



Revista Peruana de Investigación en Salud

ISSN: 2616-6097

ISSN: 2616-6097

repisunheval@gmail.com

Universidad Nacional Hermilio Valdizán

Perú

Abdel, Karim; Hernández, Daniela; Hidalgo, Oniel; Hidalgo,
Sol; Hung, Fernando; Lorenzo, Cristina; Bastidas, Gilberto

**Características clínicas-epidemiológicas y conocimiento sobre la leishmaniosis
tegumentaria americana en una población de Carabobo. Venezuela**

Revista Peruana de Investigación en Salud, vol. 4, núm. 1, 2020, -Marzo, pp. 09-16

Universidad Nacional Hermilio Valdizán

Perú

DOI: <https://doi.org/10.35839/repis.4.1.478>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=635769083002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNEM
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Características clínicas-epidemiológicas y conocimiento sobre la leishmaniosis tegumentaria americana en una población de Carabobo, Venezuela

Clinical-epidemiological characteristics and knowledge on american tegumentary leishmaniosis in a Carabobo state population, Venezuela

Karim Abdel¹, Daniela Hernández¹, Oniel Hidalgo¹, Sol Hidalgo¹, Fernando Hung¹, Cristina Lorenzo², Gilberto Bastidas^{2,*}

Abstract

From american tegumentary leishmaniasis, 1.5 million new cases per year are registered in the world, it is present in 88 countries, this makes it occupy the sixth place among the world's major diseases and the second among parasitic diseases only behind malaria, but in Latin America there is little work on knowledge of american tegumentary leishmaniasis as a support for health control programs. The objective is to determine the clinical, epidemiological characteristics and knowledge about American tegumentary leishmaniasis. Descriptive study with documentary and field research design, based on the review of the epidemiological record and application of a questionnaire. The majority of those affected are young adults (20-59 years) (66.3%) of the male gender, workers (27.4%) with upper limb injuries (40.5%), usually unique (53.4%) and treated (86.3%). In the sample 80% know the disease, 83% the transmitter and 38% the pharmacological treatment. It is concluded that those affected with parasitosis are mainly men, in economically productive age, workers and farmers, with educational levels not exceeding a diversified medium, in relative poverty, with unique skin lesions in exposed regions of the body and pharmacologically treated; that the population knows the natural history of the disease and the transmitter, but ignores aspects of the biology of the insect; and who prefer the pharmacological treatment of the public health service.

Keywords: Leishmaniosis, signs and symptoms, epidemiology, parasitosis, skin (Source: MeSH NLM).

Resumen

De leishmaniosis tegumentaria americana se registran en el mundo 1,5 millones de nuevos casos por año, está presente en 88 países, esto hace que ocupe el sexto lugar entre las enfermedades importantes del mundo y el segundo entre las enfermedades parasitarias únicamente detrás del paludismo, pero en América Latina son escasos los trabajos sobre conocimientos de leishmaniosis tegumentaria americana como sustento de los programas sanitarios de control. El objetivo fue determinar las características clínicas, epidemiológicas y el conocimiento sobre tegumentaria americana en la población del estado de Carabobo, Venezuela. El estudio fue descriptivo con diseño de investigación documental y de campo, basado en la revisión del registro epidemiológico y aplicación de un cuestionario. La mayoría de los afectados son adultos jóvenes (20-59 años) (66,3%) del género masculino, obreros (27,4%) con lesiones en miembro superior (40,5%), generalmente únicas (53,4%) y tratadas (86,3%). En la muestra analizada 80% conoce la enfermedad, 83% al transmisor y 38% el tratamiento farmacológico. Se concluye que los afectados con la parasitosis son principalmente hombres, en edad económicamente productiva, obreros y agricultores, con niveles educativos no superiores a medio diversificado, en pobreza relativa, con lesiones de piel únicas en regiones expuestas del cuerpo y tratadas farmacológicamente; que la población conoce la historia natural de la enfermedad y el transmisor, pero ignoran aspectos de la biología del insecto; y que prefieren el tratamiento farmacológico del servicio sanitario público.

Palabras clave: Leishmaniosis, signos y síntomas, epidemiología, parasitosis, piel (fuente: DeCS BIREME).

¹Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Venezuela.

²Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Venezuela.

