

Leishmaniasis visceral en Trujillo, Venezuela: conocimientos, actitudes, prácticas (CAP) y estrategias de prevención y control¹

Fernández, Zulay;² Oviedo, Milagros;³ Vivenes, María Alejandra;⁴ Maffei, Miguel;⁵ González, Adalberto;⁶ Vásquez, Laura⁷

Resumen

Este artículo se deriva de una investigación que culminó en 2007, y en que se indagó sobre los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) referentes a la leishmaniasis visceral americana (LVA) que tienen pobladores y médicos rurales de cuatro áreas endémicas del Estado Trujillo, Venezuela, con el fin de establecer lineamientos para diseñar estrategias educativas de prevención y control. Las representaciones fueron exploradas mediante un cuestionario

- 1 Este trabajo contó con el financiamiento parcial de FONACIT, en el marco del Proyecto S1-2002000501, bajo la responsabilidad de la Dra. Milagros Oviedo.
- 2 Licenciada en Educación para el Trabajo. Magíster en Desarrollo Regional. Investigadora del Laboratorio Biología de Lutzomyia e Insectario "Pablo Anduze". Instituto Experimental "José W. Torrealba", Universidad de Los Andes, Trujillo, Venezuela. Correo electrónico: yaluzf@yahoo.es
- 3 Bióloga. Protozoóloga. Doctora en Ciencias. Investigadora el Laboratorio Biología de Lutzomyia e Insectario "Pablo Anduze". Instituto Experimental "José. W. Torrealba", Universidad de Los Andes, Trujillo, Venezuela. Correo electrónico: longipalpis@cantv.net
- 4 Licenciada en Bioanálisis. Magíster en Protozoología, Línea de investigación Parasitología. Laboratorio Biología de Lutzomyia e Insectario "Pablo Anduze". Instituto Experimental "José W. Torrealba", Universidad de Los Andes, Trujillo, Venezuela. Correo electrónico: vivenes95@hotmail.com
- 5 Ingeniero Agrícola. Estadístico. Sus intereses investigativos se enfocan en bioestadística. Investigador del Laboratorio Poscosecha, Universidad de Los Andes, Trujillo, Venezuela. Correo electrónico: migmaffei@ula.ve.
- 6 T.S.U. en Ciencias Agrícolas. Investigador del Laboratorio Biología de Lutzomyia e Insectario "Pablo Anduze". Instituto Experimental "José. W. Torrealba". Universidad de Los Andes, Trujillo, Venezuela. Correo electrónico: gonzalezperezadalberto@hotmail.com
- 7 Médica Cirujana. Protozoóloga. Doctora en Ciencias Médicas. Docente e Investigadora de la Escuela de Medicina, extensión Valera. Universidad de Los Andes, Trujillo, Venezuela. Correo electrónico: lavasquez@ula.ve

CAP sobre la enfermedad y dos de los elementos de la triada epidemiológica: el insecto transmisor y el perro como reservorio. Los resultados ponen de manifiesto el desconocimiento de la LVA como entidad nosológica, por tanto, en las comunidades evaluadas no existe una representación social de esta enfermedad, reflejando la necesidad de realizar una labor educativa que involucre una estrategia de comunicaciones en la cual participen la población en riesgo y personal de salud encargado de su atención.

Palabras claves: leishmaniasis visceral, estrategias educativas, representaciones

Abstract

AMERICAN VISCERAL LEISHMANIASIS IN TRUJILLO, VENEZUELA: KNOWLEDGES, ATTITUDES, PRACTICES (KAP) AND STRATEGIES FOR PREVENTION AND CONTROL

This article is derived from a research culminated in 2007, about the knowledge, attitudes and practices (KAP) referring to the American visceral leishmaniasis (LVA) that are known by inhabitants and rural doctors of four endemic areas in Trujillo State, Venezuela. The purpose of this investigation was the definition of guidelines to design educative strategies of prevention and control. The representations were explored through a questionnaire on KAP's disease and two of the elements of the epidemiological triad: the insect transmitter and the dog as a main reservoir. The results show the ignorance of the LVA as nosological entity, therefore, in the evaluated communities does not exist a social representation of this disease, reflecting the necessity to realize an educative work that involves a strategy of communications with the participation of the population at risk and the health personnel in charge of their attention.

Key words: visceral leishmaniasis, educative strategies, representations

1. Introducción

Las leishmaniasis, son endémicas en 88 países y se estima una prevalencia mundial de 12 a 14 millones de casos, con una incidencia de dos millones de casos nuevos anuales, de los cuales 500.000 son de la forma visceral y 1.500.000 de la forma cutánea (Desjeux, 2002). La OMS, para el año 2006, refiere que de estos 500.000 casos de leishmaniasis visceral (LV), 50.000 son defunciones y señala que existe un subregistro de la enfermedad, debido a que los datos están basados en estimaciones, por cuanto en muchos países no es una enfermedad de notificación obligatoria o no se diagnostica, pero se advierte un incremento de casos (OMS, 2006).

Este incremento de casos a nivel mundial se ha asociado a factores como el aumento gradual de la transmisión en las áreas urbanas y suburbanas, el desplazamiento de las poblaciones, la exposición de personas carentes de inmunidad, el deterioro de las condiciones sociales y económicas en las zonas urbanas periféricas, la malnutrición y la coinfección con el VIH encontrada en 34 de los 88 países endémicos; por lo que ha sido considerada nuevamente en el 2006 por la Organización Mundial de la Salud dentro de las seis endemias importante en salud pública (OMS, 2006).

