



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua  
UNAN- Managua  
Facultad Multidisciplinaria de Carazo  
FAREM-Carazo**

**Informe final de tesis para optar al título de  
Doctor en medicina y Cirugía.**

**Conocimiento, actitudes y prácticas del personal de  
salud Clínico sobre el manejo de leishmaniasis  
Cutánea Clásica en el municipio de el Cuá, Jinotega en  
el segundo semestre del 2020.**

Autores:

Br Marlon Enrique Fajardo  
Manzanares.  
Br Isamara Guadalupe  
Alemán Cruz.

Tutor Metodológico:

Dr. Roberto Vásquez Castillo  
MG: Especialista en Ortopedia y  
Traumatología Master en Salud Publica

Tutor Científico:

Dr. Ramón Arturo Bermúdez  
Jiménez  
Especialista en Medicina Interna

Jinotepe 2 Febrero del 2021

## **Resumen.**

El presente trabajo de investigación consiste en Describir el Conocimiento del personal de salud Clínico sobre el manejo de leishmaniasis en el municipio de el Cuá, Jinotega en el segundo semestre 2020.

La investigación se realizó mediante un estudio descriptivo de cohorte transversal. Con un total de 90 personas como universo, constituyendo todo el personal clínico que labora en el municipio del Cuá, se utilizó una encuesta como instrumento para la recolección de datos donde se abordaron las siguientes variables; factores sociodemográficos de la población en estudio, conocimiento del personal de salud sobre leishmaniasis, actitudes del personal en la leishmania y las prácticas que ejercen para la prevención de dicha enfermedad.

Lo anterior favoreció para la formación de conclusiones, las cuales podrán ayudar al personal de salud del municipio del Cuá a implementar estrategias para mejorar el nivel de conocimiento que tienen sobre leishmaniasis. Mediante las encuestas aplicadas se encontró una variable que resalto con mayor significancia fue que el personal médico pertenecientes a la unidad obtuvieron los niveles mayores en la escala aplicada clasificándose como bueno- regular. Además, se encontró relación directa entre el grado de escolaridad y el nivel de conocimiento siendo directamente proporcionales.

**Palabras Claves:** Lutzomya, célula histiocitarias, amastigote, granuloma, ulcera de chiclero, nariz de tapir, Novy-MacNeal-Nicolle, Intradermorreacción de Montenegro, antimonioato de N- Metil- Glucamina.

Correo Electrónico del autor: [mayialeman@gmail.com](mailto:mayialeman@gmail.com)  
[fajardomanzanaresmarlonenrique@yahoo.com](mailto:fajardomanzanaresmarlonenrique@yahoo.com)

## **Dedicatoria**

A Dios, por el don de la vida y darnos la oportunidad de concluir nuestros estudios a pesar de todas las adversidades que se nos pudieron presentar en estos 8 años de carrera.

A nuestros padres porque fueron los que estuvieron siempre al lado de nosotros apoyándonos e incentivándonos a continuar cuando creímos no poder más.

A nuestros maestros que con sus conocimientos compartidos y consejos que en una u otra ocasión compartieron han influido positivamente en nuestro andar, preparándonos para retos que la vida nos presenta.

## **Agradecimiento.**

A Dios, por permitir que lleguemos hasta este paso final para culminar nuestra carrera, por la fortaleza y la sabiduría que nos ha regalado en estos años de estudio.

A nuestros padres que han servido de ejemplo de lucha para salir adelante, por el amor y apoyo incondicional que siempre nos han brindado.

A nuestros tutores, Dr. Vásquez y Dr. Bermúdez por el tiempo y dedicación que nos han brindado para la culminación de la tesis.

## Contenido

|              |  |           |
|--------------|--|-----------|
| <b>I.</b>    | <b>Introducción</b> .....                        | <b>5</b>  |
| <b>II.</b>   | <b>Antecedentes</b> .....                        | <b>6</b>  |
| <b>III.</b>  | <b>Justificación</b> .....                       | <b>8</b>  |
| <b>IV.</b>   | <b>Planteamiento del problema</b> .....          | <b>9</b>  |
| <b>V.</b>    | <b>Objetivos</b> .....                           | <b>10</b> |
| <b>VI.</b>   | <b>Marco Teórico</b> .....                       | <b>11</b> |
| <b>VII.</b>  | <b>Diseño Metodológico</b> .....                 | <b>33</b> |
| <b>VIII.</b> | <b>Resultados, Análisis y su discusión</b> ..... | <b>37</b> |
| <b>IX.</b>   | <b>Conclusiones</b> .....                        | <b>59</b> |
| <b>XI.</b>   | <b>Bibliografía</b> .....                        | <b>61</b> |
| <b>XII.</b>  | <b>Anexos</b> .....                              | <b>63</b> |

## I. Introducción

La leishmaniasis es causada por un parásito protozoario del género *Leishmania* transmitido por la picadura de insectos flebótomos infectados, según la Organización Mundial de la Salud OMS se estima que cada año se reportan 1.3 millones de nuevos casos y se estiman alrededor de 200,000 – 300,000 defunciones, la enfermedad se presenta en tres formas clínicas: Visceral, Muco-Cutánea, y Cutánea Clásica con sus variantes, dentro de sus características epidemiológicas depende en gran parte de la especie de parásito, y de las características geográficas del lugar en donde se encuentre. (Botero David, 2012)

Las especies de parásitos que principalmente afectan Nicaragua son del género *Leishmania* *panamensis* y *braziliensis*. Pero se conocen dentro de este grupo de especies al menos 12 subcategorías con diferente distribución a nivel mundial.

Cada año el Ministerio de Salud de Nicaragua reporta en conjunto las regiones afectadas al menos 1500-2000 casos sospechosos que requieren obligatoriamente confirmación mediante el frotis directo de la lesión para poder iniciar el tratamiento adecuado dentro del tiempo estipulado. Los departamentos que reportan más afectación por dicha patología en nuestro país son RAAN, RAAS, Río San Juan, Nueva Segovia, Jinotega, Chontales. En el departamento de Jinotega los municipios con mayor número de pacientes son Wiwilí, San José de Bocay, El Cuá y Santa María de Pantasma. Por lo tanto, hemos decidido realizar el presente estudio y de esta forma evaluar las debilidades y fortalezas que presenta el personal de salud del Cuá en cuanto al conocimiento de la enfermedad, la actitud que toman ante un paciente y las prácticas que realizan, con el objetivo de prevenir el número de casos reportados anualmente.

## II. Antecedentes

En Nicaragua los primeros estudios de leishmaniasis se realizaron en el periodo de 1917-1923 cuando el Doctor Francisco Baltodano quien desempeñaba como médico en los minerales de " La Grecia" en San Juan de Limay-Estelí, diagnóstico y trato la forma cutánea clásica, pero no fue hasta 1943 cuando el Doctor Rosenfuld que fue enviado por los estados unidos a realizar estudios para el instituto de enfermedades tropicales mediante estudios microscópicos logro por primera vez el diagnostico parasitológico de la leishmaniasis cutánea en paciente que se dedicaban a recolectar caucho en la costa atlántica

En el 2006 se realizó un estudio en Honduras con el tema conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sobre leishmaniasis cutánea clásica en el departamento de Santa Bárbara Honduras, se realizó el procesamiento de la información por números absolutos y porcentajes, obteniendo como resultado fundamentalmente que el personal de salud poseía un conocimiento aceptable acerca de la enfermedad y del vector que la trasmite, pero existía dificultad en el vector que las trasmite, pero existe dificultades en el conocimiento de los diferentes tipos de leishmaniasis. Por otro lado, se encontró que no existía un conocimiento claro de forma general para identificar los municipios endémicos dentro de la región de estudio. Por otro lado, las prácticas que realizaban el personal de salud resultaron ser insuficientes.

En el 2010 se realizó un estudio que llevo por nombre Conocimientos, actitudes y prácticas de la leishmaniasis en las comunidades de la región montañosa del Meredón, San Pedro de Sula Honduras en donde se aplicaron 333 encuestas en la zona, La baja escolaridad y el hacinamiento son características que compartían los habitantes de la zona en donde la mayoría de las viviendas se encontraban a la cercana de los bosques más del 90% de los habitantes encuestados refirió conocer de la enfermedad y como fuente primaria de la información confirmaron que fue en

su unidad de salud en donde les habían explicado todo lo referente, conocían también el vector que la ocasionaba.

En el 2018 se realizó un estudio con el nombre Conocimientos y prácticas de leishmaniasis en la población expuesta de los cantones centinelas del Cóndor y Nangaritza, Ecuador en donde se encuestaron 110 personas en donde el 87% de los habitantes provenían de un sector urbano y un 13% de un sector rural. Con distribución del sexo en un 55% femenino y un 45% masculino. El 60% de la población encuestada desconocía la enfermedad y su vector causal, más del 90% de la población eliminaba los depósitos de agua y practicaban la eliminación de los mosquitos como medida de prevención y un 85% de los encuestados acudiría a un centro de salud en caso de presentar algún síntoma característico.

En el 2006 se realizó un estudio titulado Conocimientos, actitudes y prácticas sobre leishmaniasis cutánea en la población del municipio de Waslala en el cual se encontraron los siguientes resultados: las edades que predominaron en el estudio fueron personas menores de 29 años con un 58% con un ligero predominio del sexo femenino en un 53%, la ocupación de los encuestados fueron amas de casa con 37%, agricultores en un 24% y estudiantes con un 24%, fueron pertenecientes al área rural en un 89% de los casos con un nivel de escolaridad primaria predominantemente en un 50%. La mayor parte de la población conocía los conceptos de leishmaniasis cutánea, roncha mala o lepra de montaña, la conocían como una enfermedad de la piel y un 93% refirió que era a través de la picadura de un mosquito que se trasmite la enfermedad en un 41% no reconocían al vector al momento de mostrárselos un 93% reconoció los hogares con mayor riesgo de contagio, el 91% identificó a los animales como reservorios del parásito y el 83% conocían la medicación utilizada para el manejo de la enfermedad.

### **III. Justificación**

La leishmaniasis en el departamento de Jinotega actualmente presenta un alza en la magnitud y la trascendencia, si bien es cierto los esfuerzos en la promoción y prevención de la propagación de la enfermedad han aumentado aún sigue siendo un problema de salud pública dentro de sus habitantes por lo cual debe de manejarse de manera integral en los diferentes niveles de atención.

Es de vital importancia el conocimiento del personal que está en cara a la atención de la patología en las unidades primarias que es donde se tiene el primer contacto con el paciente, radicando en el abordaje adecuado de la patología presentada y a su vez en llegar a la curación de la misma.

Este estudio permitirá saber cuáles son los conocimientos que tienen el personal de salud sobre determinados elementos que se ven involucrados en la trasmisión de la leishmaniasis e incidir de manera positiva en las disminuciones del número de casos y por ende contribuir a la calidad de vida de las familias rurales que se exponen al vector en el día a día de trabajo en las actividades cotidianas.

Los resultados de este estudio serán de utilidad en primera instancia para el Ministerio de Salud ya que podrá darse cuenta del conocimiento que posee el personal de salud y en dependencia de eso fomentara la preparación de mejores capacitaciones y asegurarse que el personal tenga firmes conocimientos sobre el tema y de esta manera hacer un uso adecuado de los insumos médicos prestados desde en el laboratorio clínico hasta en la medicación misma ofertada. Además, estar seguros del diagnóstico adecuado y no desviarnos en los diferenciales mejorando el tiempo de evolución de la enfermedad y disminuyendo el tiempo de curación de la misma

#### **IV. Planteamiento del problema.**

El Norte de Nicaragua posee un clima y zonas geográficas boscosas y húmedas, que condicionan la proliferación del vector de la leishmaniasis, afectando principalmente zonas rurales, que junto con condiciones de vida desfavorables y la falta de hábitos higiénicos sanitarios se suman a factores que contribuyen a la continuidad de la cadena de transmisión.

En el departamento existe una alta incidencia de casos positivos de leishmaniasis, la búsqueda de ayuda en las unidades de salud por los pacientes es de manera tardía, siendo factores que se ponen en contra como las distancias geográficas entre la comunidad y el puesto de salud más cercano se junta a esto la falta de conocimiento de la población sobre la enfermedad más prácticas inseguras en el manejo de las lesiones por parte de los pacientes tratando de manejar de forma casera la enfermedad.

Hay un porcentaje de población que, si acude a la unidad de salud en busca de medicación, pero los resultados no son muy alentadores, con riesgos de prolongación de los esquemas terapéuticos y por consiguiente la aparición de las reacciones adversas que esto conlleva por lo tanto me obliga a plantear la siguiente interrogante:

**¿Cuáles son los Conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud Clínico sobre el manejo de leishmaniasis Cutánea Clásica en el municipio de el Cuá, Jinotega?**

## **V. Objetivos**

### **Objetivo General**

Describir el Conocimiento del personal de salud Clínico sobre el manejo de leishmaniasis en el municipio de el Cuá, Jinotega en el segundo semestre 2020

### **Objetivos específicos:**

1. Caracterizar Socio demográficamente a la población en estudio.
2. Determinar el conocimiento del personal de salud sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
3. Establecer las actitudes que posee el personal de salud ante la presencia de las lesiones en los pacientes.
4. Constatar las prácticas que tiene el personal de salud clínico sobre el manejo de la leishmaniasis cutánea clásica.