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-5805-6926>

Correspondencia a:

Gilberto Bastidas

Dirección Postal: Departamento de Salud Pública, Universidad de Carabobo, Campus Bárbula, Naganagua, estado Carabobo, Venezuela.

Email: bastidasprotozoo@hotmail.com

Fecha de recepción: 13 de setiembre de 2019

Fecha de aprobación: 09 de diciembre de 2019

Citar como: Abdel K, Hernández D, Hidalgo O, Hidalgo S, Lorenzo C, Hung F, Bastidas G. Características clínicas-epidemiológicas y conocimiento sobre la leishmaniosis tegumentaria americana en una población de Carabobo, Venezuela. Rev Peru Investig Salud [Internet];4(1). Available from: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/478>. 09-16

2616-6097/©2020. Revista Peruana de Investigación en Salud. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios.



Introducción

La leishmaniosis es una enfermedad parasitaria originaria de las selvas tropicales de América, también presente en Asia y África. La leishmaniosis representa un conjunto de enfermedades producidas por más de 20 diferentes especies de un protozoo parásito del género *Leishmania* spp., la cual por sus características clínicas se dividen en leishmaniosis superficial y profunda. La primera afecta principalmente piel y mucosas, mientras que, la segunda daña órganos internos (hígado, bazo y médula ósea), ésta última si no es tratada a tiempo puede causar la muerte [1-3].

Según la Organización Mundial de la Salud la leishmaniosis afecta predominantemente a los

más pobres, sobre todo en los países en desarrollo. Se considera que hay 350 millones de personas en riesgo de contraerla, y cada año se producen 2 millones de casos nuevos. De estos se reportan entre 200 000 y 400 000 nuevos casos de leishmaniosis visceral, con alta endemidad en el subcontinente indio y África oriental, siendo los países más afectados Brasil, Etiopía, Somalia, Sudán y Sudán del Sur [4, 5].

De Leishmaniosis Tegumentaria Americana (LTA) se registran 1,5 millones de nuevos casos y está presente en 88 países, esto hace que la LTA ocupe el sexto lugar entre las enfermedades importantes del mundo y el segundo entre las enfermedades parasitarias únicamente detrás del paludismo. Igualmente la LTA tiene una carga de morbilidad de 2 090 000 años de vida ajustada en función de la

discapacidad que para el hombre es de 1 250 000 y para la mujer de 840 000. Las elevadas tasas de morbilidad de la LTA, a pesar del evidente subregistro, es el principal factor que motiva las investigaciones en este campo [6].

En América Latina la LTA probablemente se conoce desde el período pre colombino. Para esta zona entre 2001 y 2011 se registraron más de 600 000 casos de LTA, con una incidencia media de 15,9 casos por cada 100 000 habitantes, además esta parasitosis es endémica en 15 países latinoamericanos: Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Ecuador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela. En Venezuela se ha registrado en 292 Municipios, distribuidos en 22 de las 23 entidades político-territoriales [7-10]. La distribución de los focos endémicos de leishmaniosis en Venezuela se ubican en los valles del sistema montañoso de la costa, la depresión de Yaracuy, algunas regiones de los llanos, el sur del Orinoco, la zona montañosa y boscosa de Táchira, Mérida, Trujillo, Lara, Miranda y Sucre, además de los estados Carabobo y Aragua [7-10].

Llama la atención que para el primer trimestre de 2015 (período hasta el cual se tienen registros oficiales) el Ministerio del Poder Popular para la Salud venezolano reporta 6 007 casos de leishmaniosis, cifras que ubican su morbilidad por debajo de lo esperado sin que pueda discernirse entre disminución de la casuística o subregistro, en un contexto en que la tendencia es al incremento en el número de afectados [7-10]. El aumento del número de casos de LTA en muchas zonas de América Latina se debe entre otros factores al desconocimiento del proceso salud-enfermedad en que está inmerso el sujeto, especialmente los relacionados con su conocimiento sobre las patologías que los aquejan. A pesar que es claro que muchas de las diferencias en el estado de salud de las personas no están predeterminadas, pues existen diferencias emanadas del entorno en el que viven y de los conocimientos y prácticas que la sociedad tiene sobre la enfermedad. Otro aspecto relevante para el manejo de la LTA es el comportamiento clínico-epidemiológico, porque este puede variar significativamente entre las distintas regiones geográficas [11, 12].