En Venezuela, la leishmaniasis visceral americana (LVA) ha sido reportada como de baja casuística, con un promedio de 50 casos por año, y donde el subregistro de casos puede ser del orden de tres veces más el número reportado (Feliciangeli, 1991). Los estados con mayor casuística se localizan en la región insular en el Estado Nueva Esparta, en la región oriental el estado Anzoátegui y el estado Lara en la región Centro-occidental (Zerpa et al, 2002; Zerpa et al, 2003a). En la región occidental, es en el estado Trujillo, único de los tres estados en la cordillera de Los Andes, donde se han referidos casos clínicos; la ocurrencia de LVA durante el período 1965-1994 fue de 55 casos y en una revisión de las historias clínicas de los principales centros hospitalarios de este estado, se revela la ocurrencia de 82 casos, en el período 1975-2007; así mismo, se señala una recuperación clínica del 78%, con una tasa de fatalidad del 5% y los signos predominantes presentados son los referidos para la presentación clásica de la dolencia (Díaz, 1996; Vásquez et al, 2010).

En relación a los programas de control de esta endemia a nivel mundial, estos se han basado fundamentalmente en el control curativo y en el caso de aquellos países con alta y mediana casuística como India, Bangladesh, Brasil y Colombia, se han establecidos programas de control de insectos transmisores, mediante el rociamiento con insecticidas y el uso de mosquiteros y toldillos impregnados con piretroides (WHO, 1990; Alexander et al, 1995). En el caso de Venezuela, no se ha implementado un programa de prevención y control por parte del Estado, tanto para la forma cutánea como para la forma visceral. El control se basa en el tratamiento de casos y en focos del estado Trujillo y Nueva Esparta, aunque algunos investigadores han realizado ensayos para el control de los insectos transmisores, mediante rociamientos intradomiciliarios y peridomiciliarios con la finalidad de reducir su abundancia, en las épocas en que representan un peligro potencial (Scorza, 1989; Scorza et al, 1995; Mazarri et al, 1997).

Para el año 2003 se planteó la aplicación de un programa para la vigilancia, prevención y control de la LVA en el país. En esta propuesta los componentes principales serían: el fortalecimiento de la asistencia médica, el control epidemiológico y la educación para la salud (Zerpa et al, 2003b). El componente educación para la salud debe romper el esquema tradicional basado en la premisa benéfica asistencial y ser un modelo de concienciación donde las comunidades organizadas formen parte activa en el desarrollo del programa (Zerpa et al, 2003b). A pesar de la relevancia de esta propuesta de trabajo, según la literatura consultada, no existe referencia alguna de la aplicación de un modelo de programa educativo dirigido a la prevención y control de la LVA en el país.

En consecuencia, se planteó hacer un diagnóstico de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) que tienen los pobladores y/o personas que han padecido la enfermedad en cuatro comunidades del Estado Trujillo y los médicos que laboran en los Centros Rurales de Salud (Consultorios populares, Centro de Diagnóstico Integral (Barrio Adentro II), y la Misión Barrio Adentro I en tres Municipios del Estado Trujillo, sobre los signos, síntomas, diagnóstico y los elementos de la cadena epidemiológica, resultados que proporcionarán las bases para el diseño de una estrategia educativa en las regiones en estudio.

2. Metodología

Basados en la casuística de LVA en Trujillo-Venezuela, se estudiaron cuatro comunidades de alta casuística, pertenecientes a dos divisiones político territoriales Municipio Candelaria 09° 30' 20" y 09° 37' 20" LN 70° 16' 35" y 70° 36' 40" LO (El Batatillo, Los Cumbitos, Las Campanas) y Municipio Pampán 9° 25' 10" y 9° 37' 15" LN, 70° 16' 35" y 70° 36' 40" LO (Montañas de Peraza).

Como técnica de investigación se aplicaron encuestas CAP a personas adultas de la zona expuesta a riesgo, personas o familiares que han padecido la enfermedad y médicos rurales. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario, sistemático, estructurado y regulado con el fin de recabar información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas que se tienen sobre la leishmaniasis visceral y los elementos de la triada epidemiológica. Las preguntas fueron cerradas y dicotómicas de respuesta múltiple, redactadas en un lenguaje simple y comprensible. Previo a su aplicación, el contenido de cada cuestionario fue validado por expertos en el campo de la Sociología, Psicología social y Salud, de la Universidad de Los Andes, alcanzando un coeficiente de validez de contenido de 0,95 (Hernández, 2002).

Se aplicaron tres tipos de cuestionarios: 1) Para la evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas de los integrantes de las localidades bajo estudio, el cual estuvo conformado por 56 ítems, divididos en tres sesiones: Sesión de identificación del entrevistado, sesión para la estratificación social, siguiendo el método Graffar modificado por Méndez-Castellanos (Méndez-Castellano et al, 1990), cuya metodología toma en consideración las variables profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso y condiciones de alojamiento y, finalmente, una sesión CAP que sobre la enfermedad tienen los pobladores de las cuatro localidades bajo estudio, incluyendo además dos elementos de la cadena epidemiológica: el vector y reservorio. 2) Para las personas o familiares que han padecido la enfermedad, se aplicó un instrumento conformado por 16 ítems, con preguntas sobre el curso de la enfermedad, tiempo de diagnóstico, principales síntomas, grupo étnico afectado y su tratamiento; aplicado a adultos y en caso de que hubiese sido niños, se realizó a su familiar más cercano (madre, padre, hermano). 3) Cuestionario dirigido a médicos rurales asignados a consultorios populares, Centro de Diagnóstico Integral (Barrio Adentro II), y Misión Barrio Adentro I, de zonas endémicas de leishmaniasis

visceral, el cual estuvo conformado por 26 ítems, para determinar el grado de CAP que estos tienen sobre la enfermedad, así como también en su diagnóstico preciso y/o presuntivo, signos, síntomas, diagnóstico y elementos de la cadena epidemiológica. Debido a que la población en las cuatro localidades era pequeña, se consideró todo el universo como muestra.

