidades del Merendón, que integre todas las recomendaciones propuestas.

BIBLIOGRAFIA:

1. David I. Heymann, editor. El control de las enfermedades transmisibles, decimoctava edición. 2005; 402-405.
2. Lainson, R., Shaw, J., Silveira, F., De Souza, A., Braga, R., Ishikawa, E. The dermal leishmaniasis of Brazil, with special reference to the eco-epidemiology of the disease in Amazonia. *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro*. 1994; 89: 435-443.
3. Carlos Botto – Abella, Beatriz Grateral - Mendoza: Globalización, desigualdad y transmisión de las enfermedades tropicales en el Amazonas venezolano. Cuadernos de Salud Pública. Cad, Saude Publica v.23supl.1 Rio de Janeiro 2007.
4. Roberto Briceño – León. Las ciencias sociales y la salud pública: un diverso y mutante campo teórico. *Ciencias – Saude Colectiva* 8(1): 33 – 45. Rio de Janeiro. 2003.
5. Secretaría de Salud de Honduras; Programa Nacional de Control de Enfermedades de Control Vectorial sub. – Programa de Leishmaniasis. Normas y Procedimientos para el control de las Leishmaniasis en Honduras 1993.

6. Ampuero J. Factores de riesgo para a transmissão de leishmaniose cutânea em crianças de 0 a 5 anos em uma área endêmica de *Leishmania (Viannia) braziliensis*. Tese de Mestrado. Universidad de Brasilia. Brasil. 1996.
7. Guthmann J, Calmet J, Rosales E, Cruz M, Chang J, Dedet J. Patients associations and the control of leishmaniasis in Peru. *Bulletin of the World Health Organization*. 1997; 75:39 – 44.
8. Alvar Ezquerro J. Leishmaniasis. En: Farreras/Rozman Edit. Medicina Interna. Décimo tercera edición en CD-ROM. 1996.
9. Falqueto A. Especificidad alimentar de flebotomíneos me días áreas endémicas de leishmaniose tegumentar no estado do Espírito Santo, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 1997; 30: 531 – 532.
10. Calmet, J. Risk factors and leishmaniasis: possible contributions for control strategies. In: Wijeyaratne, P., Goodman, T., Espinal, C. *Leishmaniasis Control Strategies: A critical evaluation of IDRC-supported research*. Ottawa, 1992. p. 206-222.
11. Diana María Izasa, Berta Nely Restrepo, Margarita Arboleda, Eudoro Casas, Herminio Hinestroza y Tufik Yurgaqui. La Leishmaniasis: Conocimientos y practicas en poblaciones de la costa del pacifico colombiano. *Rev. Panam Salud Publica* Vol.6 n.3 Washington Septiembre 1999.

12. Elsa Nieves, Néstor Villareal, Maritza Rendón, Mireya Sánchez, José Carrero. Evaluación de conocimientos y Prácticas sobre la leishmaniasis en un área endémica de Venezuela. *Biomédica* 2008, 28: 347 – 56.

13. Journal: Cuadernos de Saude Publica, 1994 Volumen 10, Pág. 181 – 189. Leishmaniasis, Antropología, control, tratamiento epidemiológico, DOAJ- Directory of open Access Journals, Laund University Libranes, Hud office.

14. Roberto Briceño – León, Las Ciencias Sociales y la Salud: Un diverso y mutante campo técnico. *Ciencia & Saude Colectiva*, Vol. 8, N1 Río de Janeiro 2003.

Instrumento de recolección de datos.

Instrumento de Recolección de Datos.

CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LEISHMANIASIS EN LA MONTAÑA DEL MERENDON.

Región Metropolitana de San Pedro Sula.