En Venezuela, específicamente en el estado Carabobo, se han hecho esfuerzos por incorporar a la población en acciones y

programas de salud, pero muchos de estos programas no miden el conocimiento que tienen las personas sobre esta enfermedad. Por tanto, el objetivo del presente estudio es, en primer lugar, describir las características clínicas epidemiológicas de la LTA y en segundo lugar determinar el conocimiento que sobre esta patología posee la población de las Trincheras del municipio Naguanagua del estado Carabobo, Venezuela, zona con importante casuística y sin estudios previos sobre estas variables que, son indispensable como insumos teóricos para el rediseño de los programas para control de enfermedades endémicas [13].

Métodos

En la caracterización del fenómeno de investigación se empleó el estudio descriptivo y los diseños de investigación documental y de campo. La investigación se distribuyó en dos etapas: en la primera se registraron las características clínico-epidemiológicas de la LTA empleando para ello los archivos del servicio de Dermatología Sanitaria del estado Carabobo, Venezuela. En la segunda etapa mediante la aplicación de un cuestionario se determinó el conocimiento que sobre LTA posee la población.

Se empleó como instrumento el cuestionario previamente validado de Bastidas [14], que consta de 2 secciones. En la primera se registran los datos de identidad y filiación, tales como; edad, género, ocupación y grado de instrucción del encuestado. En la segunda sección se explora mediante preguntas abiertas y cerradas los conocimientos del individuo sobre LTA. Finalmente se indagó por familia sus características socioeconómicas con el método de Graffar modificado que se basa en la medición de las variables: profesión del jefe de la familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia y condiciones de alojamiento que, resultan en cinco estratos sociales a saber: I (alta calidad de vida) la puntuación de los ítems se ubica entre 4-6, II (moderada calidad de vida) valores entre 7-9, III (baja calidad de vida) valores entre 10-12, IV (pobreza relativa) valores entre 13-16 y V (pobreza crítica) valores entre 17-20 [15].

Población y muestra: la población de Las Trincheras corresponde a 9 600 habitantes según censo local y el “n” muestral resultó ser

de 100 individuos, con base en la frecuencia esperada de LTA (2% tomada como referencia de estudios realizados en el estado Carabobo) y el tamaño de la población. El muestreo fue del tipo probabilístico. Para esta investigación se aceptó un error estándar de 5% y un nivel de confianza de 95%.

En promedio la encuesta duró 20 minutos por individuo. Se aplicó a todas las personas mayores de 11 años que estuvieron presentes al momento de la encuesta, puesto que tienen la madurez suficiente para responder adecuadamente el cuestionario al estar en la etapa final del desarrollo cognitivo que los capacita para dominar sus representaciones mentales y lograr razonamiento hipotético-deductivo indispensable para sortear las distintas situaciones que se presente en su vida cotidiana. La encuesta se hizo en forma individual y confidencial. Se obtuvo el consentimiento informado previa explicación de los objetivos de la investigación. Este trabajo fue aprobado por la comisión de Investigación del Departamento de Salud Pública adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo.

Análisis estadístico: los datos se registraron y analizaron mediante el programa estadístico Epi Info 5.0. Además de estadísticas descriptivas se utilizaron la prueba χ^2 (X2), aplicada a tablas de contingencia 2X2.

Resultados

La mayoría de los afectados con LTA son adultos jóvenes (20-59 años) (66,3%) y del género masculino (66,3%), obreros (26,3%) y fundamentalmente residenciados en los sectores Las Marías (37% [27/73]) y la Unión (30,1% [22/73]) (tabla 1).

Las lesiones se localizaron principalmente en miembros superiores (40,5%) e inferiores (32%). Las lesiones cutáneas fueron únicas en 53,4% (54/80) de los afectados y múltiples en 45,2% de los mismos, y cerca de 90% de los afectados con LTA cumplieron el tratamiento con antimonio de metilglumina (Glucantime®) (tabla 1).

La mayoría de los entrevistados tenían entre 20 y 59 años de edad (76%), pertenecían al género masculino (53%), eran obreros (31%) o se dedicaban a los oficios del hogar (25%), tenían como grado de instrucción el

diversificado incompleto (23%) y pertenecían al estrato socio económico IV (pobreza crítica) (73%) (tabla 2).