Para el análisis de la información obtenida, se elaboró una base de datos en el programa ACCES versión 2003, y posteriormente se transfirieron al programa Excel versión 2003 para los análisis estadísticos.

3. Desarrollo y análisis de los resultados

3.1. Conocimientos, actitudes y prácticas que sobre la LVA tienen los pobladores de cuatro localidades endémicas en el estado Trujillo.

Se aplicaron un total de 366 cuestionarios, los cuales se distribuyeron y administraron según el número total de casas de habitación en cada una de las comunidades, de estas resultaron: 18 en Las Campanas, 132 en El Batatillo, 144 en Los Cumbitos y 72 en Montañas de Peraza. Del total entrevistado, 289 correspondieron al sexo femenino (78,96%) y 77 al sexo masculino (21,04%). Estas diferencias en el género, pudo deberse a la hora en la cual se aplicó el cuestionario, entre las 8 am y 3 pm, tiempo en el que los hombres en las zonas rurales realizan el trabajo fuera de la casa, mientras las mujeres se dedican a labores del hogar, observación similar en el trabajo realizado por Bastidas y Díaz (2008) en un foco de Leishmaniasis tegumentaria americana en el estado Cojedes. En cuanto a las variables de grado de instrucción, en su mayoría son obreros especializados temporales y en el caso de las madres, el 58% terminó la educación primaria. El promedio de habitantes por casa de habitación en las comunidades evaluadas estuvo entre 4 y 5 habitantes.

La estratificación socioeconómica de las poblaciones evaluadas, ubica dos de las comunidades Las Campanas y Montañas de Peraza en el Estrato V, que refleja pobreza crítica y las otras dos localidades El Batatillo y Los Cumbitos, en el estrato IV, que indica pobreza relativa (Tabla No. 1). Por tratarse de áreas rurales con escasos servicios de

agua potable, aguas servidas, vialidad y electricidad, sus habitantes tienen precarias condiciones de vida, muy bajos ingresos y severas deficiencias en cuanto al acceso a la educación, salud y alimentación, presentando mayor vulnerabilidad social. Cabe destacar que de las dos localidades ubicadas en el estrato V, la localidad de Las Campanas es la más afectada, ya que además de la carencia de servicio básico, tipo de vialidad y falta de transporte público, el centro de salud más cercano (ambulatorio Tipo II) dista aproximadamente a tres horas en vehículo de doble tracción y cinco horas caminando.

Tabla No. 1
Servicio públicos y estratificación social, de los pobladores de Las Campanas, El Batatillo, Los Cumbitos y Montañas de Peraza. Trujillo. Venezuela 2006

Servicio de agua	Las Campanas	%	Batatillo	%	Los Cumbitos	%	Montañas de Peraza	%
Fuente natural	18	100,00	18	13,64	18	12,50	33	45,83
Lluvia	4	22,22	1	0,76	0	0,00	0	0,00
Acueducto	0	0,00	112	84,85	126	87,50	1	1,39
Cisterna	0	0,00	1	0,76	0	0,00	52	72,22
Exposición de excretas								
Pozo séptico	5	27,78	120	90,91	126	87,50	28	38,89
Letrina	0	0,00	1	0,76	5	3,47	2	2,78
Cloacas	0	0,00	2	1,52	0	0,00	1	1,39
Aire libre	13	72,22	9	6,82	13	9,03	41	56,94
Servicio de luz eléctrica								
Si	*1	5,56	132	100,00	144	100,00	69	95,83
No	17	94,44	0	0,00	0	0,00	3	4,17
Estado social	V	100	IV	100	IV	100	V	100

Fuente: encuesta de hogares sobre LVA

El mantenimiento de estos condicionantes sociales, ecológicos y demográficos en el área de estudio, concuerda con lo reportado por otros autores sobre la epidemiología de la LVA, quienes relacionan su ocurrencia y reemergencia en zonas rurales de escasos recursos económicos (Pifano y Romero, 1964; Pifano y Romero, 1973; Delgado et al, 1998). Al conjugarse con otros factores como aumento de la densidad poblacional, malnutrición, y el desarrollo descontrolado de la

actividad agrícola en las zonas afectadas, trae como consecuencia la incorporación de nuevas especies vectoras, afectando la salud de los habitantes de la comunidad (Zerpa et al, 2003a).

En lo que respecta a los conocimientos que sobre la LVA tienen los pobladores de las cuatro localidades endémicas, esta fue reconocida en un bajo porcentaje (27%) y de este grupo 36% identifica correctamente los signos y síntomas (fiebre prolongada, pérdida de peso, pérdida de apetito, hepatomegalia y esplenomegalia). La mayoría (78%) considera que es grave, ya que de no aplicarse tratamiento oportuno causaría la muerte, y su cura sólo es posible cuando el tratamiento es aplicado tempranamente por los médicos en los hospitales (Tabla No. 2).