## **VI. Marco Teórico**

### **Definición**

Desde el siglo XVII hasta principios del siglo XX murieron más personas debido a infecciones secundarias a picaduras de mosquitos que de otras causas, en la actualidad 1 de cada 6 personas padece de una enfermedad transmitida por la amplia familia de estos vectores. (Ortiz, 2002)

La leishmaniasis es una enfermedad transmitida por vectores llamados Flebótomos conocidos en el continente americano con el nombre de lutzomya, puede actuar como huéspedes reservorios unas cien especies de animales mamíferos, entre los cuales lo más importantes son el perro, el gato, roedores domésticos y la zarigüeya. (Botero David, 2012)

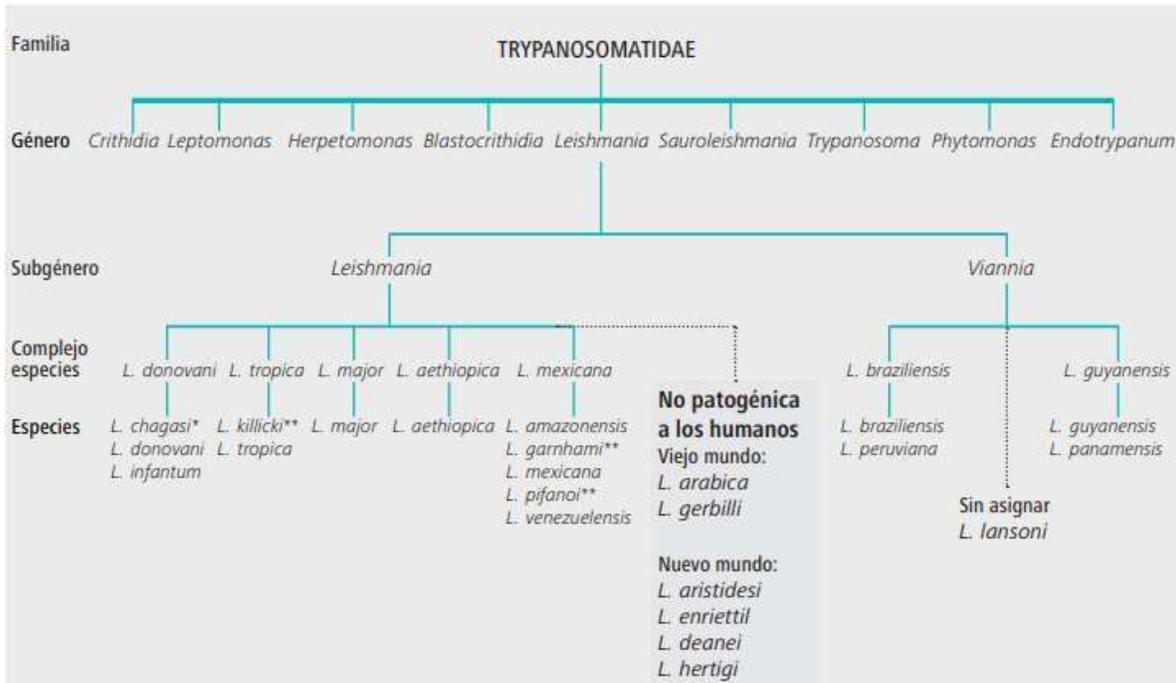
El término leishmaniasis designa colectivamente a varios síndromes clínicos producidos por infecciones de protozoos intracelulares obligados del género leishmania (Orden Kinetoplastida). La leishmaniasis es endémica en diversos ecosistemas de zonas tropicales y subtropicales, de la zona sur de Europa desde desiertos hasta selva, y desde zonas rurales hasta áreas peri urbanas. (Salud O. P., 2019)

### **Agente etiológico.**

El parásito es un protozoo perteneciente a la familia Trypanosomatidae. El género Leishmania comprende alrededor de 22 especies patógenas al hombre, las cuales se agrupan en los subgéneros Leishmania y Viannia. En el Nuevo Mundo han sido identificadas 15 especies de Leishmania con diferente tropismo: visceral, cutáneo y mucoso. El parásito es digenético, es decir, durante su ciclo de vida se encuentra en dos formas o estadios: una forma promastigote que mide entre 20 y 30  $\mu\text{m}$ , es extracelular y alargada, y posee un flagelo que le permite la movilidad en el intestino de los insectos vectores; y otra forma la amastigote, la cual mide entre 2 y 5  $\mu\text{m}$ , es redondeada e intracelular, carece de flagelo, y se multiplica en células del sistema mononuclear fagocítico, principalmente macrófagos. Ambas formas del parásito se

dividen por fisión binaria y además poseen una única mitocondria modificada conocida como kinetoplasto. (Victor, 2017)

En las Américas, la forma de promastigote es transmitida a los mamíferos susceptibles, entre ellos los humanos, a través de la picadura de insectos vectores del género *Lutzomyia*. (Organización Panamericana de la Salud, 2019)



## Vectores.

Los flebotomíneos son pequeños dípteros hematófagos de la familia Psychodidae de gran importancia en salud pública por su papel como vectores de parásitos del género *Leishmania* y de bacterias del género *Bartonella*. Se caracterizan por la venación del ala y la presencia de densos pelos en las alas y el tórax. Los miembros de la subfamilia Phlebotominae predominan en las regiones tropicales y subtropicales. (Botero David, 2012)

La biología de cada una de las diferentes especies de flebotomíneos es única y compleja. Las diferencias entre una especie y otra son notables, sobre todo respecto a los factores relacionados con el período y el desarrollo local de los estadios inmaduros. Los aspectos sobre reproducción, alimentación, dispersión y comportamiento, que influyen directamente en la epidemiología de las

leishmaniasis, deben estudiarse por especie, ya que pueden variar considerablemente de un caso a otro. (Victor, 2017)

Los flebotómíneos son insectos con una metamorfosis completa, es decir, pasan por los estadios de: huevo, larva, pupa y adulto, cuya duración respectiva varía según las especies. Los adultos miden menos de 5 mm de longitud, tienen patas largas, alas ampliamente lanceoladas — sin venas cruzadas más allá de la base — y tórax giboso. Su cuerpo está revestido de pelos largos y finos que le confieren un aspecto hirsuto (Botero David, 2012).

### **Epidemiología.**

A nivel mundial, la leishmaniasis se encuentra entre las diez enfermedades tropicales desatendidas con más de 12 millones de personas infectadas, con 0,9 a 1,6 millones de nuevos casos al año, entre 20.000 y 30.000 defunciones y 350 millones de personas a riesgo de infectarse. En Nicaragua en el 2011 se reportó 3.235 casos notificados de leishmaniasis cutánea y mucosa. (Organización Panamericana de la Salud. OPS, 2014)

Los países que concentran el mayor número de casos de leishmaniasis visceral son India, Sudán del Sur, Sudan, Brasil, Etiopía y Somalia. En las Américas, actualmente se registra un promedio de 55.000 casos de leishmaniasis cutánea y mucosa, y 3.500 casos de leishmaniasis visceral al año, con letalidad media de 7%. La leishmaniasis cutánea se registra en 20 países, siendo endémica en 18 de ellos (Colombia, Costa Rica, Brasil, Argentina, Ecuador, Venezuela, Bolivia, Perú, Paraguay, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Guyana, Surinam, Guatemala, Guyana Francesa y México). (Salud O. P., 2014)

En la Región, 27% de casos de leishmaniasis cutánea se presentan en zonas fronterizas y además de estar asociada a factores climáticos y ambientales se asocia a la pobreza.

Actualmente se ha descrito 22 especies de las cuales 15 han sido identificadas patógenas para el hombre. La transmisión ocurre principalmente durante la noche mediante la picadura de la hembra de flebotomíneo infectada (de la familia *Psychodidae*) conocidos como "**chiclera, asa branca, palomilla, mosquito palha y torito**", entre otros. (PANAFTOSA-OPS/OMS, 2014).

### **Ciclo de vida**

Todos los protozoos del género *Leishmania* poseen un ciclo de vida similar, que incluyen insectos de la familia *Psychodidae*. Los vectores principales pertenecen a los géneros *Phlebotomus* y *Lutzomyia*.

En los huéspedes vertebrados los amastigotes se producen intracelularmente por división binaria y al romper las células invaden rápidamente otras. Al picar la hembra vector en la piel del vertebrado, se forma una lesión con sangre y macrófago de la dermis donde están los parásitos, este material es succionado y llega al tubo digestivo del mosquito; ahí los parásitos se alargan, desarrollan rápidamente el flagelo que constituyen las formas móviles o promastigotes. (Damian, 2001)

Existe predilección de ciertas especies de *Leishmania* para reproducirse en diferentes partes del tubo digestivo del vector, lo cual ha dado lugar a una clasificación en tres grupos: *Hypopyloria* en la parte posterior del tubo digestivo, *suprpyloria* en la anterior y *peripyloria* en ambas partes. La reproducción también se hace por reproducción binaria. Los promastigotes infectantes migran a la parte anterior del insecto hasta que son inoculados al comienzo de la picadura a un nuevo huésped. El tiempo que toma el vector para ser infectante es de 10 días. En la naturaleza la infección de los vectores es baja por lo tanto se requiere que pique repetidas veces, para una transmisión adecuada. Al penetrar los promastigotes por la piel invaden células histiocitarias y en su interior se transforman en amastigotes. La especie del complejo *L. donovani* se diseminan a las vísceras con menos frecuencia a la piel, lo cual no ocurre con las otras especies, que solo se localiza en la piel y mucosas. (Damian, 2001)

### **Leishmaniasis tegumentaria americana.**

Esta enfermedad agrupa las formas muco-cutánea y cutánea del nuevo mundo. Se han encontrado representaciones de piel y deformidades faciales en cerámicas antiguas pre-incas en Perú y Ecuador, que parece corresponder a leishmaniasis. La muco-cutánea es causada por las especies de los complejos *L. braziliensis* y *L. Guyanensis*. La forma cutánea pura es producida por la especie del complejo *L. mexicana*. Existe una variedad de la forma cutánea, llamada difusa, que se atribuye a *L. amazonensis*. (Botero David, 2012)

### **Patología.**

En la lesión correspondiente a la entrada del parásito se inicia una reacción inflamatoria en el tejido conectivo y se forma una pápula. Al desarrollarse la inmunidad se produce necrosis de la dermis y ulceración. La célula histiocitaria invadidas pueden contener varios amastigotes estos rompen la célula y quedan extracelulares antes de invadir nuevos histiocitos. Los parásitos se diferencian de otros microorganismos intracelulares por la presencia de núcleo y cinetoplasto. El infiltrado presente está compuesto por plasmocitos, linfocitos y células gigantes. En las lesiones antiguas ciertos pacientes forman un granuloma con infiltrado tuberculoide: hay fibrosis y existen pocos parásitos o no se encuentran, por lo cual solo se informa como granuloma inespecífico. (Botero David, 2012)

La mayoría de las lesiones se encuentran en la piel y ocupan el corion, incluyendo las papilas. Existe atrofia cutánea y la desaparición de la epidermis. También se observa acantosis y algunas veces aparecen vegetaciones. Los parásitos invaden fácilmente los conductos linfáticos donde producen linfangitis y linfadenitis. En las lesiones muco-cutánea además de las lesiones ulcerativa, se presentan cordones epiteliales que entran profundamente en la dermis. La mucosa muestra reacción infiltrativa y ulcerativa similar a la descrita. En las formas enérgicas o difusas no hay necrosis ni granuloma y los parásitos se multiplican en gran cantidad dentro de los histiocitos o macrófagos. (Damian, 2001)

## **Manifestaciones clínicas.**

Las picaduras del vector son muy dolorosas y se describe popularmente como “pringadura de manteca hirviendo”. En Algunas ocasiones se encuentra la asociación entre la picadura y la aparición de la lesión. Después de un periodo de incubación que varía entre las dos semanas y los dos meses o más, aparece una lesión que puede ser única o múltiple. Las localizaciones más frecuentes están en extremidades y cara. Respeta generalmente palmas, plantas y cuero cabelludo. La lesión inicial consiste en una mácula eritematosa que luego se convierte en una pápula o pústula, cuya base firme, indurada e hiperémica, algunas veces pruriginosa, que crece lentamente. Después de varios días se ulcera y se recubre con un líquido amarillento y adherente que posteriormente da lugar a la costra. Debajo de la costra, la ulceración se extiende en superficie y profundidad, además aparecen lesiones satélites que pueden unirse a la inicial y dan lugar a una gran ulceración. La úlcera característica es generalmente redondeada, indolora, con borde bien definido y cortados en forma de sacabocado; este borde es hiperémico, levantado e indurado. Cuando se desprende la costra se observa un borde granuloso, limpio, que exuda líquido no purulento, después de varios meses la lesión llega a medir varios centímetros y con frecuencias los parásitos invaden los cordones linfáticos y producen linfangitis y linfadenitis regional, lo cual se palpa como un rosario o cadenas de ganglios. Por la diseminación linfática, hemática o auto inoculación por rascado, algunas veces aparecen lesiones a distancia. (Harrison, 2006)

Algunas lesiones cutáneas curan espontáneamente en varios meses dejando cicatrices visibles, pero la mayoría de las úlceras tienen un curso crónico de meses o años. frecuencias las úlceras se infectan secundariamente con bacterias, lo cual hace la lesión purulenta y algunas veces dolorosas. (Harrison, 2006)

En ciertos individuos, especialmente los de raza negra, las lesiones se vuelven vegetantes o verrugosas. En formas muy crónicas, de varios años de evolución, existe lesión fibrosa y algunas veces hay deformaciones o mutilaciones. Esta última manifestación puede suceder en el pabellón auricular lo cual se denomina “ulcera de

chiclero.” (Botero David, 2012)

En otros casos la enfermedad evoluciona hacia una forma impetiginosa o infiltrativa, no ulcerada, como ocurre con la leishmaniasis tegumentaria difusa o leproide, en la que se encuentra alteración del sistema inmunitario, con intradermorreacción negativa y abundantes parásitos en las lesiones.