Tabla 1. Características epidemiológicas y clínicas de la leishmaniosis tegumentaria americana en la comunidad de Trincheras, municipio Naguanagua, estado Carabobo, Venezuela. 2013-2017

Características epidemiológicas	frecuencia	%
Grupo de edad*		
Infancia (0-11 años)	5	6,8
Adolescencia (12-19 años)	11	15,1
Adulto joven (20-59 años)	48	65,8
Adulto mayor (≥ 60 años)	9	12,3
Género**		
Masculino	49	67,1
Femenino	24	32,9
Ocupación		
Obrero	20	27,4
Agricultor	15	20,5
Estudiante	15	20,5
Oficios del hogar	15	20,5
Empleado	5	6,8
Otras	3	4,2
Sector de Las Trincheras***		
Las Marías	27	37,0
La Unión	22	30,1
El Salto	7	9,6
Las Tres Marías	7	9,6
La Belén	5	6,9
La Colina	4	5,5
La Ceiba	1	1,4
Características clínicas		
Localización de las lesiones		
Miembros superiores	34	40,5
Miembros inferiores	32	38,1
Abdomen	8	9,5
Cuello	4	4,8
Cabeza	3	3,6
Tórax	3	3,6
Número de lesiones****		
Única	39	53,4
Múltiple	33	45,2
No registrado	1	1,4
Tipo de lesión		
Ulcerativa	72	98,6
No registrado	1	1,4
Tratamiento		
Cumplido	63	86,3
No cumplido	10	13,7

Fuente: Registro del Servicio de Dermatología Sanitaria del estado Carabobo.

Más de 80% de los entrevistados sin distinción de género ($p=0,27$) conocen la enfermedad, 63% ([63/100], $p=0,37$) reconocen la sintomatología, y 62% saben que esta enfermedad no se transmite por contacto directo entre afectado y sano ($p=0,28$), sin embargo, solo 37% saben que la enfermedad puede prevenirse y 38% conocen que los animales pueden enfermar ($p<0,01$) (tabla 3).

En la muestra estudiada 61% sabe que la enfermedad se relaciona con insectos y 83% conoce al transmisor de LTA, no obstante, únicamente 8,0% entienden cómo se infectan

los insectos ($p<0,05$). Ahora bien, los encuestados saben en proporciones que no superan el 50% de qué se alimentan los insectos y a qué hora, así como que los atrae y donde se esconden los mismos (tabla 4).

Tabla 2 Características socio-demográficas de pobladores de Las Trincheras, municipio Naguanagua, estado Carabobo, Venezuela. 2013-2017

Características	frecuencia	%
Grupo de edad*		
Adolescencia (12-19 años)	7	7,0
Adulto joven (20-59 años)	76	76,0
Adulto mayor (>60 años)	17	17,0
Género		
Masculino	53	53,0
Femenino	47	47,0
Ocupación		
Obrero	31	31,0
Oficios del hogar	25	25,0
Comerciante	15	15,0
Estudiante	9	9,0
Agricultor	7	7,0
Profesional	5	5,0
Jubilado y(o) pensionados	4	4,0
Empleado	3	3,0
Militar	1	1,0
Grado de Instrucción		
Primaria incompleta	5	5,0
Primaria completa	10	10,0
Secundaria completa	19	19,0
Secundaria incompleta	7	7,0
Diversificado completo	22	22,0
Diversificado incompleto	23	23,0
Técnico completo	3	3,0
Técnico incompleto	2	2,0
Superior incompleto	2	2,0
Superior completa	7	7,0
Estrato socioeconómico**		
Estrato II (moderada calidad de vida)	3	3,0
Estrato III (baja calidad de vida)	23	23,0
Estrato IV (pobreza relativa)	73	73,0
Estrato V (pobreza crítica)	1	1,0

De los encuestados 51% conocen sobre el tratamiento de la LTA, 28% mencionan al farmacológico como el indicado y 13% muestran preferencia por el tradicional o casero ($p<0,01$). Con respecto al sistema de salud al cual acudir en búsqueda de cura para la LTA 94% prefiere al médico-científico ($p<0,01$), finalmente más de 80% de los encuestados refieren preferencia por el servicio curativo público (red de instituciones

sanitarias para el diagnóstico y tratamiento farmacológico gratuito de patologías que afectan a la población) ($p<0,01$) (tabla 5).