Tabla No. 2
Conocimientos que sobre la Leishmaniasis visceral americana tienen los pobladores de Las Campanas, El Batatillo, Los Cumbitos y Montañas de Peraza. Trujillo- Venezuela

Conocimientos	Campanas		Batatillo		Cumbitos		Montañas de Peraza		Total		X ²	v	X ² (0,05)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Enfermedad LVA	9/18	50	16/132	12	32/144	22	42/72	58	33/336	27	1,96	3	7,28
*Gravedad	8/9	89	13/16	81	26/32	72	30/42	71	77/99	78	2,07	3	7,28
*Signos/síntoma	4/9	44	8/16	50	10/32	31	14/42	33	36/99	36	—	—	—
*Cura	7/9	78	12/16	75	20/32	63	38/42	90	77/99	78	—	—	—
*Tratamiento	7/7	100	12/12	100	18/20	90	34/38	89	71/99	72	—	—	—

* Sólo los que respondieron correctamente.

X²: Chi Cuadrado

X² 0,05: chi cuadrado tabulada a un alfa 0,05

v: grado de libertad

Fuente: encuesta de hogares sobre LVA

Quienes manifestaron que la enfermedad no tiene cura (22%) fueron aquellos cuyos familiares padecieron la enfermedad y fallecieron, o quienes una vez dados de alta del centro de salud, asistían regularmente a controles médicos. Analizando los resultados por localidad, se observa que Las Campanas y Montañas de Peraza mostraron mayor número de respuestas afirmativas para la identificación de la LVA, al compararlas con los resultados obtenidos en las localidades de El Batatillo y Los Cumbitos, con diferencias significativas (X²=57,2 p≤0,05),

En cuanto al conocimiento sobre el transmisor de la LVA, el 68% manifiesta que la enfermedad es transmitida por la picadura de un mosquito “que pica” y el 38% identifica al agente transmisor (*Lutzomyia sp.*), llamado alitas blancas o “angoletas”, como un insecto presente en la zona, conocen su actividad de picadura y la época de mayor abundancia, sin embargo, no se asocia con la transmisión de la enfermedad (Tabla No. 3).

Tabla No. 3
Conocimientos que sobre el transmisor y reservorio de la Leishmaniasis visceral americana tienen los pobladores de Las Campanas, El Batatillo, Los Cumbitos y Montañas de Peraza, Trujillo, Venezuela

Conocimientos	Campanas		Batatillo		Cumbitos		Montañas de Peraza		Total		X ²	v	X ² (0,05)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
*Forma de transmisión	8/9	89	10/16	63	23/32	72	26/42	62	66/99	68	2,94	3	7,82
*Transmisor LVA	6/9	67	7/16	44	14/32	44	11/42	26	38/99	38	2,94	3	7,82
Actividad picadura	18/18	100	51/132	39	103/144	72	65/72	90	237/366	65	72,7	3	7,82
Época de abundancia	10/18	56	38/132	29	44/144	31	40/72	56	132/366	36	16,7	3	7,82
Reservorio	9/18	50	26/132	20	47/144	33	34/72	47	116/366	32	19,6	3	7,82
Signos en el reservorio	0/18	0	1/132	0,76	1/144	0,69	9/73	13	11/366	3	27,7	3	7,82

* Sólo los que respondieron correctamente.

X²: Chi Cuadrado

X² 0,05: chi cuadrado tabulada a un alfa 0,05

v : grado de libertad

Fuente: encuesta de hogares sobre LVA

El principal animal que puede padecer la enfermedad según 32% de los entrevistados, es el perro, sin embargo, desconocen los signos de la enfermedad en estos animales (Tabla No. 3). La mayoría de las personas encuestadas (57%) tiene perros en el perímetro de sus viviendas, los cuales utilizan como compañía.

En términos generales, la enfermedad fue reconocida en bajo porcentaje al igual que sus signos, síntomas y el insecto transmisor; el cual no asocian con la enfermedad, lo cual concuerda con lo reportado

por otros investigadores en estudios previos (**Shri et al, 2006**; Nieves et al, 2008). Estos resultados sugieren que no existe una representación social de la enfermedad en estas zonas endémicas, partiendo de que las representaciones sociales son consideradas como la interpretación de lo que existe o acontece en el entorno, y la forma como las personas comprenden el origen de una determinada enfermedad (Gómez y Corredor, 2000), su baja percepción influirá en el diagnóstico oportuno y evolución de la enfermedad, así como la búsqueda de alternativas para su prevención y control.

En lo relativo al control y prevención de la LVA, en estas localidades no existe la aplicación de medidas precisas, la más aplicada es el uso del ventilador y en la localidad de Las Campanas los insecticidas debido a la falta de servicio eléctrico, pocos utilizan el mosquitero. Observaciones similares fueron reportadas en un foco endémico para Leishmaniasis Tegumentaria Americana, en la localidad de Macapo, estado Cojedes, donde el mosquitero no es utilizado como medida de prevención (Bastidas y Díaz, 2008) y en la costa del Pacífico de Colombia, donde solo el 2% de la población utiliza mosquitero para evitar el contacto con el mosquito (Isaza et al, 1999).

Siendo la casuística la LVA relevante en niños menores de 5 años, se considera que la transmisión esté ocurriendo principalmente a nivel intradomiciliar, por lo cual sería una importante estrategia de prevención retomar el uso del mosquitero, conducta que bien puede ser reforzada por los médicos de los ambulatorios rurales durante la consulta médica a las madres, en el período pre y postnatal. El éxito de esta herramienta para evitar el contacto niño-vector, dependerá básicamente de las disponibilidades económicas y del conocimiento y actitudes de las persona sobre el problema (Santos et al, 2000), lo cual debe ser reforzado a través de campañas educativas.