Las complicaciones de mayor consideración es el compromiso de mucosas, la cual puede estar restringida a éstas o extenderse a la piel contigua. Aparece generalmente después varios meses de iniciada la lesión cutánea y aun después de su cicatrización; en estos casos es excepcional que evolucione hacia la curación espontánea. Algunos autores consideran que la invasión de las mucosas se efectúa en épocas tempranas y queda en forma latente por largo tiempo, hasta 30 años, antes de desarrollar el cuadro clínico una de las principales formas mucosas compromete el tabique, la cual se inicia con reacción inflamatoria, enrojecimiento, prurito y edema; algunas veces sangran fácilmente o se expulsan costras. Posteriormente aparece una ulceración que crece en superficie y profundidad hasta llegar a destruir el tabique, produciendo perforación, la cual puede aparecer después de varios años. Esta sintomatología es a veces el único motivo de consulta. Las lesiones se pueden extender a la faringe, paladar, pilares, amígdalas y laringe. Cuando existe un daño grande en el tabique y estructuras vecinas, hay deformación externa de la nariz, dando el aspecto descrito como “nariz de tapir”. (Damian, 2001)

La infiltración en el velo del paladar origina surcos en formas de cruz, a la se le denomina signo de la cruz de Escomel. Existen localizaciones en otros sitios de la mucosa oral como encías y mucosa yugal. En otros pacientes el compromiso es muco-cutánea; en estos casos aparecen las lesiones externas en mucosas de nariz o labios. Algunas veces son vegetantes deformantes y se infectan secundariamente con bacterias, originan lesiones destructivas, purulentas y malolientes. Puede haber invasión de párpados. Los huesos son casi siempre respetados, pero en raros casos existe periostitis o lesión lítica generalmente asociadas a procesos infecciosos secundarios. (Victor, 2017)

## Diagnóstico

Clínicamente la leishmaniasis se puede presentar en varias formas y es necesario establecer diagnóstico diferencial con otras enfermedades, aunque existen úlceras características que desde la primera inspección se sospecha con certeza el diagnóstico, especialmente cuando el paciente procede de un foco activo. Cuando se consulta inicialmente y todavía no se ha formado la úlcera, se puede confundir con una pápula por picadura de insectos, nódulos de una enfermedad de Hansen, sarcoidosis, granulomas por cuerpos extraños, psoriasis. Rara vez se observan los ganglios de una cadena linfadenítica que todavía no se ha abierto a la piel. (Harrison, 2006)

Si el paciente consulta por una úlcera, es necesario diferenciarla de otros tipos de úlceras como las piógenas, especialmente la de evolución crónica, úlceras traumáticas, pioderma gangrenoso, úlcera vascular, esporotricosis tanto en su forma fija como en la linfagítica, lepra, tuberculosis cutánea principalmente por *Mycobacterias* atípica, cromomicosis, histoplasmosis, lobomicosis, tumores de piel como carcinoma espinoso celular, etc.

Si existe compromiso de mucosas o lesiones muco-cutánea, es importante el diagnóstico diferencial con paracoccidioomicosis, histoplasmosis, rinoscleroma, úlceras traumáticas, granuloma letal de la línea media, granulomatosis de Wegener, úlcera de la anemia falciforme, tuberculosis, lepra, sífilis, esporotricosis, perforación del tabique nasal por algunas de las entidades anteriores o secundarias al uso de vaso constrictores, trauma, aspiración de cocaína, etc.

Para confirmar la leishmaniasis es indispensable identificar el parásito por cualquiera de los métodos que existen para visualizarlo o aislarlo.

1. Examen directo: En las lesiones iniciales sin contaminación bacteriana es posible obtener una buena muestra de aspecto granular, con células del tejido, con muy poca sangre y en donde las coloraciones muestran con facilidad los amastigotes intra o extracelulares.
2. El frotis directo es una muestra de una especificidad del 100 % pero con una sensibilidad variable, que depende del tipo de la muestra, la buena coloración y la

experiencia que tiene el observador. En algunos centros de diagnóstico la sensibilidad del método es cercana al 90 %. En lesiones muy crónica o contaminada es muy difícil el hallazgo del parásito.

3. Biopsia: El estudio histopatológico de la muestra tomada por biopsia permite hacer el diagnóstico en muchos casos, al observar la presencia de amastigotes intracelulares. En las formas crónicas no siempre se logra demostrar los parásitos, pero el cuadro histopatológico hace sospechar la enfermedad. En las mucosas es más difícil observar los amastigotes. Cuando se forman granulomas se observan células epiteloides y células gigantes de Langhans. También se puede tomar fragmentos de tejido para hacer impresiones o macerar para cultivos o inoculaciones a animales. El estudio histopatológico nunca reemplaza la búsqueda del parásito en los frotis, pero está indicado cuando fue imposible observar amastigotes al examen directo. Tiene el gran valor de ayudar al diagnóstico cuando la lesión no corresponde a una leishmaniasis.
4. Cultivo: Del material obtenido en condiciones asépticas por algunos de los procedimientos indicados anteriormente, se hacen siembra en medios de cultivos. El medio más empleado es Novy-MacNeal-Nicolle, conocido comúnmente como medio NNN. La incubación se hace a temperatura ambiente entre 20 o 30 grado centígrado. Después de 8 días se revisan los cultivos para buscar los promastigotes en la fase líquida, que con frecuencia están aglomerados y entrelazados por los flagelos, formando algunas rosetas que son característica.
5. Prueba de la PCR. Utilizando los métodos de la biología molecular es posible aplicar la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para amplificar segmentos específicos de ADN de los parásitos e identificar su presencia en una muestra. Esta técnica tiene gran valor en tejidos en donde no ha sido posible detectar parásitos por otros métodos parasitológicos, especialmente en lesiones de mucosas y para comprobar la infección en los vectores.
6. Intradermorreacción de Montenegro. Es un método indirecto para el diagnóstico de la leishmaniasis y corresponde a una reacción de hipersensibilidad tardía, conocida con el nombre de prueba de Montenegro o leishmania. Consiste en la aplicación de un antígeno compuesto por

suspensión de promastigotes procedentes de cultivos. Este parásito fenolizados se aplica intradérmicamente al paciente y entre 48 y 72 horas se hace la lectura. Es positiva si se palpa un nódulo inflamatorio de 5 mm o más, semejante al observado con la tuberculina. La respuesta aparece positiva después de 1 a 3 meses de haber adquirido la infección y permanece así indefinidamente, aún después de haber curado las lesiones. En una buena proporción desaparece la positividad después de un tiempo de la curación completa.

7. Métodos serológicos. Se han diferentes técnicas para el estudio serológico de la leishmaniasis. La prueba de inmunofluorescencia indirecta es la más empleada, pero también se hacen otras como la prueba de ELISA, la hemoaglutinación indirecta, la aglutinación directa (DAT), diferentes pruebas de precipitación, incluyendo variante de la electroforesis, radioinmunoensayo, etc. (Botero David, 2012)

### **Reservorio.**

Un animal reservorio es aquel que tiene el parásito en la piel, sangre o víscera y que sea accesible para que el mosquito lo succione. El reservorio es la fuente de infección para los vectores del foco endémico y llega al ser humano. Algunos animales sufren lesiones en las orejas, cola, hocico o en otros sitios, algunas veces solo aparece una mancha; también existen reservorios que no presentan la enfermedad. *L. braziliensis* se encuentra en América del sur y Centro América en roedores, caninos, felinos y equinos, es una especie que está ampliamente distribuida en el Brasil en donde se han encontrado numerosos reservorios animales principalmente roedores, entre lo cual se menciona *Akodon arviculoides* *Rattus rattus frugivorus*. En Colombia además de los reservorios silvestres se ha encontrado en animales doméstico como perros y burros. (Mercado, 2014)

Los perezosos se consideran reservorios para *L. panamensis* siendo el más importante el perezoso de dos uñas. En Panamá, Costa Rica, Colombia y Brasil. Algunos roedores se han incriminado como fuente de infección para *L. panamensis* en Colombia entre ellos se menciona Chucha o Zarigüeya, rata chucha, rata

doméstica, rata silvestre y puerco espín. La especie *L. guyanensis* es propia más de Brasil como de la Guayana

Francesa, aunque también se han informado en Colombia; entre su reservorio está el perezoso de 4 uñas, el hormiguero arbóreo y varias especies de rata espinosa del género *Proechimys* que existe en Venezuela y otros países. La especie *L. colombiensis* se ha registrado en Colombia, Panamá y Venezuela y *L. equatoriensis* solamente en humanos en Nicaragua. *L. lainsoni* y *L. shawi* solo se ha informado en Brasil y *L. naiffi* también en Brasil y Guayana Francesa.

En Brasil y Colombia se encontró que *Didelphys* y varios roedores silvestres, incluyendo *Proechimys*, son reservorio para *L. amazonensis*. En México, Belice y otros países de Centro América, varios roedores como *Ototylomys* sp, *Heteromys*, *Nyctomys* y *Sigmodon* son reservorios de *L. mexicana*. (Botero & Restrepo, 2012)

### **Prevención y Control.**

Las medidas de protección individual para reducir el contacto con los vectores, como el uso de ropa que cubra las partes expuestas a la picadura o la aplicación de repelente en la piel o vestidos, no son bien aceptadas por las personas y estos se debe al clima de la región, a la incomodidad para el trabajo o simplemente falta de costumbre. Está bien establecido que el uso de repelentes sobre la piel o la ropa reduce las picaduras de los vectores. (Salud O. P., 2014)

Para la prevención de las picaduras intradomiciliarias se recomiendan algunas medidas de prevención en las viviendas, como colocar mallas finas en las puertas y ventanas, el uso de mosquitero impregnado en algún insecticida, principalmente deltametrina y a la aplicación de insecticida por fumigación en las viviendas. Estas medidas son útiles cuando hay invasión de vectores a las casas, pero hay que tomar en cuenta que la mayoría de las infecciones se adquieren en el peri-domicilio o en los sitios de trabajo en las zonas boscosas y durante las horas vespertinas y nocturnas. En el exterior de las viviendas tiene mayor valor la protección personal que es muy efectiva. Pocas son las medidas que se pueden aplicar al ambiente, pues no es posible ni práctico realizar acciones en las zonas boscosas o en exteriores de las viviendas. En relación con las medidas generales de control se puede concluir que no

existe una medida única eficaz para impedir la transmisión y por lo tanto se debe recurrir a otros métodos que se complementen para impedir la infección, tanto de tipo individual como ambiental, además de establecer programas de educación comunitaria para el control en las viviendas, disposición de la basura y la atención médica precoz. Las vacunas son objeto de investigación científica en varios países, pero todavía no se dispone de ella para aplicar en las comunidades.

### **Tratamiento.**

En todas las formas de leishmaniasis, el tratamiento de elección, es el antimonio pentavalente aplicado por vía parenteral. Las preparaciones comerciales del producto se consiguen como sales de antimonio. La sal más conocida en los países americanos es el antimoniato de N- Metil- Glucamina o Meglumina (Glucantime). Se presenta en ampolla de 5 ml que contiene 1.5 gramos de sal y cada un ml de esta, contiene 81 mg de antimonio (Sb). Otra de las sales es el Estiboglucanato de sodio (Pentostam), que se presenta en frasco ampolla de 100 ml de la sal que tiene 100 mg de Sb por ml. (Hilal, 2019)

La dosis cuando se trata de lesiones cutánea se calcula según el antimonio, para dar 20 mg de Sb/ kg diariamente por vía intramuscular, por 20 días y hasta 28 días si existe compromiso de mucosas. En algunos casos es necesario continuar con el tratamiento por más tiempo. La dosis también se puede aplicar por vía venosa, pero muy lenta más de 5 minutos para evitar una trombosis. (Laurence L., Randa Hilal, & BjÖrn C, 2019)

La tolerancia es mejor en los niños que en los adultos. Si hay daño de función renal es mal tolerado y con mayor riesgo de toxicidad. Los efectos secundarios más frecuentes son: anorexias, malestar general, mialgia, dolor lumbar muy acentuado que algunas veces impide caminar normalmente, artralgia, cefalea, náuseas, vómitos y dolor en el sitio de la aplicación. Algunas veces brotes cutáneo urticariforme, dolor esternal, escalofrío, fiebre y letargia. En personas mayores de 60 años se debe realizar un electrocardiograma antes de iniciar el tratamiento. Los cambios electrocardiográficos durante el tratamiento dependen de la dosis y duración. Lo más frecuente es la inversión de la honda T, prolongación del intervalo Q-T y algunas veces arritmias. Los efectos tóxicos están relacionados con la hepato y cardiotoxicidad,

raras veces con daño renal

Cuando es necesario hacer retratamiento con el mismo antimonial, los efectos secundarios y tóxicos se presentan con más frecuencia y en algunos casos es necesario interrumpir la medicación y cambiar a otro esquema de tratamiento. Los antimoniales están contraindicados en pacientes con alergia severa al antimonio, en las embarazada, tuberculosis, neumonía, y en niños menores de 18 meses. El manejo debe ser muy controlado cuando existen alteraciones cardíacas, hepáticas o renales antes de iniciar el tratamiento.