Discusión

Debido a la complejidad biológica, clínica, epidemiológica y social la LTA sigue siendo un importante problema de salud pública que afecta principalmente a poblaciones pobres, particularmente de los países con bajos y medianos recursos económicos, aquellos que procuran su desarrollo, de allí que se realicen esfuerzos individuales y colectivos para desentrañar en primer lugar el comportamiento epidemiológico de esta parasitosis y en segundo lugar lo que conocen las personas sobre la misma, con el firme propósito de adecuar los planes y programas socio-sanitarios y poder asegurar el control de esta endemia, pues existen diferencias que nacen del medio en que se vive, de los conocimientos y de las prácticas sociales hacia la enfermedad.

Por la tendencia al alza en Latinoamérica del número de casos de LTA se entiende que los proyectos y programas socio-sanitarios para el control de la LTA han resultado insuficientes en cobertura, permanencia en el tiempo y participación social, porque muchos de ellos ignoran las realidades culturales locales y específicamente el conocimiento que sobre la parasitosis poseen las comunidades, es así que en Venezuela se ha tratado de incorporar a la comunidad en programas de salud bajo la tutela de instituciones relacionadas con la administración sanitaria y con la implementación de diversas estrategias, entre las que se mencionan educación para la salud, comités para la participación con fuerza de trabajo en obras de beneficio colectivo, grupos de voluntarios para realizar acciones específicas, capacitación de la población para el autocuidado de su salud, entre otras, sin embargo, todas han resultado insuficientes para el control de la LTA [14].

Tabla 3. Conocimiento sobre la historia natural de la leishmaniosis tegumentaria americana de pobladores de Las Trincheras, municipio Naguanagua, estado Carabobo, Venezuela. 2013-2017

Historia natural de la enfermedad	Femenino		Masculino	
	frecuencia	%	Frecuencia	%
Conoce la enfermedad	38	80,9	45	84,9
Conoce la sintomatología que presentan las personas	29	61,7	34	64,2
Sabe que no se transmite por contacto directo entre personas	28	59,6	34	64,2
Sabe que la enfermedad puede prevenirse	21	44,7	16	30,2
Sabe que los animales pueden infectarse*	15	31,9	23	43,4

χ^2 : *Con diferencia significativa entre géneros ($p<0,01$)

Tabla 4. Conocimiento sobre el transmisor de leishmaniosis tegumentaria americana de pobladores de Las Trincheras, municipio Naguanagua, estado Carabobo, Venezuela. 2013-2017

El transmisor de Leishmaniosis tegumentaria americana	Femenino		Masculino	
	frecuencia	%	frecuencia	%
Sabe que la enfermedad se relaciona con insectos	31	66,0	30	56,6
Sabe que insecto transmite LTA	39	83,0	44	83,0
Sabe cómo se infectan los insectos*	6	12,8	2	3,8
Sabe de qué se alimentan los insectos	15	31,9	21	39,6
Sabe a qué hora se alimentan los insectos	22	46,8	24	45,3
Sabe que atrae a los insectos	15	31,9	17	32,1
Sabe dónde se esconden los insectos	18	38,3	22	41,5

χ²: *Con diferencia significativa entre mujeres y hombres que saben cómo se infectan los insectos (p<0,01)

Tabla 5. Conocimiento sobre el tratamiento de leishmaniosis tegumentaria americana de pobladores de Las Trincheras, municipio Naguanagua, estado Carabobo, Venezuela. 2013-2017

Curación	Femenino		Masculino	
	frecuencia	%	frecuencia	%
Conoce el Tratamiento*				
Farmacológico indicado por médico	18	38,3	20	37,7
Métodos tradicionales o caseros	6	12,8	7	13,2
Sistema de salud al que acude en búsqueda de cura para LTA**				
Médico-científico	43	91,5	51	96,2
Tradicional	3	6,4	2	3,8
Ninguno	1	2,1	0	0,0
Servicio curativo que utilizó para tratarse la LTA***				
Público	43	91,5	41	77,4
Privado	4	8,5	12	22,6

χ²: *Con diferencia significativa entre tratamiento farmacológico y tradicional (p<0,01)