En el constructo de las actitudes y prácticas que tienen sobre la enfermedad (Cuadro resumen No. 1), el 90% mostró disposición positiva a participar en diferentes actividades, dirigidas al conocimiento de la enfermedad en la comunidad; una actitud o disposición afectiva hacia un objeto es un componente importante de las representaciones sociales (Canelón y García, 2001). Por otra parte, la totalidad de la muestra encuestada considera a los centros de salud como la instancia más segura para acudir en caso de requerir atención médica, ante síntomas presuntivos de la enfermedad, y para su diagnóstico y tratamiento acuden

al hospital. Tal como lo manifiestan los pobladores de un área rural de India, foco endémico de Kala-azar, donde el 55,9% sostiene que las instalaciones de los centros de salud son las mas adecuadas al solicitar un servicio de salud (Shri et al, 2006).

Cuadro resumen No. 1
Actitudes y prácticas que sobre la LVA tienen los pobladores de cuatro localidades endémicas de Trujillo, Venezuela (2006)

Actitud:	
Examen serológico como descarte	90% muestra disposición positiva
Interés en como procede ante la enfermedad	85% mostró disposición positiva
Disposición a participar en programas y actividades educativas	Mostraron disposición positiva a participar y realizar actividades principalmente en escuelas y ambulatorio
Práctica:	
Ante síntomas presuntivos de la enfermedad, ¿qué hace?	Acuden al centro de salud más cercano
Ante un diagnóstico presuntivo de LVA, ¿qué hace?	Luego del ambulatorio acuden al hospital
Medidas para evitar contacto hombre-vector	Quema de basura, fumigan, usan insecticidas
Actividad con los perros	Para compañía

Fuente: encuesta de hogares sobre LVA

3.2. Conocimientos, actitudes y prácticas que sobre la LVA tienen las personas o familiares que han padecido casos clínicos en las zonas endémicas estudiadas

De los casos clínicos de LVA ocurridos en las localidades, pudimos entrevistar a 23 afectados, 6 casos correspondieron a Las Campanas, 4 a El Batatillo, 2 a Los Cumbitos y 11 a Montañas de Peraza, la mayoría niños en edades comprendidas entre 0 y 15 años. También se recopiló información del fallecimiento de 4 niños menores de 15 meses, de los cuales 3 integraban una misma familia. Los encuestados consideran al género masculino como el más afectado con 77% y recuerdan como síntomas más frecuentes de la enfermedad, fiebre alta, diarrea y dolor abdominal (Cuadro resumen No. 2).

Cuadro resumen No. 2
Conocimientos, actitudes y prácticas de personas o familiares
de personas que han padecido casos de LVA en cuatro
localidades de Trujillo, Venezuela (2006)

Conocimientos:	
Género más afectado	Masculino (72%)
Síntomas más frecuentes	Fiebre, diarrea, abdomen inflamado, pérdida del apetito y amarillento
Tiempo de hospitalización	De 3 a 15 días y de 3 a 6 meses
Tiempo de diagnóstico	De 8 a 20 días y hasta 3 meses una vez ingresado al hospital
Tratamiento utilizado	Inyecciones aplicadas en el hospital
Lugar de permanencia del niño al contraer la enfermedad	Perímetros de la casa
Presencia de perros	De 1 a 3 animales por casa
Formas de transmisión	Un insecto, "Anoleta"
Actitud:	
Medidas para evitar el contacto hombre-vector	No conocen medidas para evitar el contacto con el transmisor
Práctica:	
Medidas para la prevención y control	En algunos casos fumigan, queman basura, utilizan el ventilador y no tener animales

Fuente: encuesta de hogares sobre LVA

En relación con el tiempo de hospitalización, este oscila entre de 3 a 15 días o de 3 a 6 meses, así mismo, señalaron lo tardío del diagnóstico una vez que eran hospitalizados, el cual varía entre 8 días hasta más de 3 meses y el tratamiento utilizado fueron inyecciones aplicadas en el hospital (Cuadro resumen No. 2).

Este grupo reconoce dos elementos de la triada epidemiológica, el insecto transmisor y el perro como reservorio, sin embargo, la presencia de perros por casa es de 1 a 3 animales. A pesar de ser el grupo que ha estado de manera directa familiarizado con la enfermedad, no se detectó una actitud positiva para evitarla, debido al desconocimiento que ellos tienen sobre qué hacer.

En cuanto a las prácticas para la prevención y control, algunos señalaron quemar basura, usar el ventilador y no tener animales alrededor de las casas, en general, fueron opciones variadas y aplicadas por sólo alguno de ellos.

En términos generales, los pobladores que han padecido la enfermedad o han tenido familiares afectados por la misma, poseen un conocimiento más definido acerca de sus signos, síntomas, insecto transmisor y reservorio, sin embargo, desconocen las medidas a ser aplicadas para su prevención. Estudios realizados en Venezuela y Colombia, refieren que la aplicación de las medidas de control y prevención están asociadas significativamente con el conocimiento, percepción de riesgo, gravedad de la enfermedad (León, 1996) y el rol del insecto en la transmisión y a su vez está condiciona por el estatus económico de los pobladores (Pardo et al, 2006).

3.3. Conocimientos, actitudes y prácticas que sobre la LVA tienen los médicos rurales que laboran en las zonas endémicas estudiadas

De los 28 médicos encuestados, 15 eran de nacionalidad venezolana, 12 cubanos y 1 colombiano; de estos, 21 laboraban en ambulatorios rurales, 5 en el Centro de Diagnóstico Integral y 2 en consultorios populares del Programa Barrio Adentro I.