Si las lesiones cutáneas no responden al tratamiento con antimoniales o cuando existan recidivas después del tratamiento completo con este medicamento, o si se presentan reacciones adversas a los mismos, se emplea como alternativa el isetonato de pentamidina (Pentacarinat). Este producto se presenta en frasco

ampolla de 300 mg para diluir en 5 ml de agua destilada, para aplicar vía intramuscular con el paciente acostado y así debe permanecer hasta después de 15 minutos de su aplicación. La dosis es de 4 mg/kg/ inter-diaria, colocando en total 4 dosis. Este medicamento esta contra indicado en el embarazo. Como reacciones adversas se presentan mialgia, hipotensión, nausea, sabor metálico, calor y dolor en el sitio de la aplicación. Raras veces ocurre hipoglicemia.

En pacientes con lesiones muco-cutánea severas se utiliza anfotericina B (fungizone), que es un antibiótico efectivo para estas formas graves de la leishmaniasis. La anfotericina B se presenta en frasco ampolla de 50 mg, para diluir en solución glucosada al 5 %, la que se administra por vía endovenosa en goteo lento en 4 horas, la dosis es inter-diaria de 1 mg/ kg, si exceder de 50 mg, para dar una dosis total de 2 a 3 gr. Es necesario hospitalizar al paciente para controlar el medicamento y hacer exámenes hematológicos, función renal, exámenes de función hepática, para evaluar las reacciones tóxicas, pues con frecuencia se presentan complicaciones. Cuando se comprueba toxicidad renal o cardíaca es necesario suspender su aplicación, espacialmente cuando hay aumento de la urea y de la creatinina sérica. Se ha utilizado también la anfotericina B en formas de liposomas.

Recientemente se ha empleado mitofosina por vía oral a dosis de 100 a 150 mg diarios durante 3 a 4 semanas, con una cura final del 94 %. Como efectos secundarios se han reportados efectos gastrointestinales como vómito y diarrea, elevación transitoria de las transaminasas, urea y creatinina.

Otros tratamientos se han utilizado, pero en forma experimental y muchos de ellos con resultados pocos satisfactorios como itraconazol, ketoconazol, nifurtimox, pirimetamina, alopurinol y paromomicina tópica. Se ha encontrado que son efectivas para algunas especies de leishmania, pero no previenen las complicaciones mucosas que aparecen tardíamente en las infecciones por *L. braziliensis*, *L. guyanensis*, *L. panamensis*.

También se han empleado métodos físicos que puedan ayudar al tratamiento, pero que no son efectivos para llegar a una curación completa en los casos que den complicaciones en mucosas. Entre estos métodos están: calor local, curetaje, crioterapia y aplicaciones locales de algunos productos químicos. No se recomiendan tratamientos locales en lesiones extensas o que tengan compromiso ganglionar.

Los criterios clínicos de curación en leishmaniasis cutánea son: aplanamiento del reborde activo de la lesión, desaparición de la induración de la base de la úlcera, cicatrización, desaparición de la cadena de linfadenitis. En el examen parasitológico y en la biopsia se debe comprobar que no hay parásito ni reacciones inflamatorias.

En los casos con compromiso de mucosas nasal, oral, paladar blando, etc., las lesiones deben desaparecer, con excepción de la perforación del tabique nasal que puede permanecer, pero sin actividad o crecimiento; los parásitos desaparecen y en la biopsia no se observa reacción inflamatoria. El título de anticuerpos por la inmunofluorescencia baja lentamente y después de varios meses están por debajo de 1: 16. Si los títulos de anticuerpos persisten o se incrementan, pueden ser indicativos de una recaída.

En casos extremos cuando existen gran deformidad o lesiones extensas, se debe recurrir a cirugía plástica con injertos, aunque es posible que existan recidivas en los

sitios de los injertos o en los muñones.

Según el manual operativo de la leishmaniasis, publicado en octubre del 2003 se realiza de la siguiente manera.

Formas Clínicas Dosis/Kg Peso/ Día

Duración Mínima Del Tratamiento Leishmaniasis Cutánea Clásica 20 mg 20 Días

Leishmaniasis Cutánea Atípica 20 mg 20 Días

Leishmaniasis Muco-cutánea 20 mg 20 – 28 Días

Leishmaniasis Visceral 20 mg 28 Días.

El esquema de dosificación de glucantime que se utiliza a nivel nacional según norma del Ministerio de Salud, se basa de acuerdo al peso en kilogramo de los pacientes. La administración diaria máxima no debe ser mayor de 10.00 CC (Dos ampolletas). Ejemplo: Si tenemos un paciente afectado que pesa 15 kg. De peso corporal y dividido entre 85 mg, resultando una administración intramuscular (IM) diaria de 3.5 CC.

Kilogramos Libras Dosis Diaria en CC

Menor de 10 Menor de 22 2.0 CC

10-12 22-27 2.5 CC

3-14 28-31 3.0 CC

15-16 32-35 3.5 CC

17-18 36-39 4.0 CC

19-20 40-44 4.5 CC

21-20 45-49 5.0 CC

23-24 50-54 5.5 CC

25-26 55-58 6.0 CC

27-28 59-62 6.5 CC

29-30 63-66 7.0 CC

31-32 67-70 7.5 CC

33-34 71-75 8.0 CC

35-36 76-79 8.5 CC

37-38 80-83 9.0 CC

39-40 84-88 9.5 CC

Mayor de 40 Mayor de 89 10.0 CC (Hilal, 2019)

### **Concepto de Actitud y Comportamiento.**

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

La primera definición que se conoce sobre el concepto de actitud fue enunciada en el año 1918 por Thomas y Zhaniecki, considerándola como:

“El estado de animo de un individuo orientado hacia un valor” (Carlos, 1988)

Los valores son creencia referidas a actividades cuyo objetivo principal es conseguir el bien estar de una comunidad. Allport (1935), tras realizar un amplio estudio sobre las actitudes, efectúa una aproximación al concepto de actitud formulando unas cien definiciones, siendo la más representativa la siguiente:

“La actitud es un estado mental y neurológico de atención, organizado a través de la experiencia, capaz de ejercer una influencia directa o dinámica sobre la respuesta del individuo a todo los objetos y situaciones sobre la que está relacionado.”

En la actualidad además de la de Allport, nos encontramos con una gran variedad de definiciones sobre el concepto de la actitud, según la orientación y/o formación del autor que la emita, pero sin que exista acuerdo entre ellos. Por esto ha sido fuertemente criticada y cuestionada su existencia desde diversos paradigmas

teóricos. Kretch y Chutchfield (1952), la definen como: “Una organización estable de procesos motivacionales, perceptivos y cognoscitivos, concernientes a un aspecto del universo del individuo (Rorberto, 2011)

Algunas consecuencias claves de la que podemos deducir de las anteriores definiciones son las siguientes:

- La actitud es un concepto en la que se combina una serie de variables y cuyo resultado es un estado de ánimo de la persona.
- La actitud es el resultado de un proceso organizado.
- La actitud se desarrolla a partir de las experiencias adquiridas por lo que se genera a través del aprendizaje.

### **Aspecto inductivo de la actitud.**

En su aspecto inductivo, el concepto de actitud más utilizado es el que indica que está formada por tres componentes o estructura tricotómica de la actitud. Fue formulada inicialmente por Katz y Stotland (Koch, 1959).

## **ACTITUD**

Por sus manifestaciones Por sus componentes Ballachey (1962) los que definieron su configuración tal como hoy día la conocemos.

Según esta hipótesis, una actitud estaría formada por tres componentes:

- Cognoscitivo: o de representación del conocimiento que el sujeto posee del objeto o tema en cuestión.
- Afecto emocional: o conjunto de afectos, sentimiento y emociones que impregna las ideas, concepto y creencias. Considerado como el componente más reactivo al cambio por lo implantado que está en el sujeto, tiende a ser coherente con el componente cognoscitivo. Los criterios que utiliza para establecer las preferencias dan como resultado la evaluación del conocimiento.
- Conductual: o de tendencia a predisposición a actuar, reaccionar frente a un tema u objeto psicosocial. En teoría puede predecir la conducta del sujeto,

aunque en la práctica se comprueba que aquélla nunca es del todo predecible. Este componente distingue la actitud de otra variable en las medidas. (Carlos, 1988)

## **A C T I T U D**

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

Así, ante cualquier situación percibida directamente o transmitida por algún medio de comunicación, se recodifica lo percibido. Los componentes se relacionan entre si y de esta relación surge la consistencia o inconsistencia sobre lo percibido. De esto deducimos que las actitudes se pueden modificar por las experiencias internas y por las circunstancias exteriores, dependiendo su cambio de compromiso con la acción que se ejecuta.

La utilización de estos conceptos en Marketing Social se debe a la idea concreta de que las creencias están relacionadas con las causas sociales. Es decir, la conducta es una respuesta a la evaluación del conocimiento de la causa, lo que puede permitir la previsión de un comportamiento. Por ejemplo, el mantenimiento de la figura física en la edad adolescente puede ser considerado entre los jóvenes como un valor alto de apreciación. Esto se traduce como una actitud favorable a mantener ese tipo de figura, que tiene más fuerza que los consejos familiares, puestos que les ayudan a conseguir una mayor integridad entre los grupos de su misma edad.

### **Aspecto deductivo de la Actitud.**

Desde el punto de vista deductivo, una actitud es un concepto destinado a definir las relaciones entre un sujeto y un objeto que no se puede medir principalmente, sino que se deduce de la conducta o de las declaraciones verbales del sujeto. Kazt (1960) identifica las siguientes funciones básicas:

- **Función de ajuste:** los productos o servicios sociales que ofrece el mercado a la población adoptante (jubilado comprometido, voluntarios informáticos para

colectivo de personas mayores, educadores infantiles, etc.), producen valoraciones que pueden ser interpretadas positivas y negativamente y que pueden modificar actitudes preconcebidas. Por ejemplo, una persona puede tener dudas acerca de la dedicación de los fondos recaudados para un ONG, destinado a paliar el hambre en Etiopía. Sin embargo, posteriormente, puede modificar su actitud porque ha tenido ocasión de comprobar personalmente su correcta utilización.

- **Función de defensa del Yo:** en las actitudes, las personas buscan confianza y seguridad. Las asunciones de conceptos sociales refuerzan nuestra imagen ante la sociedad y ante nosotros mismo.
- **Función expresiva de valores:** desde el punto de vista del Marketing Sociales necesario conocer los valores que se manifiestan en cada uno de los segmentos del mercado. Esta consideración es importante, ya que los sujetos que los integren desarrollarán sus actitudes hacia las conductas que conecten con dichos valores. Por ejemplo, en determinado segmento de jóvenes, comienzan a despertar interés en concepto denominado “voluntario”. Significa dedicar parte de su tiempo a ayudar, sin ánimo de lucro, a cualquiera de las causas sociales, por ejemplo, a la Asociación de Deportista Contra La Droga que necesitan monitores y animadores para colaborar con ellos.
- **Función de conocimiento:** las personas por naturaleza buscamos aprender con orden. Las actitudes ayudan a simplificar una realidad compleja. La función principal es crear actitudes favorables hacia la causa social objeto de interés.

### **Aspecto organizativo de actitud.**

En su vertiente organizativa, la interpretación, las creencias y las teorías se generan tanto a través de fuentes privadas y personales como por influencias públicas y sociales. El aspecto más importante y debatido en relación con las actitudes es el que indica que la conducta de una persona es función de su actitud actual y en la situación en la que se pone de manifiesto esta actitud, es decir, se considera que la actitud tiene potencial para predecir la conducta humana. Ese potencial se basa en la concepción del comportamiento como una forma de actitud y se verá influido por otras circunstancias tales como: la interpretación que el individuo hace de la situación, de

sus creencias sobre la intención de otras personas y de las teorías que elabora a partir de otras situaciones similares conocidas.

Asimismo, las actitudes del individuo se encuentran determinadas por el sistema sociocultural en el que vive. Dentro del sistema, la influencia de la actitud de la familia en todo el grupo socio- familiar, los valores los prejuicios y las racionalizaciones se transmiten mediante vectores familiares hacia cada uno de sus miembros. Interesa, por tanto, conocer los factores, que, a su vez, pueden influir en esas actitudes, en especial, los efectos que produce el problema social objeto de estudio u cómo poder cambiar o modificar dichas actitudes. (Carlos, 1988)

Las actitudes se manifiestan en su plenitud en las relaciones interpersonales. Así, existirán tantas actitudes diferentes como individuo y, por el contrario, tendrán un gran parecido las actitudes de los individuos de una misma sociedad y dentro de ella, entre los individuos que componen los distintos grupos o comunidades. Las actitudes pueden manifestarse hacia una sola persona, un grupo indeterminado de personas o hacia un grupo determinado que posee un carácter diferenciador de otros grupos. Una actitud es una organización de creencias interrelacionada, relativamente duradera, que describe, evalúa y recomienda una determinada acción, respecto a un objeto o situación. De ello se deduce que es una predisposición que, debidamente activa, provoca una respuesta preferencial hacia el objeto de actitud, hacia una situación o hacia el mantenimiento o preservación de la actitud misma.