Depto.: _____ Municipio: _____

Localidad: _____ No. De Casa: _____

Nombre Encuestador: _____ Fecha: _____

I. Datos Generales Del Encuestado.

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: M ___ F ___

Escolaridad:

1. Ninguna
2. Primaria completa
3. Primaria incompleta

Ocupación:

1. Ama de casa /Oficios Domésticos
2. Actividades Agrícolas
3. Actividades Ganaderas

Techo:

1. Zinc / Asbesto
2. Material vegetal
3. Teja
4. Otros : _____
4. Secundaria completa
5. Secundaria incompleta
6. Universitaria

Piso:

1. Cemento / Ladrillo
2. Madera
3. Tierra
4. Otros _____
4. Cortador de café temporal
5. Otros _____

II. Estructura de la vivienda

Paredes:

1. Cemento/ladrillo
2. Adobe
3. Bahareque
4. Madera
5. Otros: _____

No. de habitantes en la vivienda _____

Cuantos cuartos tiene la vivienda _____

De donde obtiene el agua que utiliza:

1. Llave
2. Pozo/ Bomba
3. Quebrada/ Arroyo
4. Otros: _____

A qué distancia aproximada está ubicada su casa de la finca _____ (# de metros)

III. Conocimientos

1. Ha oído hablar de las Leishmaniasis Si ____ No ____

2. Donde escuchó hablar de las Leishmaniasis :

1. Escuela / Colegio
5. Periódico / Revista / Folletos

2. Centro de Salud / Personal de salud
 3. Vecinos
 4. Radio/ TV.
 6. Voluntarios de Salud
 7. Otros: _____
3. Ha visto o conoce alguien que haya padecido la Leishmaniasis: Si___ No___
4. Como le llama usted a las lesiones:
- a.) Grano malo
 - b.) Mala llaga
 - c.) Lepra de montaña
 - d.) Leishmaniasis
 - e.) Otros: _____
5. Sabe cómo se transmite la Leishmaniasis:
- a.) Mosquito/ Jején
 - b.) Plumilla / Plaguilla
 - c.) Ali-blanco
 - d.) Flebótomo
 - e.) Lutzomyia
 - f.) Otros _____
6. Donde se encuentra el mosquito:
- a.) En el bosque o cafetales
 - b.) Sobre la pulpa de café
 - c.) En la hojarasca
 - d.) Huecos de los árboles
 - e.) Piedras
 - f.) Otros _____
7. Qué medidas conoce usted para prevenir las Leishmaniasis:
1. Usar mosquitero
 2. Usar pantalón y camisa manga larga
 3. Uso de repelente
 4. Fumigación / Rociado
 5. Limpieza de solares
 6. Utilizar barreras (tela metálica)
 7. No mantener animales dentro de la vivienda

8. Limpieza alrededor de la vivienda
9. Otros _____

8- De quien es la responsabilidad de controlar y prevenir la Leishmaniasis:

1. No sabe
2. Secretaría de Salud / Centro de salud
3. Municipalidad
4. Jefe de familia / Uno mismo
5. Patronato
6. Voluntarios de salud
7. otros

IV. Actitudes

A donde acudiría si usted o un familiar presenta signos/ síntomas de Leishmaniasis:

1. Ningún lugar
2. Unidad de Salud / hospital
3. Automedicarse
4. Curandero
5. Otros

Toma en cuenta las recomendaciones del personal de salud en la prevención de la Leishmaniasis

Si _____ No _____

En que actividades considera usted que puede participar en la prevención de la Leishmaniasis en su comunidad:

1. Fumigar/ Rociado
2. Charlas educativas
3. Mejoramiento de viviendas
4. Jornada de limpieza alrededor de la vivienda
5. Otros _____

Permitiría que algún miembro de la comunidad revisara su vivienda

Si _____ No _____

V. Prácticas

Que actividades realiza en su vivienda para prevenir la Leishmaniasis

1. Fumigación / Rociado
2. Mejoramiento de la vivienda
3. Limpieza de solar
4. Charlas educativas
5. Usa repelentes
6. Mosquiteros
7. No mantiene animales dentro de la vivienda
8. Otras _____

Cada cuanto limpia su patio:

1. Nunca
2. Diario
3. Cada 3 días
4. Una vez a la semana
5. Una vez cada 2 semanas
6. Una vez al mes

En que actividades considera usted que puede participar en la prevención de la Leishmaniasis en su comunidad:

1. Fumigar/ Rociado
2. Charlas educativas
3. Mejoramiento de viviendas
4. Jornada de limpieza alrededor de la vivienda
5. Otros _____