**Con diferencia significativa entre sistema de salud médico-científico y tradicional p<0,01)

***Con diferencia significativa entre servicio curativo público y privado (p<0,01)

Por ello se planteó este trabajo de investigación cuyos hallazgos en cuanto a comportamiento clínico-epidemiológico y conocimiento de la población sobre la LTA contribuirán de forma decisiva en el control de esta parasitosis como problema de salud pública, en este sentido se reporta en este escrito que quienes se encontraban en edad económicamente productiva fueron los principalmente infectados y entre estos los hombres son los más afectados, sujetos dedicados fundamentalmente a la agricultura que, les obliga a estar en mayor contacto con el nicho ecológico de transmisión natural de la LTA. Asimismo, la característica de cadena montañosa y de piedemonte con bosque húmedo y vegetación frondosa que es propia de Las Trincheras define de seguro la casuística de LTA encontrada en esta zona, pues se constituye en el ecosistema que habitualmente caracteriza a los brotes de LTA en Venezuela y en el mundo, vegetación más acentuada en los sectores Las María y Unión de donde proviene la mayoría de los casos de LTA registrado de la zona [15, 17-19].

Como era de esperar la LTA por su alta incidencia tiene gran impacto en la población,

en zonas rurales como Las Trincheras [20]. El mantenimiento de la endemia de LTA, en la zona estudiada, se debe a múltiples factores si se quiere comunes al ciclo de vida de este parásito, entre los que se mencionan las características ecológicas propicias para el desarrollo y preservación del vector y reservorio, la posibilidad de contacto entre parásito y hospedador susceptible; la urbanización rápida y desorganizada; y la intervención oficialista netamente vertical, a través del diseño de programas de control esencialmente curativos que ignoran los conocimientos y prácticas de la comunidad sobre la enfermedad [21-23].

En lo que respecta al conocimiento sobre la LTA, la población estudiada reconoce la sintomatología, la forma de transmisión y la prevención, hecho similar a lo encontrado en una comunidad del estado Cojedes [15], pero distinto a lo hallado en estudios realizados en otras regiones venezolanas, entre los que destaca el de la cordillera de los andes, porque en él se detectó bajo nivel de conocimiento global sobre LTA. También en países como Brasil y Colombia con poblaciones expuestas a la LTA es común la carencia de información, en detrimento del papel fundamental que estos

aspectos tienen en la conformación de los programas socio-sanitarios destinados a combatirla, de allí la importancia de realizar intervenciones y evaluaciones constantes sobre las características clínicas-epidemiológicas locales y el conocimiento que sobre la LTA poseen los pobladores de zonas endémicas con el fin de reformularlos en procura de lograr el control de estas parasitosis en estas zonas [24-26].

Llama la atención que el conocimiento que tiene la población abordada sobre LTA en términos de la historia natural parece superior a lo encontrado por Isaza [27] en Colombia quien describe que 94% de la muestra únicamente reconocía la LTA como una enfermedad de la piel, sin mayores detalles. Ahora bien es importante resaltar, que lo encontrado en Las Trincheras, es similar a lo reportado por Nieves [28] en poblaciones de la cordillera andina venezolana, quien señala además que el conocimiento sobre la LTA se restringe a quienes han padecido la enfermedad, eran familiares o vecinos de los mismos, fenómeno igualmente observado en Las Trincheras una comunidad pequeña en término poblacional.

En relación con el transmisor de LTA más de 80% de los encuestados conoce el vector, pero desconocen en su mayoría muchos de los aspectos de la biología del insecto, sin embargo, la situación en términos de conocimiento es mejor a la reportada en poblaciones de la Cordillera Andina venezolana y del estado Miranda donde 35 y 45%, respectivamente, relacionan la enfermedad con picadura de insecto [15, 28]. Es probable que el conocimiento hallado sobre el transmisor de la LTA, aunque parcial, se deba a las continuas intervenciones del sector salud, y también del universitario, que transmiten información al respecto, aunque de forma vertical, pero que han incidido positivamente en el conocimiento que la población posee [29].

De las personas que refirieron conocer el tratamiento de la LTA, la mayoría indica que el farmacológico del sistema de salud médico y del servicio curativo público es el indicado, esto a pesar de ser instituciones burocráticas y de trato frío, según comentan los entrevistados. Es corriente indagar sobre el acceso a los servicios de salud porque estos se constituyen en elementos centrales para la producción de resultados satisfactorios en

términos del control de enfermedades [15, 30]. En América Latina, y por supuesto en Venezuela, son pocos los trabajos realizados para investigar los conocimientos asociados al hecho de contraer la LTA, la mayoría de las investigaciones enfocan aspectos como: control químico y biológico de vectores, estudio de reservorios, seroprevalencia en áreas endémicas, tratamiento farmacológico e inmunoterapia, por tanto, la información aquí aportada será de gran utilidad [31].