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

La participación activa está determinada por los procesos personales de una autoestima y heteroestima. En nuestra cultura, entendida como el resultado de un proceso de aprendizaje, el sistema de valoración utilizado en esto proceso es más el resultado de las comparaciones con otros, que de un sistema propio. Por ejemplo, uno actúa en su comportamiento y conductas de forma que pueda alcanzar determinados

valores sociales establecidos como correctos, fundamentalmente aquellos en los que parece presente un cierto humanismo, en tanto que puede apreciar que es mejor que los demás.

Ello resulta de especial importancia en las causas sociales que llevan a que los colectivos afectados sean rechazados de forma compulsiva, porque estas actitudes son la reacción a la necesidad de sentir la propia superioridad.

La tendencia cultura nos muestra cómo la cultura evoluciona y produce cambios que revelan nuevos escenarios para ser tratado exclusivamente por Marketing Social.

Por último, indicamos que prácticamente no existen actitudes ni conocimientos autónomos, sino que están inscritos en el sistema de conocimiento. En consecuencia, la modificación selectiva de la información, antes indicada, normalmente obedece a una serie de procedimientos y reglas relacionadas con la estabilidad del sistema en que se inscribe cada nuevo dato, que van desarrollándose a medida que aumenta la experiencia.

### **Escala para medir la actitud.**

Una actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante uno de sus símbolos (Fishbein y Ajzen, 1975; Oskanp, 1977). Así, los seres humanos tenemos actitudes hacia muy diversos objetos símbolos, por ejemplo: actitudes hacia el aborto, política económica, la familia, un profesor, diferentes grupos étnicos, la ley, nuestro trabajo, el nacionalismo, nosotros mismo, etcétera

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a que hacen referencia. Si mi actitud hacia el aborto es desfavorable, probablemente no abortaría o no participaría en un aborto. Si mi actitud es favorable a un partido político, lo más probable es que vote por él en las próximas elecciones.

Desde luego, las actitudes sólo son un indicador de la conducta, pero no la conducta

en sí. Por ello las mediciones de actitudes deben interpretarse como “síntomas” y no como “hechos” (Padua, 1979). Si detecto que la actitud de un grupo hacia la contaminación es desfavorable, esto no significa que las personas están adoptando acciones para evitar contaminar el ambiente, pero sí es un indicador de que pueden ir las adoptando paulatinamente. La actitud es como una “semilla”, que bajo ciertas condiciones puede “germinar en comportamiento”.

Las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja), estas propiedades forman parte de la medición. Los métodos más conocidos para medir por escala las variables que constituyen actitudes son: el método de escalamiento Likert, el diferencial semántico y la escala de Guttman.

### **Escalamiento tipo Likert.**

Este método fue desarrollado por Rensis Likert a principios de los treinta; sin embargo, se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios antes los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones (Carlos, 1988).

## VII. Diseño Metodológico

**Tipo de estudio:** El estudio que se realizó es de tipo descriptivo de corte transversal con un enfoque cuantitativo y alcance exploratorio, observacional.

**Tiempo de estudio:** Comprendido desde el 1ro De junio al 20 de diciembre del año 2020.

**Área de estudio:** el municipio de el Cuá, Departamento de Jinotega con una superficie de 637km<sup>2</sup>

**Universo:** constituido por todo el personal clínico que labora en el municipio de el Cuá. Con un total de 90 personas.

**Muestra:** constituido por todo el personal clínico con un total de 90 personas en cara a la atención de pacientes con leishmaniasis cutánea clásica dentro de los diferentes perfiles

**Tipo de muestreo:** no se calcula la muestra porque es todo el universo en estudio

**Fuente de información:** La fuente fue primaria mediante una entrevista directa.

**Instrumento:** Cuestionario

### **Criterios de Inclusión:**

- ser parte del personal activo del municipio
- ser parte del personal clínico en cara a la atención de pacientes.
- Personal que forma parte del programa de enfermedades de transmisión vectorial
- Que desee colaborar con el estudio.

### **Criterios de exclusión:**

- ser trabajador jubilado de la institución
- formar parte de las áreas no clínicas de la estructura laboral Que no desee participar en el estudio.

## **Recolección y análisis de la información**

En este instrumento se elaboraron preguntas abiertas basadas en el marco de referencia por lo que se tomarían como válidas aquellas respuestas que estuvieran relacionadas con la teoría.

El cuestionario consta de 15 preguntas en las que se clasifico al personal de salud, según ocupación, nivel de escolaridad, tiempo de laborar en el centro. Se preguntó sobre capacitación de Leishmaniasis, presentación clínica, y tratamiento recomendado por el MINSA.

## **Listado de Variables**

Factores Sociodemográficos.

- a) Edad
- b) Sexo.
- c) Ocupación.
- d) Escolaridad.
- e) Lugar de trabajo.

Conocimientos sobre la Leishmaniosis del personal de salud.

- a) Concepto de Leishmaniosis
- b) Vector que lo causa
- c) Forma de transmisión
- d) Presentación clínica.
- e) Método diagnóstico.
- f) Conocimiento sobre tratamiento
- g) Conocimiento sobre diagnóstico.

Actitudes en Leishmaniosis del personal de salud.

- a) Disposición a participar en las en programas
- b) Programas más efectivos
- c) Estrategias a utilizar en los programas.

Prácticas sobre la Leishmaniosis del personal de salud.

- a) Conocimientos sobre medidas de prevención
- b) Conocimiento sobre actividades de promoción.

### **Fuente de información**

Fuente de información primaria con entrevista a personal de salud.

### **Técnicas de recolección de información**

Se le entregó a cada personal de salud del municipio del Cuá el formulario, su llenado fue libre de presión de cualquier tipo, y se le dio unos 20 a 30 minutos de tiempo, para que lo entregara. Se recolectaron la información durante la docencia impartida

### **Instrumento de recolección de la información**

Para recolectar la información se utilizó un formulario realizado con el objetivo de evaluar las características sociodemográficas de cada participante, el nivel de conocimiento, la actitud que tienen ante los pacientes y las prácticas que ejercen para la prevención de Leishmania

### **Procesamiento de la información.**

Una vez recolectada la información se procesó en el programa Epi-Info ver. 7.0, software estadístico del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, USA, (CDC), donde se obtuvieron tablas de contingencia para frecuencias absolutas y relativas, aplicación de pruebas de significancia estadística como Odds Ratios y asociación estadística como Chi Cuadrada. Se generó información en el programa de Winsteps, del modelo de Rasch, de George Rasch, que analiza datos categóricos como respuestas a preguntas de cuestionarios como una función de la compensación entre (a) las habilidades, actitudes o rasgos de personalidad y (b) la dificultad del ítem.

Esto orienta a que si las respuestas se acoplan a un modelo específico estadístico. Se utilizaron pruebas estadísticas como Mapa de Wright y T de student.

Una vez procesado, se presentaron en cuadros de contingencia y gráficos estadísticos generados en Word, Excel, y Winsteps, y se elaboró la presentación de Power Point.

**Consideraciones éticas:**

Para realizar el siguiente estudio se solicitó la autorización del director del centro de salud del Cuá. El instrumento se aplicó a la población en estudio previo conocimiento informado y participación voluntaria en esta investigación, dando a conocer los resultados obtenidos mediante este estudio.

## I. Resultados, Análisis y su discusión.

### Objetivo 1. Caracterizar Socio Demográficamente la población.

#### Cuadro 1. Frecuencia según características socio demográficas.

| <b>Variable</b>                          | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--|-------------------|-------------------|
| <b>Área de Salud a la cual pertenece</b> |                   |                   |
| E.T.V                                    | 8                 | 11                |
| Hospital Primario                        | 29                | 40                |
| Puesto de Salud                          | 35                | 49                |
| <b>Total</b>                             | <b>72</b>         |                   |
| <b>Edad (años)</b>                       |                   |                   |
| 21 – 31                                  | 52                | 72                |
| 31 – 41                                  | 11                | 15                |
| 41 – 51                                  | 7                 | 10                |
| 51 – 59                                  | 2                 | 3                 |
| <b>Total</b>                             | <b>72</b>         |                   |
| <b>Sexo</b>                              |                   |                   |
| Femenino                                 | 43                | 60                |
| Masculino                                | 29                | 40                |
| <b>Total</b>                             | <b>72</b>         |                   |
| <b>Nivel de Escolaridad</b>              |                   |                   |
| Educación Superior                       | 70                | 97                |
| Secundaria                               | 2                 | 3                 |
| <b>Total</b>                             | <b>72</b>         |                   |

**Fuente: Encuestas realizadas a los trabajadores.  
Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega  
Noviembre 2020**

**Cuadro 1. Frecuencia según características socio demográficas. (continuación)**

| <b>Variable</b>                 | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Tiempo de laborar (años)</b> |                   |                   |
| Menor 1                         | 19                | 26                |
| 1 a 10                          | 43                | 60                |
| 10 a 20                         | 5                 | 7                 |
| 20 a 30                         | 4                 | 6                 |
| Mayor 30                        | 1                 | 1                 |
| <b>Total</b>                    | <b>72</b>         |                   |
| <b>Ocupación</b>                |                   |                   |
| E.T.V                           | 8                 | 11                |
| Enfermero                       | 44                | 61                |
| Médico                          | 20                | 28                |
| <b>Total</b>                    | <b>72</b>         | <b>100</b>        |

**Fuente: Encuestas realizadas a los trabajadores.**

**Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega**

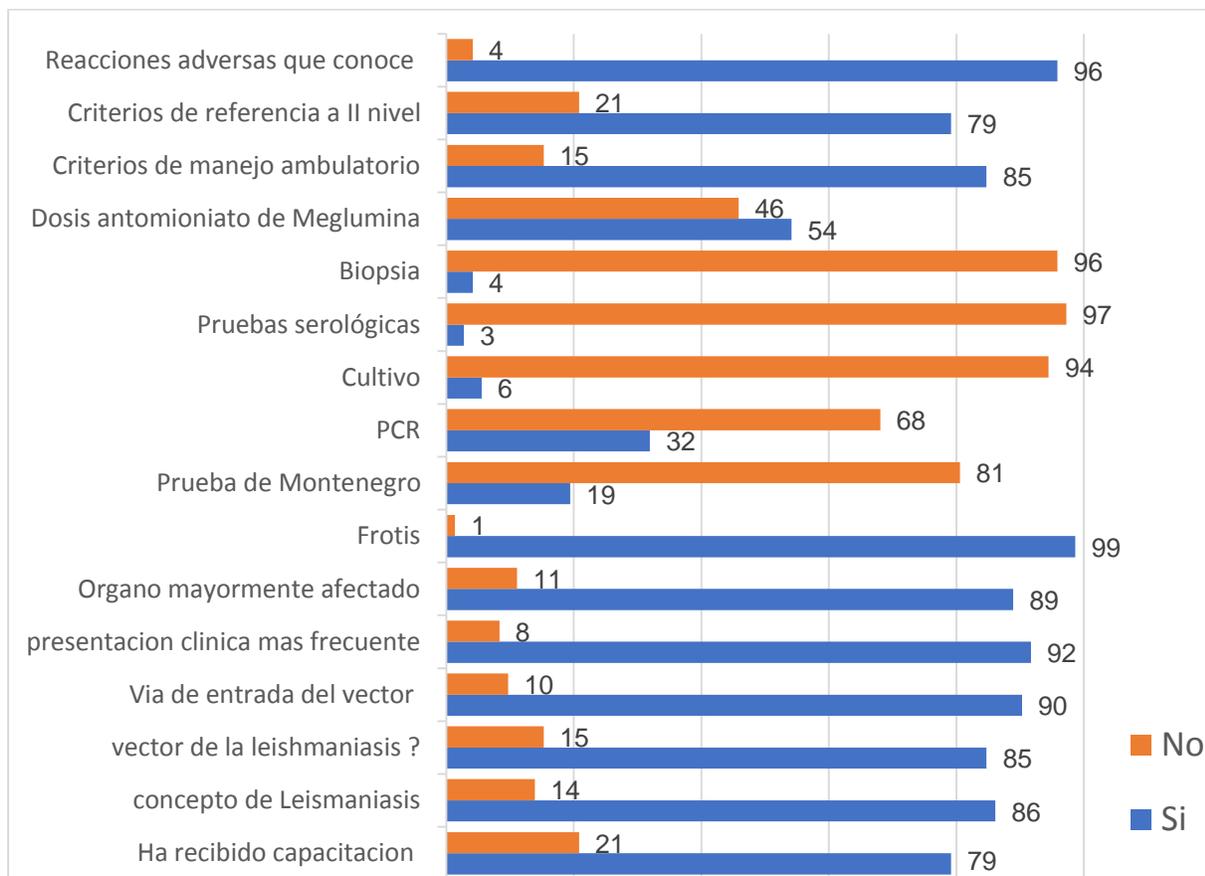
**Noviembre 2020**

En el estudio Realizado en el municipio de el Cuá, departamento de Jinotega con todo el personal clínico, encontramos que un 11% de la población era originaria del sector de E.T.V, un 40% del hospital primario y un 49% de puesto de salud. De los cuales un 75% pertenecía a las edades de entre 21-31 años, en el acápite de sexo nos encontramos que un 60% correspondía al sexo femenino y un 40% al sexo masculino, según el nivel de escolaridad el 97% refirió que contaban con una educación superior contra un 3% con una educación secundaria, de los 72 encuestados un 63% contaba con 1-11 años de tiempo de laborar en el municipio. Del número de encuestados un 61% correspondía al perfil de enfermería, un 28% al perfil médico y un 11% al E.T.V.