En cuanto al conocimiento que tienen sobre la LVA, sólo 2 (40%) en el Municipio Candelaria y 11 (50%) en el Municipio Pampán, la conocen y la mayoría refirieron haber adquirido este conocimiento principalmente mediante el contacto con casos clínicos durante su formación de pregrado en la universidad o bien durante sus pasantías en el hospital. El Municipio Felipe Márquez Cañizalez, aledaño al Municipio Candelaria, es asistido por un solo médico, el cual desconoce los signos y síntomas de la enfermedad. En general, sólo el 46% de los médicos encuestados reconoce la LVA (Cuadro resumen No. 3).

Cuadro resumen No. 3

Conocimientos, actitudes y prácticas que sobre la LV, tienen los médicos de tres municipios pertenecientes al Distrito Sanitario Trujillo, Venezuela (2006)

Conocimientos:	
Identificación de la enfermedad	46%
Diagnóstico	Anamnesis, clínica, laboratorio y toma de muestra
Identificación de los signos y síntomas	Fiebre prolongada, ictericia, esplenomegalia y hepatomegalia
Términos más utilizados	Leishmaniasis visceral y menor número de médicos (7) Kala-azar
Ha atendido casos de LV	Sólo 13 han atendido casos de LV
Signos y síntomas en los casos atendidos	Fiebre prolongada, hepatoesplenomegalia, ictericia, pérdida de peso, pérdida de apetito y dolor abdominal
Exámenes solicitados para confirmar el diagnóstico de LV	Hematología completa, proteínas totales, transaminasas, bilirrubina, fosfatasa alcalinas, gota gruesa y ELISA
Grupo etario más afectado	Niños en edades comprendidas de 0 a 14 años
Género más afectado	Masculino
Asociación de la LV con otras enfermedades	Desnutrición, parasitosis intestinal, infecciones respiratorias, HIV y secuela de LTA.
Actitud:	
Disposición a participar en programas	Disposición positiva
Programas más efectivos	Programas educativos, radiales, visitas de casa en casa, jornadas de fumigación
Estrategias a utilizar en los programas	Charlas acompañadas de materiales impresos folletos, trípticos, afiches, láminas, audiovisuales y títeres
Práctica:	
Ante un caso de LV, ¿qué hace?	Lo remiten al hospital, por cuanto en el ambulatorio no cuentan con los recursos para confirmar el diagnóstico; no hacen seguimiento del caso, el tratamiento es aplicado en el hospital
Hace seguimiento de casos	

Fuente: encuesta de hogares sobre LVA

Cabe destacar que algunos confundieron la LVA con la LTA y los médicos cubanos manifestaron que el curso de inducción que reciben cuando van a laborar fuera de su país, no incluye a la LVA para Venezuela.

De las observaciones hechas durante la aplicación del instrumento, destaca la notable deficiencia de médicos, incluso en algunas localidades, sólo las enfermeras están encargadas de los centros de salud. Pudimos conocer, que para el Estado Trujillo, los médicos son asignados a los ambulatorios rurales Tipo II, y les corresponde visitar a los ambulatorios rurales tipo I, una o dos veces al mes, siendo asignado un médico por cada 5.000 habitantes. La población total atendida en los centros de salud evaluados es de 27.250 habitantes, con un excedente de hasta 6.452 habitantes por médico, aunado a esto, la estadía en los ambulatorios es temporal, quedando un vacío en los centro de salud al culminar su actividad.

Por otra parte, se evidenció claramente la falta de información que tienen los médicos sobre la LVA, igualmente el desconocimiento por parte de algunos de ellos de sus signos y síntomas; este hecho puede incidir negativamente en el diagnóstico oportuno. En este contexto, el desconocimiento de la enfermedad conduce al retardo en la aplicación del tratamiento y aumenta el tiempo de estadía en el centro hospitalario, por la severidad y el mal estado que llegan los pacientes (Díaz, 1996), lo que incide en la fatalidad 5% de los pacientes que mueren durante el tratamiento (Vásquez et al, 2010).

En cuanto a la atención de casos de LVA, 2 médicos (100%) del Municipio Candelaria y 8 (73%) del Municipio Pampán, han atendido casos clínicos. Los signos y síntomas más frecuente presentados por los pacientes al momento de la consulta, fueron: fiebre prolongada (50%), esplenomegalia y hepatomegalia (40%) y en bajo porcentaje dolor abdominal y pérdida de peso (10%). En sus respuestas mencionaron más de una opción, es por ello que se observa disparidad en los porcentajes.

Los signos y síntomas considerados como sugestivos de LVA se mencionaron la fiebre prolongada (42,86%), hepatesplenomegalia (32,14%) esplenomegalia (35,71%), y en menor porcentaje refieren ictericia, dolor abdominal y pérdida de peso. Ante casos presuntivos de LVA la mayoría de los médicos remiten a los pacientes al hospital y

expresaron que el grupo etario más afectado fue el de 0 a 14 años de edad.

El diagnóstico se hace por medio de la anamnesis, clínica, examen físico y laboratorio (Cuadro resumen No. 3). Los exámenes de laboratorio más solicitados por los médicos del Municipio Candelaria (2) fueron los correspondientes a la prueba ELISA (100%), seguida de la determinación de bilirrubina, transaminasas y realización de la gota gruesa, mientras los médicos en el Municipio Pampán (8) refieren en su mayoría hematología completa, seguido de la determinación de transaminasas, bilirrubina, fosfatasas alcalinas y gota gruesa, menor porcentaje de ellos solicita la prueba de ELISA y determinación de proteínas totales, el resto de los médicos remiten al paciente al hospital.