Se concluye que los afectados con LTA son principalmente hombres, en edad económicamente productiva, obreros y agricultores, con niveles educativos no superiores a medio diversificado, ubicados en pobreza relativa como estrato socio-económico, con lesiones de piel únicas en regiones expuestas del cuerpo y tratadas farmacológicamente; que la población conoce la historia natural de la enfermedad y el transmisor, pero desconocen aspectos de la biología del insecto; y que prefieren el tratamiento médico-farmacológico del sistema médico-científico y del servicio curativo público.

Referencia bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa Nota descriptiva. Citado agosto 2018. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/es/2016>.
2. Chavy A, Ferreira Dales Nava A, Luz S, Ramírez J, Herrera G, Vasconcelos Dos Santos T, Ginouves M, Demar M, Prévot G, Guégan J, de Thoisy B. Ecological niche modelling for predicting the risk of cutaneous leishmaniasis in the Neotropical moist forest biome. *PLoS Negl Trop Dis*. 2019; 13(8):e0007629. (doi: 10.1371/journal.pntd.0007629).
3. Uribe-Restrepo A, Cossio A, Desai M, Dávalos D, Castro M. Interventions to treat cutaneous leishmaniasis in children: A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis*. 2018; 12(12):e0006986. (doi: 10.1371/journal.pntd.0006986).
4. Feliciangeli M. Leishmaniosis en Venezuela: Situación actual, acciones y perspectivas para el control vectorial en el marco de un programa de control multisectorial, 2014. *Bol Mal Salud Amb*. 2014; 54(1):1-5.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe de una reunión del Comité de Expertos de la