En Santa Bárbara Honduras 2006 al realizar un estudio a personal de salud encontraron que la mayoría del personal de salud pertenecía al sexo femenino y dentro de este grupo se encontraban entre los 35 y 44 años, donde la mayoría del personal tenía más de 10 años de laborar en el municipio. Con respecto al perfil laboral un 32% de su población correspondían a médicos, un 38% correspondía al perfil de enfermería, y el 20% de control epidemiológico, en su estudio encontraron que no encontraron asociación entre las variables sociodemográficas con el grado de conocimiento que presentaban los encuestados.

**Objetivo 2: Determinar el conocimiento del personal de salud sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.**

**Gráfico 1. Frecuencia según conocimientos.**



**Fuente: Cuadro 2.**

En el estudio realizado en el municipio de el Cuá, departamento de Jinotega para valorar el conocimiento se introdujeron 11 preguntas en las cuales se abarcaron objetivos del estudio como concepto, diagnóstico y tratamiento. En donde del total de encuestados 72 un 79% refirió que había recibido capacitación sobre la enfermedad estudiada contra un 21% que comento no haber recibido capacitación al respecto, en el ítem del concepto de leishmaniasis un 86% expreso que conoce la enfermedad y un 14% desconocía el concepto de la misma. Con respecto al nombre del vector un 85% refirió que conocía su nombre mientras tanto un 15% desconocía el dato especificado. El 90% de los encuestados conocen la vía de entrada del vector. Un 92% del personal de salud conoce la presentación clínica más frecuente de leishmaniasis. De acuerdo al órgano afectado un 89% de los encuestados sabe cuál es contrario a un 11% que lo desconoce

Un 96% de los encuestados conocen los efectos adversos que el tratamiento puede presentar, además de conocer en un 79% los criterios para traslado a unidad de mayor resolución, un 54% del personal conoce la dosis de Meglumina no obstante llama la atención que del personal participante muy pocos conocen los medios diagnósticos un 96% de los trabajadores ignoran la realización de biopsia como medio diagnósticos, 97% no conocen las pruebas serológicas, 94% desconocen el cultivo, siendo los medios diagnósticos con mayor desconocimiento por parte del personal de salud por otro lado están las pruebas que el personal si conoce o sabe que puede ser realizado, tenemos el PCR con 68%, prueba de Montenegro con 81% y el frotis en 99%. Cabe destacar que del personal encuestado el 28% correspondían a personal médico lo que nos justifica porque hay poco conocimiento hacia estas pruebas que pueden ser realizadas como ayuda al momento de diagnosticar leishmaniasis. Sin embargo, hay un conocimiento más amplio hacia conocimiento básicos como el concepto y el vector.

**Cuadro 3. Frecuencia según nivel de conocimiento.**

| <b>Nivel de Conocimiento</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Bueno                        | 4                 | 6                 |
| Regular                      | 61                | 86                |
| Malo                         | 7                 | 8                 |
| <b>Total</b>                 | <b>72</b>         |                   |

**Fuente: Encuesta a personal de salud.**

**Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega**

**Noviembre 2020**

En el contexto del conocimiento del personal de salud se concluye que el nivel de conocimiento del personal es regular alcanzando un 86% del conocimiento necesario en el manejo de Leishmania, recalando que la mayor parte de los encuestados constituyen personal de enfermería y E.T.V. en contraparte solamente un 6% de los encuestados obtuvo un conocimiento bueno sobre la enfermedad y un 8% fue malo. Cabe destaca que la participación del 100% de los médicos encuestados no se pudo alcanzar por la poca participación y voluntad de los mismos se detecta un déficit importante en el conocimiento de los medios diagnósticos de Leishmania.

El presente estudio difiere con los hallazgos encontrados en el estudio realizado en el SILAIS Matagalpa sobre el conocimiento del manejo de leishmaniasis en el personal de salud en el 2004 en donde el nivel de conocimiento encontrado en su población en estudio fue catalogado como bueno.

Así mismo en el estudio realizado en santa Bárbara honduras con personal de salud sobre el conocimiento y practicas sobre leishmaniasis en el año 2006 se encontró que el grado de conocimiento fue aceptable difiriendo también con este estudio realizado.

**Cuadro 4. Frecuencia según sexo y nivel de conocimiento.**

| Nivel de conocimiento | Sexo Femenino |            | Sexo Masculino |            | Total      |            |
|-----------------------|---------------|------------|----------------|------------|------------|------------|
|                       | Frecuencia    | Porcentaje | Frecuencia     | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Bueno                 | 2             | 5          | 2              | 7          | 4          | 6          |
| Regular               | 38            | 88         | 23             | 79         | 61         | 85         |
| Malo                  | 3             | 7          | 4              | 14         | 7          | 10         |
| <b>Totales</b>        | <b>43</b>     |            | <b>29</b>      |            | <b>72</b>  |            |

**Fuente: Encuesta a personal de salud. Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega Noviembre 2020**

En el estudio realizado en el momento de cruce de variables de sexo y nivel de conocimiento se expone que un 5% de las mujeres del total de encuestadas poseía un buen conocimiento y un 7% del total de varones se encontraban con este grado de saber de la enfermedad. En contraparte un 88% del personal femenino obtuvo un puntaje regular en nuestra escala aplicada en cuanto a conocimientos sobre la patología en estudio y un 79% de la población de varones pertenecía a este grupo, por otra parte, un 3% de la población femenina en estudio presento un rendimiento malo en cuanto a conocimientos, y un 14% de los varones se incluyó en esta categoría.

Dando como resultado una similitud entre los conocimientos entre hombres y mujeres, con pequeñas variabilidades de los porcentajes, pero se explica en el tamaño de muestra en relación a distribución de géneros. Pero de manera general se concreta que no existía diferencias significativas entre ambos sexos con relaciona su nivel de conocimientos.

Concordando con el presente estudio se encuentran los hallazgos encontrados en la investigación en el departamento de Matagalpa en el año 2004 en donde no hubo significancia entre un sexo y otro conforme a su grado de conocimiento que poseían en relación a la enfermedad.

Por otra parte, en la investigación del año 2006 en Santa Bárbara honduras concluyo que el sexo masculino presentaba un mayor grado de conocimiento en relación al sexo femenino con una diferencia significativa, que se contraponen con los hallazgos

demostrados en este estudio.

**Cuadro 5. Frecuencia según edad y nivel de conocimiento.**

| Edad grupo   | Nivel conocimiento |       |          |       |           |       |           |       |
|--------------|--------------------|-------|----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
|              | Bueno              |       | Malo     |       | Regular   |       | Total     |       |
|              | Frec.              | Porc. | Frec.    | Porc. | Frec.     | Porc. | Frec.     | Porc. |
| 20-30        | 3                  | 75    | 6        | 86    | 43        | 70    | 52        | 72    |
| 30-40        | -                  | -     | 1        | 14    | 10        | 16    | 11        | 15    |
| 40-50        | 1                  | 25    | -        | -     | 6         | 10    | 7         | 10    |
| 50-60        | -                  | -     | -        | -     | 2         | 3     | 2         | 3     |
| <b>Total</b> | <b>4</b>           |       | <b>7</b> |       | <b>61</b> |       | <b>72</b> |       |

**Fuente: Encuesta a personal de salud.**

**Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega  
Noviembre 2020**

En la investigación al correlacionar la edad con el nivel de conocimiento se evidencio dentro del nivel bueno de conocimiento un 75% pertenecían al grupo de 20-30 años y un 25% eran del grupo de 40-50 años, dentro del nivel Regular de conocimiento se encontró que un 70% pertenecían al grupo etario de 20-30 años, un 16% al grupo de edad de 30-40 años, un 10% al grupo de 40-50 años y solamente un 2% estaban entre 50-60 años. Para el grado de conocimiento malo se encuentra con 86% pertenecían al grupo de edad de 20-30 años y un 14% al grupo de 30-40 años.

Dentro de este ítem se encuentra que la mayoría que poseían los mejores conocimientos en relación a leishmaniasis eran jóvenes entre 20-30 años, con menos experiencia, pero si con conocimientos recientes mediante capacitaciones y su formación académica en contexto universitario.

Concordando con esta investigación en el estudio realizado en Matagalpa se evidencio que el personal clínico de menor edad dentro del rango posee mejores conocimientos en relaciona a la patología en estudio.

**Cuadro 6. Frecuencia según ocupación y nivel de conocimiento.**

| Ocupación      | Nivel conocimiento |       |           |       |          |       | Total     |       |
|----------------|--------------------|-------|-----------|-------|----------|-------|-----------|-------|
|                | Bueno              |       | Regular   |       | Malo     |       |           |       |
|                | Frec.              | Porc. | Frec.     | Porc. | Frec.    | Porc. | Frec.     | Porc. |
| Médico         | 3                  | 75    | 17        | 28    | -        | -     | 20        | 28    |
| Enfermero      | -                  | -     | 40        | 66    | 4        | 57    | 44        | 61    |
| E.T.V          | 1                  | 25    | 4         | 7     | 3        | 43    | 8         | 11    |
| <b>Totales</b> | <b>4</b>           |       | <b>61</b> |       | <b>7</b> |       | <b>72</b> |       |

**Fuente: Encuesta a personal de salud.  
Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega  
Noviembre 2020**

En la investigación realizada al correlacionar el grado de conocimiento con la ocupación a la cual pertenecían la población en estudio se encontró que dentro de los que presentaban un buen grado de conocimiento un 75% fueron médicos y un 25% personal de ETV. En el grupo que ocupan el grado regular de conocimiento se encontraron un 28% médicos, un 66% enfermería y un 7% pertenecía a E.T.V y en el grupo de mal conocimiento se encontraron un 57% enfermeros y un 43% personal de ETV.

En relación al grado de conocimiento y la ocupación del personal se observó que fueron los médicos quienes obtuvieron las mejores puntuaciones en las escalas aplicadas siguiéndolo el personal de ETV.

En contraste al estudio realizado en Matagalpa para el año 2004 en donde también se compararon estos distintos tipos de ocupaciones y se demostró que el personal de ETV eran los cuales poseían mejores conocimientos en lo que a leishmania se refería.

**Cuadro 7. Frecuencia según escolaridad y nivel de conocimiento.**

| Escolaridad        | Nivel conocimiento |       |           |       |          |       |           |       |
|--------------------|--------------------|-------|-----------|-------|----------|-------|-----------|-------|
|                    | Bueno              |       | Regular   |       | Malo     |       | Total     |       |
|                    | Frec.              | Porc. | Frec.     | Porc. | Frec.    | Porc. | Frec.     | Porc. |
| Educación Superior | 4                  | 100   | 61        | 100   | 5        | 71    | 70        | 97    |
| Secundaria         | -                  | -     | -         | -     | 2        | 29    | 2         | 3     |
| <b>Total</b>       | <b>4</b>           |       | <b>61</b> |       | <b>7</b> |       | <b>72</b> |       |

**Fuente: Encuesta a personal de salud.**

**Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega  
Noviembre 2020**

En el presente estudio al asociar el grado de escolaridad con el nivel de conocimientos se encontró que dentro del rango de buen conocimiento el 100% tenía un nivel de educación superior, así mismo dentro del rango de conocimiento regular el 100% poseían una educación superior, en la categoría de mal conocimiento un 29% correspondía a educación secundaria un 71% a una educación superior.

Dentro de este ítem se demuestra una relación directa del grado de escolaridad y el nivel de conocimiento que poseía la población en estudio es decir a mayor grado de escolaridad mayor es el conocimiento del individuo.