En lo que concierne a la asociación de la LVA con otras patologías, el 55% de los médicos entrevistados la asocian principalmente con desnutrición, HIV, secuelas de la LTA, afecciones respiratorias y 25% con parasitosis intestinal.

A excepción del HIV, las enfermedades que los médicos describen asociadas al LVA, coincide con lo descrito en la revisión retrospectiva de casos en el estado Trujillo (Vásquez et al, 2010), donde no se encontraron pacientes coinfectados con HIV, no obstante, la Organización Mundial de la Salud para el año 2006, ha considerado la LV como un problema de salud pública, siendo una de las causas de su emergencia y reemergencia la malnutrición y la coinfección con el HIV (OMS, 2006).

Finalmente la disposición a participar en programas educativos fue positiva en un 93%, y proponen como estrategias la realización de charlas a la comunidad, elaboración de folletos, trípticos, afiches, carteleras y audiovisuales (Cuadro resumen No. 3).

Tomando en cuenta la notable disposición de los médicos y personas o familiares de casos clínicos a participar en programas que den a conocer esta enfermedad, y la ausencia de representación social sobre la enfermedad en estas localidades, se hace necesaria la implementación de un programa educativo que incluya una estrategia de comunicación, orientado hacia el conocimiento de esta dolencia, la triada epidemiológica e importancia de las medidas de prevención y control. Teniendo en cuenta que la salud como concepto social está determinada por factores sociales, y que los grupos sociales están

expuestos a distintos riesgos y no todos reaccionan de igual modo ante los problemas de salud, la posibilidad de un cambio de actitud positivo mediante un proceso educativo cognitivo constructivo, permitirá que las personas lleguen a conocer el origen del problema y sean capaces de implementar medidas para su solución, junto a la participación activa de la comunidad.

La elaboración de material educativo para uso en los consultorios de zonas endémicas, sería muy provechoso, ya que los médicos para poder ejercer su profesión a nivel asistencial o privado, deben cumplir con el Artículo 8 de la Ley de Ejercicio de la Medicina en Venezuela para lo cual son asignados temporalmente en las zonas rurales, por lo menos un año. Debido a su corta permanencia en los ambulatorios, sería importante contemplar como estrategia mantener un programa de actualización semestral sobre la LVA para el personal médico y paramédico por parte de las autoridades de salud.

4. Conclusiones

Se concluye que la población desconoce la enfermedad, sus signos, síntomas, agente transmisor y el reservorio, así mismo, los médicos asignados a los diferentes centros de salud poseen poca información. Aun cuando, reconocen su gravedad y quienes han padecido casos clínicos de LVA poseen un mejor conocimiento, se desconocen las medidas de prevención y control para evitar el contacto hombre-vector. Entre las estrategias sugeridas para las localidades, se recomienda retomar el uso del mosquitero. Por lo antes expuesto, no se evidencia claramente una representación social sobre la leishmaniasis visceral, por lo que se justifica la implementación de un programa educativo en las comunidades evaluadas. Este estudio permitirá sentar bases, para iniciar la selección de estrategias en el diseño del Programa Educativo para la LVA en las localidades bajo estudio, con la presentación de una propuesta concreta basada sobre el conocimiento que tienen los médicos y la población expuesta al riesgo. La continuidad y permanencia de estos programas en el tiempo dependerá del sentido de pertinencia que tenga la comunidad.

Bibliografía

- ALEXANDER, B.; MORALES, A.; BECERRA, J.; ROJAS, C. (1995). Entomological aspects of a Leishmaniasis control project based on community participation in riverine communities of Colombia. En: *Boletín de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental*, XXXV (Supl. 1), pp. 29-40.
- BASTIDAS, G. y DÍAZ, B. (2008). Prácticas y conocimientos populares sobre leishmaniasis tegumentaria americana (LTA) en un área endémica de Cojedes, Venezuela. Hacia el desarrollo de estrategias educativas alternativas de control. En: *Fermentum*, No. 53, pp. 634-655.
- CANELÓN, J. y GARCÍA, M. (2001). Representaciones sociales en Venezuela: Una experiencia en el área de salud. En: *Fermentum*, No. 53, pp. 59-68.
- DELGADO, O.; FELICIANGELI, M.; GÓMEZ, R.; ÁLVAREZ, J.; GARCÍA, L.; BELLO, C. (1998). The re-emergence of American Visceral Leishmaniasis in an old focus in Venezuela: Present situation on human and canine infections, En: *Parasite*, No. 5, pp. 317-323.
- DESJEUX, P. (2002). *Increasing risk factors for leishmaniasis: urbanization and migrations*. En: Memorias Simposio de Leishmaniasis. XXVIII Jornadas Venezolanas de Microbiología "Dr. Rafael Bonfante Garrido". Sociedad Venezolana de Microbiología. Barquisimeto, Estado Lara, pp. 57-68.
- DÍAZ, B. (1996). The socioeconomic consequences of cutaneous and Visceral Leishmaniasis in Trujillo, Andean area of Venezuela. En: Chapter VIII, *Socioeconomic and epidemiological features of visceral leishmaniasis in patients from Trujillo State*. PhD Thesis School of Tropical Medicine, University of Liverpool. Reino Unido.
- FELICIANGELI, MD. (1991). Vectors of Leishmaniasis in Venezuela. En: *Parasitología*, No. 33 (Suppl.1), pp. 229-236.
- GÓMEZ, L. y CORREDOR, A. (2000). Caracterización sociocultural y epidemiológica de un foco de leishmaniasis cutánea en Cimitarra, Santander. En: *Revista de Salud Pública*, No. 2 (3), pp. 261-271.
- HERNÁNDEZ, N. (2002). El coeficiente de validez de contenido (Cvc) y el coeficiente *Kappa*, en la determinación de contenido según la técnica de *Juicio de Expertos*. En: *Contribuciones al análisis estadístico*. Ediciones Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela, pp. 69-89.
- ISAZA, D. M.; RESTREPO, B. N.; ARBOLEDA, M. (1999), La leishmaniasis: conocimientos y prácticas en pobladores de la Costa del Pacífico de Colombia. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*, No. 6(3), pp. 177-184