- OMS sobre el control de las leishmaniasis, Ginebra, 22-26 Mar 2010. Ser Inf Téc. 949.2010. Citado marzo 2018. Disponible en: www.who.int/iris/bitstream/10665/82766/1/WHO_TRS_949_spa.pdf.
6. Organización Mundial de la Salud. 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Control de la leishmaniasis. Informe de la Secretaria; Resolución N° A60/10; Ginebra, Suiza. 2007. Citado mayo 2018. Disponible en: apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/.../WHA60-Rec1/.../WHASS1_WHA60REC1-sp.pdf.
7. Scorza J. Protocolo para la investigación epidemiológica de Leishmaniasis tegumentaria en Venezuela. Bol Mal Salud Amb. 1988; 28:83-90.
8. Ortega J, Zepa O, Sosa A, Rodríguez N, Aranzazu N. Estudio Clínico, Epidemiológico y Caracterización Taxonómica de Leishmaniasis Cutánea en el Estado Vargas, Venezuela. Dermatol Venez. 2004; 42(4):10-16.
9. De Lima H, Borges R, Escobar J, Convit J. Leishmaniasis cutánea americana en Venezuela: un análisis clínico epidemiológico a nivel nacional y por entidad federal, 1988-2007. Bol Mal Salud Amb. 2010; 50(2):283-299.
10. Ministerio Poder Popular para la Salud. Boletín epidemiológico semana 52. Citado agosto 2018. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>. 2015.
11. Buttigieg S. Innovation Strategies and Health System Guiding Principles to Address Equity and Sustainability in Responsible Innovation in Health Comment on "What Health System Challenges Should Responsible Innovation in Health Address? Insights From an International Scoping Review". Int J Health Policy Manag. 2019; 8(9):570-572. (doi: 10.15171/ijhpm.2019.50).
12. Mokni M. Cutaneous leishmaniasis. Ann Dermatol Venereol. 2019; 146(3):232-246. (doi: 10.1016/j.annder.2019.02.002).
13. Clifford J. Partial truths: introduction. In: On Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography (J. Clifford & G. Marcus, ed), pp.1-26, Berkeley: University of California Press. 1986.
14. Testa M. Extensión de cobertura con atención médica primaria. Venezuela. Documentos CENDES-UCU, No. 14. 1981.
15. Bastidas G, Díaz B. 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. Fermentum. 2008; 18(53):634-655.
16. Méndez C, López B, Landaeta J, Gónzales T. Estudio transversal de Caracas. Arch. Venez. Pueric. Pediatr. 1983; 49:111-155.
17. Barberino S, Lauand L, Santos G, De Oliveria M. Factores socio-económicos e atitudes em relacao a prevencao domiciliar da Leishmaniose Tegumentar Americana, em uma area endêmica do Sul da Bahia, Brasil. Cad Saude Publica. 2000; 16(3):701-708.
18. García B. Aporte de la etnografía en el conocimiento de los códigos socioculturales de la leishmaniasis cutánea localizada en un programa de educación para la salud, en Venezuela. Cad Saude Publica. 2007; 23(Supl.1):S75-S83.
19. Teles G, Fonseca F, Gonçalves M. American Tegumentary Leishmaniasis in the Brazilian Amazon from 2010 to 2014. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2019; 61:e22. (doi: 10.1590/S1678-9946201961022).
20. Vasconcelos-Dos-Santos T, Chaves R, Prévot G, Silveira F, Póvoa M, Rangel E. Binational burden of american cutaneous leishmaniasis in Oiapoque, Amapá State, Brazil, bordering French Guiana. Rev Soc Bras Med Trop. 2019; 52:e20180256. (doi: 10.1590/0037-8682-0256-2018).
21. Manotas-Berdugo H, Toro-Maldonado J, Rodríguez-Rodríguez J, Salgado-García D. Urban outbreak of leishmaniasis in Colombia. Rev Salud Publica (Bogota). 2018; 20(1):89-93. (doi: 10.15446/rsap.V20n1.47135).
22. Cohnstaedt L, Alfonso-Parra C. Highlights of Mosquito and Vector Biology and Control in Latin America. J Am Mosq Control Assoc. 2019; 35(1):40-46. (doi: 10.2987/18-6769.1).
23. Detoni M, Lima D, Silva T, Machado L, Tomiotto-Pellissier F, Costa I, Pavanelli W, Oliveira FA, Custódio L, Conchon-Costa I, Melanda F. Temporal and spatial distribution of American tegumentary leishmaniasis in north Paraná: 2010-2015. Rev Soc Bras Med Trop. 2019; 52:e20180119. (doi: 10.1590/0037-8682-0119-2018).
24. Sunyoto T, Boelaert M, Meheus F. Understanding the economic impact of leishmaniasis on households in endemic countries: a systematic review. Expert Rev Anti Infect Ther. 2019; 17(1):57-69. (doi: 10.1080/14787210.2019.1555471).

25. dos Reis D, Gazzinelli A, Silva C, Gazzinelli M. Educação em saúde e representações sociais: uma experiencia no controle da leishmaniose tegumentar em área endêmica de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006; 22:2301-2310.
26. Bernardes Filho F, Queiroz RM, Nery B. American Tegumentary Leishmaniasis. *J Emerg Med*. 2018; 54(5):692-693. (doi: 10.1016/j.jemermed.2018.02.003).
27. Isaza D, Restrepo B, Arboleda M. La leishmaniasis: conocimientos y prácticas en poblaciones de la costa del Pacífico de Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2000 6(3):177-184.
28. Loiseau R, Nabet C, Simon S, Ginouves M, Brousse P, Blanchet D, Demar M, Couppie P, Blaizot R. American cutaneous leishmaniasis in French Guiana: an epidemiological update and study of environmental risk factors. *Int J Dermatol*. 2019; 58(11):1323-1328. (doi: 10.1111/ijd.14625).
29. Fajardo P, Monje C, Lozano G, Realpe O, Hernández L. Nociones populares sobre "Dengue" y "Rompehuesos", dos modelos de la enfermedad en Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2001; 10(3):161-168.
30. Tabbabi A. Review of Leishmaniasis in the Middle East and North Africa. *Afri Health Sci*. 2019; 19(1):1329-1337. (doi: 10.4314/ahs.v19i1.4).
31. Garapati P, Pal B, Siddiqui NA, Bimal S, Das P, Murti K, Pandey K. Knowledge, stigma, health seeking behaviour and its determinants among patients with post kalaazar dermal leishmaniasis, Bihar, India. *PLoS One*. 2018; 13(9):e0203407. (doi: 10.1371/journal.pone.0203407).