**Cuadro 8. Frecuencia según años de laborar y nivel de conocimiento.**

| Tiempo laborar | Nivel conocimiento |            |           |            |          |            |           |            |
|----------------|--------------------|------------|-----------|------------|----------|------------|-----------|------------|
|                | Bueno              |            | Regular   |            | Malo     |            | Total     |            |
|                | Frec.              | Porc.      | Frec.     | Porc.      | Frec.    | Porc.      | Frec.     | Porc.      |
| Menor 1        | 1                  | 25         | 15        | 25         | 3        | 43         | 19        | 26         |
| 1 a 10         | 2                  | 50         | 37        | 61         | 4        | 57         | 43        | 60         |
| 10 a 20        | -                  | -          | 5         | 8          | -        | -          | 5         | 7          |
| 20 a 30        | 1                  | 25         | 3         | 5          | -        | -          | 4         | 6          |
| 30 a 40        | -                  | -          | 1         | 2          | -        | -          | 1         | 1          |
| <b>Total</b>   | <b>4</b>           | <b>100</b> | <b>61</b> | <b>100</b> | <b>7</b> | <b>100</b> | <b>72</b> | <b>100</b> |

**Fuente: Encuesta a personal de salud**

**Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega**

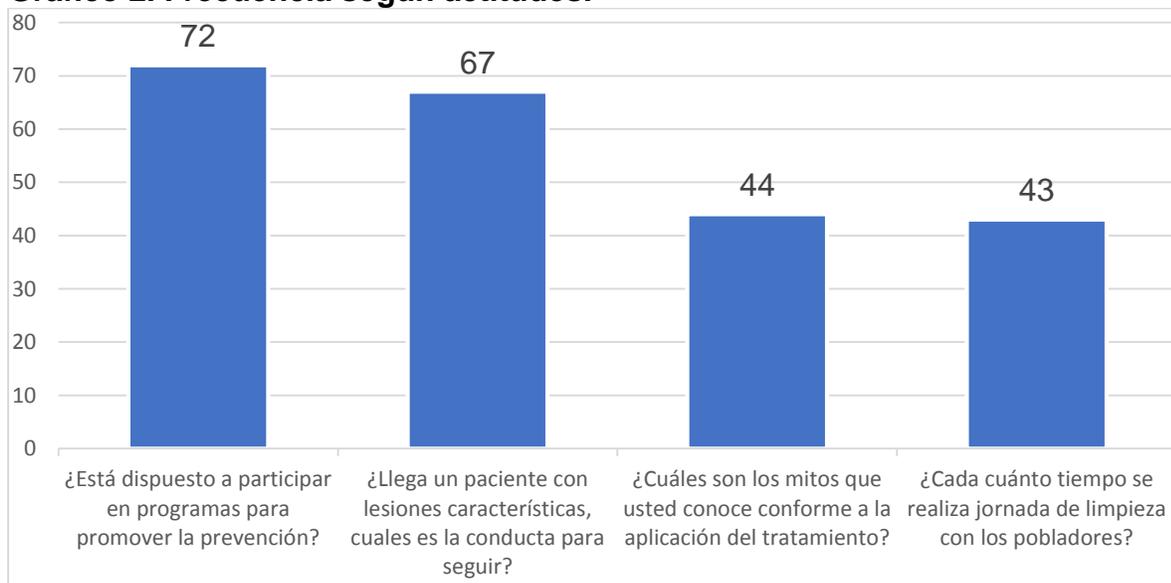
### Noviembre 2020

En la investigación realizada al relacionar el tiempo de laborar con el nivel de conocimiento se identificó lo siguiente: dentro de la categoría que obtuvo un grado de conocimiento bueno se encontraron que un 25% tenían menos de 1 de laborar en la institución, un 50% tenían de 1 a 10 años de laborar y un 25% poseía entre 20-30 años de experiencia en la unidad. Al categorizar los que presentaron un nivel regular de conocimiento se encontró que un 25% pertenecían al grupo de experiencia laboral menor de 1 año, un 61% fueron del grupo de 1-10 años de laborar en el municipio, un 8% fueron trabajadores de 10-20 años, un 5% eran del grupo de experiencia de 20-30 años y solamente un 2% estaban en el grupo de 30-40 años de laborar en la unidad. Al clasificar los de mal conocimiento se observó que un 43% eran del grupo menor de 1 año y un 57% pertenecían al grupo entre 10-20 años.

Dentro del estudio conforme a correlación entre estas dos variables se determina que no existía relación entre la experiencia laboral y el grado de conocimiento porque a como hubo personal de salud que tenía pocos años de laborar en el lugar obtuvieron un buen grado de conocimiento y por el contrario también había personal clínico que tenía poca experiencia laboral y pertenecían a la categoría de mal conocimiento.

### Objetivo 3: Establecer las actitudes que posee el personal de salud ante la presencia de las lesiones en los pacientes

**Grafico 2. Frecuencia según actitudes.**



Fuente: Cuadro 8.

En el estudio realizado con el personal clínico para evaluar las actitudes que tenían en relación al manejo de leishmaniasis estaba dado por preguntas abiertas en las cuales se evaluaron de manera directa pregunta con una población total de 72 participantes todos ellos estaban de acuerdo en la participación de programas para promover la prevención, cuando se les pregunto ¿Cuál era la conducta a seguir cuando un paciente llegaba con lesiones características? un total de 67 personas estuvieron de acuerdo que indicaban frotis directo de la lesión para proseguir con el manejo adecuado. Cuando se les planteo la interrogante ¿cuáles son los mitos que usted conoce referente a la aplicación del tratamiento? 44 personal del total de los encuestados contestaron los mitos o creencias que escuchaban de parte de la población en torno al tratamiento dentro de ellos el más común era la aplicación del tratamiento intralesional para curación en menor tiempo y conjugación con plantas medicinales para potenciar la acción farmacológica del antimonio de Meglumina, una parte refiere la formación de abscesos glúteos secundarios a la aplicación de la medicación por otro lado no se descarta la posibilidad de formación de abscesos pero directamente relacionados a la mala praxis en la aplicación. el resto de encuestados refirió no conocer o no saber la existencia de dichas creencias en la población, cuando se les interrogo que ¿cada cuánto se realiza jornadas de limpieza con los pobladores con el objetivo de disminuir la propagación de leishmaniasis? Un total de 45 participantes refirieron que lo hacían 1 vez cada 15 días o una vez al mes los demás participantes referían que nunca lo hacen.

**Cuadro 9. Frecuencia según sexo y actitud.**

| Sexo         | Actitud nivel |       |           |       |           |       | Total     |       |
|--------------|---------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
|              | Bueno         |       | Regular   |       | Malo      |       | Frec.     | Porc. |
|              | Frec.         | Porc. | Frec.     | Porc. | Frec.     | Porc. |           |       |
| Femenino     | 14            | 67    | 26        | 63    | 3         | 30    | 43        | 60    |
| Masculino    | 7             | 33    | 15        | 37    | 7         | 70    | 29        | 40    |
| <b>Total</b> | <b>21</b>     |       | <b>41</b> |       | <b>10</b> |       | <b>72</b> |       |

**Fuente: Encuesta a personal de salud.**

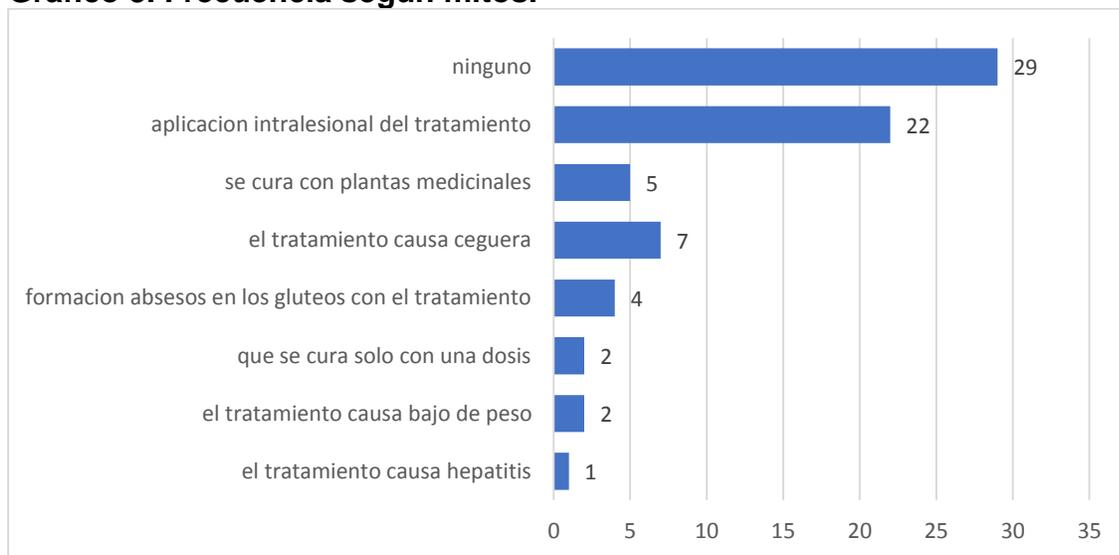
**Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega**

## Noviembre 2020

En el estudio realizado al asociar el nivel de actitud con el sexo se encontró que dentro de la categoría de bueno se evidenciaba que el 67% de los encuestados pertenecían al sexo femenino y el 33% eran sexo masculino. Cuando se categorizo el nivel de actitud regular se evidencio que un 63% pertenecían el sexo femenino y un 37% eran del sexo masculino, cuando se catalogó el nivel de actitud malo se observó que un 30% eran del sexo femenino y un 30% del sexo masculino.

Por lo tanto, se obtiene de manera general y de forma significativa que el sexo femenino poseía un estándar de actitudes más altas que el sexo masculino, evidenciándose que el grupo de malas actitudes el 70% correspondían a este último sexo, aunque estadísticamente en muestra eran menos participantes.

**Gráfico 3. Frecuencia según mitos.**



**Fuente: Cuadro 10**

En el estudio realizado con el personal clínico del municipio el momento de preguntarle sobre el conocimiento de los mitos que tenía la población en general sobre la aplicación del Glucantime 22 de los entrevistados refirieron que las personas comentaron que la aplicación del tratamiento intralesional acortaba la duración de la enfermedad, 5 de las personas encuestadas escucharon que las plantas medicinales servían para el manejo de la enfermedad, 7 de los entrevistados refirieron que habían escuchado de parte de la población que no se aplicaban todo el esquema de tratamiento porque lo dejaba ciegos.

4 personas comentaron que los pacientes decían que se le formaban abscesos glúteos por el tratamiento. 2 de ellos referían que se curaba con una sola dosis la enfermedad, también 2 comentaron que provocaba pérdida de peso, 1 personal expreso que escucho a la población que les causaba hepatitis. Pero 29 de ellos refirió no conocer ningún mito relacionado a la aplicación del tratamiento para esta enfermedad.

**Cuadro 11. Frecuencia según edad y actitud.**

| Edad grupo<br>(años) | Actitud nivel |       |           |       |           |       |           |       |
|----------------------|---------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
|                      | Bueno         |       | Regular   |       | Malo      |       | Total     |       |
|                      | Frec.         | Porc. | Frec.     | Porc. | Frec.     | Porc. | Frec.     | Porc. |
| >20 - 30             | 15            | 71    | 28        | 68    | 9         | 90    | 52        | 72    |
| >30 - 40             | 2             | 10    | 9         | 22    | -         | -     | 11        | 15    |
| >40 - 50             | 2             | 10    | 4         | 10    | 1         | 10    | 7         | 10    |
| >50 - 60             | 2             | 10    | -         | -     | -         | -     | 2         | 3     |
| <b>Total</b>         | <b>21</b>     |       | <b>41</b> |       | <b>10</b> |       | <b>72</b> |       |

**Fuente: Encuesta a personal de salud.  
Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega  
Noviembre 2020**

En el estudio realizado al correlacionar la edad de los encuestados con el nivel de actitud se evidencio que dentro del grupo de nivel de actitud bueno se encontraban que un 71% pertenecía a la edades de 20-30 años, un 10% en las edades de 30-40 años, un 10% entre las edades de 40-50 años, y un último 10% entre las edades 50-60 años, conforme a categorizar el nivel de actitud regular se encontraban que un 68% pertenecía a las edades de 20-30 años, un 22% en el grupo de 30-40 años y un 10% entre las edades de 40-50 años. En la subcategorización con nivel de actitud mala se encontró que el 90% pertenecían al grupo entre 20-30 años, y un 10% pertenecía al grupo de 40-50 años

En esta determinada relación de variables se encuentra que entre menos edad del trabajador lo predisponía a poseer un nivel de actitud malo en relación al manejo de leishmaniasis. En cambio, el personal con más edad por lo general se encontraba en un nivel de actitud regular conforme al score aplicado.

Se correlaciona con los hallazgos en el estudio de santa Bárbara, Honduras en el año 2006 en donde se encontró que la edad era directamente proporcional al grado de actitud

que tenían el personal con respecto al manejo de la enfermedad.

**Cuadro 12. Frecuencia según ocupación y actitud.**

| Ocupación    | Actitud nivel |       |           |       |           |       | Total     |       |
|--------------|---------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
|              | Bueno         |       | Regular   |       | Malo      |       |           |       |
|              | Frec.         | Porc. | Frec.     | Porc. | Frec.     | Porc. | Frec.     | Porc. |
| E.T.V        | -             | -     | 5         | 12    | 3         | 30    | 8         | 11    |
| Enfermero    | 13            | 62    | 24        | 59    | 7         | 70    | 44        | 61    |
| Medico       | 8             | 38    | 12        | 29    | -         | -     | 20        | 28    |
| <b>Total</b> | <b>21</b>     |       | <b>41</b> |       | <b>10</b> |       | <b>72</b> |       |

**Fuente: Encuesta a personal de salud.**

**Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega**

**Noviembre 2020**

En el estudio realizado en el municipio de el Cuá, departamento de Jinotega, en asociación de las variables ocupación y nivel de actitud se encontró lo siguiente: con respecto a poseer un nivel de actitud buena se encontraban con un 62% el grupo de enfermeros y un 38% el grupo médico, en relación al nivel de actitud regular se encontraban con un 12% el personal de ETV, un 59% el personal de enfermería y un 29% el personal médico, al clasificar el nivel malo de actitud se encontró que en un 30% a el personal de ETV y un 70% el personal de enfermería.

Conforme a los resultados obtenidos en la correlación de ocupación y el nivel de actitud se encontró que el personal de ETV estaba predispuesto a presentar malas actitudes con un 40% de sus encuestados con esta categorización.