- LEÓN M., C. (1996). *Representaciones sociales de la enfermedad de Chagas: creencias, actitudes, y prácticas*. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco (UPV/EHU).
- MAZARRI, M.; FELICIANGELI, M. D.; MAROLI, M.; HERNÁNDEZ, A.; BRAVO A. (1997). Susceptibility of *Lutzomyia longipalpis* (Diptera: Psychodidae) to select insecticide in an endemic focus of visceral Leishmaniasis in Venezuela. En: *Journal of American Mosquito Control Association*, No. 13, pp. 335-341.
- MÉNDEZ-CASTELLANO, H.; DE MÉNDEZ, M.; FOSSI, M.; MEJÍAS DE R., B.; ÁLVAREZ, M. L. (1990). *Tendencias del consumo en el área metropolitana de Caracas y los estados Falcón y Trujillo en función de la estructura familiar y su situación económico social, agrupadas según el método "Graffar modificado" para Venezuela en el estudio nacional de crecimiento y desarrollo de la República de Venezuela*. FUNDACREDESA. Caracas, Venezuela.
- NIEVES, E.; VILLARREAL, N.; RONDÓN, M.; SÁNCHEZ, M.; CARRERO, J. (2008). Evaluación de conocimientos y prácticas sobre la Leishmaniasis Tegumentaria en un área de Venezuela. En: *Biomédica*, No. 28 (3), pp. 347-356.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2006). Control de la Leishmaniasis. Informe de Secretaría. EB118/4.
- PARDO, R.; CARVAJAL, A.; FERRO, C.; DAVIES, C. (2006). Effect of knowledge and economic status on sandfly control activities by householders at risk of cutaneous leishmaniasis in the sub Andean region of Huila department, Colombia. En: *Biomédica*, No. 26 (Supl 1), pp. 167-179.
- PIFANO, F. y ROMERO, M. (1964). Investigaciones epidemiológicas sobre la leishmaniasis visceral en la Isla de Margarita Estado Nueva Esparta, Venezuela. En: *Gaceta Médica de Caracas*, No. 72, pp. 425-430.
- (1973). Comprobación de un foco autóctono de leishmaniasis visceral (Kala-azar) en la Isla de Margarita, Estado Nueva Esparta, Venezuela. En: *Archivos Venezolanos de Medicina Tropical y Parasitología Médica*, No. 5, pp. 29-144.
- SANTOS, J.; LAUAND, L.; SANTOS DE SOUZA, G.; OLIVEIRA, V. (2000). Fatores sócio-econômicos e atitudes em relação á prevenção domiciliar da leishmaniose tegumentar americana, em uma área endêmica do sul da Bahia, Brasil. En: *Cadernos Saúde Pública*, No. 16(3), pp. 701-708.
- SCORZA, J. V. (1989). Información ecológica sobre *Phlebotominae* de Venezuela. En: *Boletín de la Dirección de Malariología Saneamiento Ambiental*, No. 24, pp. 1-11.
- SCORZA, J. V.; ROSARIO, C. L.; SCORZA-D, J. V.; y ROJAS, E. (1995). Susceptibilidad de hembras silvestres de *Lutzomyia youngi* de Trujillo, Venezuela, a insecticidas sintéticos. En: *Boletín de la Dirección de Malariología Saneamiento Ambiental*, XXXV (Supl. 1), pp. 311-326.

- SHRI, S.; DANDU, R.; RABINDRA, M.; SHYAM, S. (2006). Knowledge, attitude, and practices related to kala-azar in a rural area of Bihar state, India. En: *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, No. 75(3), pp. 505-508.
- VÁSQUEZ, L.; VÁSQUEZ, L.; OVIEDO, M.; MÉNDEZ, Y.; SANDOVAL C., M.; BASTIDAS, G.; MILIANI, E. (2010). Epidemiología de la Leishmaniasis Visceral Americana en el Estado de Trujillo, Venezuela 1975-2006. En: *Boletín Dirección de Malariología y Salud Ambiental* (en preparación).
- WHO (1990). Control of the Leishmaniasis. Technical report series 793.
- ZERPA, O.; ULRICH, M.; BENÍTEZ, M.; ÁVILA, C.; RODRÍGUEZ, V.; CENTENO, M.; BELIZARIO, D.; REDD, S.; CONVIT, J. (2002). Epidemiological and immunological aspects of human visceral leishmaniasis on Margarita Island, Venezuela. En: *Memorias Instituto Oswaldo Cruz*, No. 97(8), pp. 1079-1083.
- ZERPA, O.; ULRICH, M.; BORGES, R.; RODRÍGUEZ, V.; CENTENO, M.; NEGRÓN, E.; BELIZARIO, D.; CONVIT, J. (2003a). Epidemiological aspects of human and canine visceral leishmaniasis in Venezuela. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*, No. 13 (4), pp. 239-245.
- ZERPA, O.; ULRICH, M. y CONVIT, J. (2003b). Programa Control de la Leishmaniasis Visceral en Venezuela. Instituto de Biomedicina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Universidad Central. Caracas, Venezuela.