**Cuadro 13. Frecuencia según años de laborar en el municipio y actitud.**

| Tiempo laborar<br>(años) | Actitud nivel |       |           |       |           |       | Total     |       |
|--------------------------|---------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
|                          | Bueno         |       | Regular   |       | Malo      |       | Frec.     | Porc. |
|                          | Frec.         | Porc. | Frec.     | Porc. | Frec.     | Porc. |           |       |
| Menor 1                  | 3             | 14    | 13        | 32    | 3         | 30    | 19        | 26    |
| 1 a 10                   | 14            | 67    | 23        | 56    | 6         | 60    | 43        | 60    |
| 10 a 20                  | 2             | 10    | 2         | 5     | 1         | 10    | 5         | 7     |
| 20 a 30                  | 2             | 10    | 2         | 5     | 0         | 0     | 4         | 6     |
| 30 a 40                  | 0             | 0     | 1         | 2     | 0         | 0     | 1         | 1     |
| <b>TOTAL</b>             | <b>21</b>     |       | <b>41</b> |       | <b>10</b> |       | <b>72</b> |       |

**Fuente: Encuesta a personal de salud.**

### **Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega**

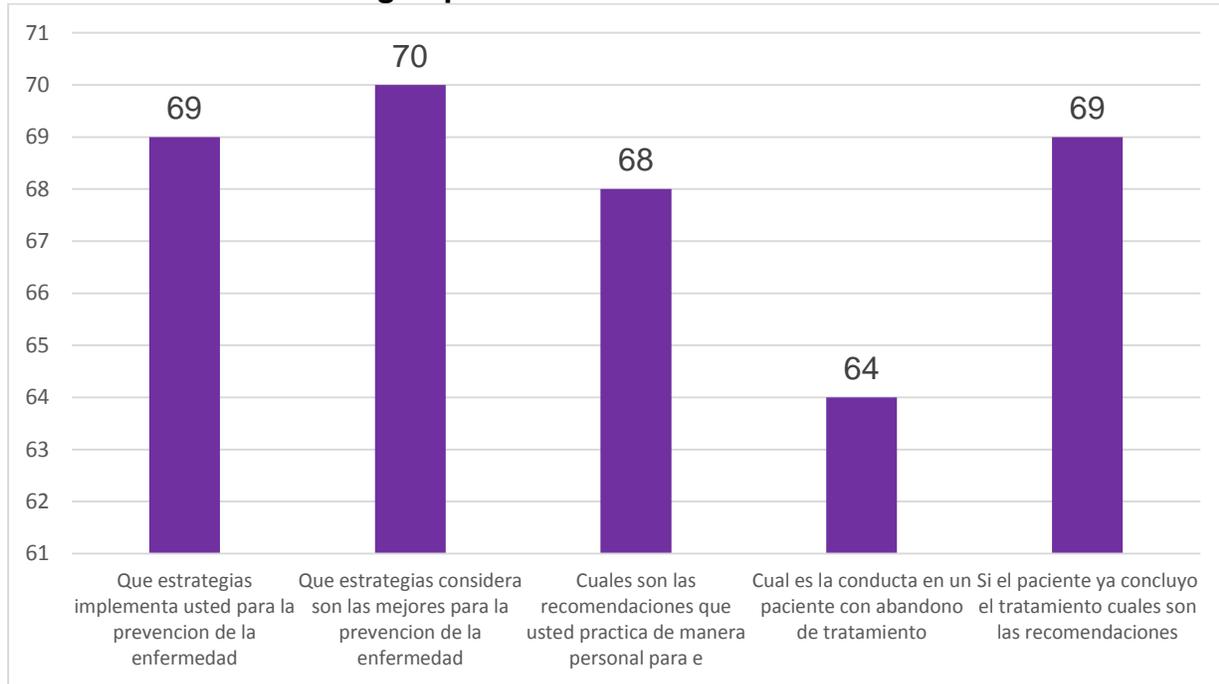
#### **Noviembre 2020**

En el estudio realizado en el municipio de el Cuá, departamento de Jinotega al asociar años de laborar en el municipio con el nivel de actitud se evidencio lo siguiente: en el grupo de nivel de actitud buena se encontró que un 13% pertenecían a las personas con experiencia menor de un año de laborar, un 67% fue representado por el grupo entre 1-10 años de laborar en el municipio, un 10% al grupo de 10-20 años de experiencia y el otro 10% al grupo de 20-30 años, al clasificar el grupo de nivel de actitud regular se encontró que un 32% pertenecían al grupo de menos de 1 año de laborar en el municipio, un 56% estaba en el grupo de 1-10 años de experiencia laboral. Un 5% entre 10-20 años, otro 5% entre 20-30 años y solamente un 2% se encontraba entre el rango de 30-40 años de experiencia laboral en el municipio, al categorizar el nivel malo de actitud se evidencio que el 30% eran menores de 1 año de experiencia, un 60% estaban entre 1-10 años de experiencia laboral y solamente un 10% entre 10-20 años de experiencia.

Al determinar la asociación entre estas 2 características se encontró que hay una relación directamente proporcional entre el tiempo de laborar en la unidad y el nivel de actitud que tenían los encuestados, siendo así las experiencias ganadas con los años un factor importante en cuento al nivel de actitud del trabajador en cuanto a manejo de leishmaniasis.

**Objetivo 4: Constatar las prácticas que tiene el personal de salud clínico sobre el manejo de la leishmaniasis cutánea clásica.**

**Grafico 4. Frecuencia según prácticas.**



**Fuente: Cuadro 14.**

En el estudio realizado en el municipio de el Cuá, Jinotega con personal de salud clínico al momento de evaluar las practicas se les realizo preguntas abiertas con el objetivo de evidenciar que practicas tenía el personal de salud conforme a manejo de la leishmaniasis encontrando lo siguiente: en el primer ítem ¿Qué estrategias implementa usted para la prevención de la enfermedad? 69 persona del total de los encuestados refirió practicar de manera personal 2 o más estrategias entre ellas siendo las más relevantes el uso de repelentes, uso de ropa adecuada al momento de visitar zonas endémicas, limpieza de basureros y zonas boscosas aleñadas para evitar la propagación de la enfermedad. El resto del total de encuestados refirió no practicar ningunas de las medidas de prevención de la enfermedad. Al segundo ítem ¿Qué estrategias son las mejores para prevención de la enfermedad? 70 persona del total de encuestados refirió que era de su conocimiento cuales de las estrategias eran las mejores para evitar la propagación entre ellas se destacaban uso de camisetas mangas largas en trabajo de campo, evitar exponer partes del cuerpo mientras se encontraban laborando, y la educación a la población

constantemente en las unidades de salud y las otras 2 referían no conocer las estrategias mencionadas. En relación a la tercera pregunta ¿Cuáles son las estrategias que conoce para la prevención de leishmaniasis? 68 personas del total de encuestados refirieron conocer 1 o más medidas de prevención para transmisión de la enfermedad, entre las más usuales fueron educación continua a la población evitar zonas de riesgo y medidas generales mientras las otras 4 no conocían ninguna medida de prevención. conforme a la cuarta pregunta ¿Cuál es la conducta a seguir en un paciente con abandono al tratamiento? 64 personas del total de encuestados referían conocer la respuesta que en este caso fue Re tratamiento iniciando con día 0 y los 8 faltantes refirieron no saber qué hacer en dicho caso. Conforme al quinto ítem ¿una vez concluido el tratamiento, cuales son las recomendaciones? Un numero de 69 personal del total de encuestados expusieron conocer las recomendaciones que se la da al paciente una vez terminado el tratamiento entre las que se mencionan: acudir a la unidad si presenta otras lesiones características en el menor tiempo posible, recomendaciones sobre prevenir una reinfección y la limpieza de parcelas y las otras 3 personas referían no conocer las recomendaciones para los pacientes una vez tratados.

**Cuadro 15. Frecuencia según sexo y prácticas.**

| Sexo         | Practica nivel |           |           |           |          |          |           |       |
|--------------|----------------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|-------|
|              | Bueno          |           | Regular   |           | Mala     |          | Total     |       |
|              | Frec.          | Porc.     | Frec.     | Porc.     | Frec.    | Porc.    | Frec.     | Porc. |
| Femenino     | 37             | 61        | 6         | 60        | -        | -        | 43        | 60    |
| Masculino    | 24             | 39        | 4         | 40        | 1        | 100      | 29        | 40    |
| <b>Total</b> | <b>61</b>      | <b>85</b> | <b>10</b> | <b>14</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>72</b> |       |

**Fuente: Encuesta a personal de salud.**

**Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega**

**Noviembre 2020**

En esta investigación realizada en el municipio de el Cuá departamento de Jinotega, con el personal clínico al asociar el sexo con el nivel de prácticas se encontró lo siguiente: conforme al nivel bueno de prácticas se encontraban categorizados en femenino en un 61% y masculino en un 39%, en la categoría de prácticas regulares se evidencio 60% de

parte de sexo femenino y un 40% conformado del sexo masculino. Al momento de clasificar en malas prácticas se encuentra que un 100% eran del sexo masculino.

En términos generales no había diferencias significativas entre femenino y masculino para el nivel de prácticas presentados. Y en medidas general el 85% de la población en estudio se encontraba en buenas prácticas.

**Cuadro 16. Frecuencia según ocupación y prácticas.**

| Ocupación    | Practica nivel |       |           |       |          |       | Total     |       |
|--------------|----------------|-------|-----------|-------|----------|-------|-----------|-------|
|              | Bueno          |       | Regular   |       | Mala     |       | Frec.     | Porc. |
|              | Frec.          | Porc. | Frec.     | Porc. | Frec.    | Porc. |           |       |
| E.T.V        | 7              | 11    | -         | -     | 1        | 100   | 8         | 11    |
| Enfermero    | 34             | 56    | 10        | 100   | -        | -     | 44        | 61    |
| Medico       | 20             | 33    | -         | -     | -        | -     | 20        | 28    |
| <b>TOTAL</b> | <b>61</b>      |       | <b>10</b> |       | <b>1</b> |       | <b>72</b> |       |

**Fuente: Encuesta a personal de salud.  
Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega  
Noviembre 2020**

En el estudio realizado se procedió a comparar la ocupación de los encuestados con el nivel de prácticas que presentaban según la encuesta aplicada por lo cual dentro de las categorías de buenas prácticas se encontraban con un 56% los enfermeros, un 33 % el grupo de médicos y un 11% el personal de ETV. Al momento de categorizar las practicas regulares se encontró que 100% eran del perfil de enfermería, y las malas prácticas el 100% eran del perfil de ETV.

Para la valoración en el cruce de estas dos variables no hay ningún valor significativo entre los diversos grupos y el nivel de prácticas que presentaban, pero en dato general se observó que el 85% de los encuestados se encontraban en buenas practicas contra un 15% distribuidos entre practicas regulares y malas.

En similitud con el estudio realizado en Matagalpa en el año 2004 en donde se encontraban el nivel de prácticas categorizado como bueno en la subpoblación de ETV y médicos, concordando con los hallazgos en este estudio en donde estos dos grupos presentaron buen nivel de prácticas.

**Cuadro 17. Frecuencia según años de laborar en el municipio y prácticas.**

| Tiempo laborar | Practica nivel |       |           |       |          |       |           |       |
|----------------|----------------|-------|-----------|-------|----------|-------|-----------|-------|
|                | Bueno          |       | Regular   |       | Mala     |       | Total     |       |
|                | Frec.          | Porc. | Frec.     | Porc. | Frec.    | Porc. | Frec.     | Porc. |
| Menor 1        | 17             | 28    | 2         | 20    | -        | -     | 19        | 26    |
| 1 a 10         | 35             | 57    | 8         | 80    | -        | -     | 43        | 60    |
| 10 a 20        | 4              | 7     | -         | -     | 1        | 100   | 5         | 7     |
| 20 a 30        | 4              | 7     | -         | -     | -        | -     | 4         | 6     |
| 30 a 40        | 1              | 2     | -         | -     | -        | -     | 1         | 1     |
| <b>Total</b>   | <b>61</b>      |       | <b>10</b> |       | <b>1</b> |       | <b>72</b> |       |

**Fuente: Encuesta a personal de salud.  
Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega  
Noviembre 2020**

En el estudio realizado con el personal clínico del hospital primario en donde se correlaciono el nivel de prácticas con los años de laborar en el municipio en donde se encontró lo siguiente: en la categoría de buenas prácticas se encontraban 28% menores de 1 año de laborar, 57% con experiencia de 1-10 años de laborar, un 7% con 10-20 años, un 7% con 20-30 años de laborar en el municipio y un 2% de entre 30-40 años de laborar, cuando se catalogó el nivel de prácticas regular se encontraban con 20% menores de 1 año y un 80% con una experiencia de 1-10 años de laborar en el municipio. Y en relación a nivel malo de prácticas se encontraban en un 100% entre 10-20 años de laborar en el municipio

En relación a los años de laborar en la unidad y el nivel de prácticas que poseían los encuestados no había diferencias significativas entre los grupos de edades, siendo inclusive los de menos experiencia laboral tenían buenas prácticas en relación al manejo de la enfermedad.

**Cuadro 18. Frecuencia según nivel de conocimiento y nivel de actitud.**

| Nivel conocimiento | Actitud nivel |       |           |       |           |       |           |       |
|--------------------|---------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
|                    | Bueno         |       | Regular   |       | Malo      |       | Total     |       |
|                    | Frec.         | Porc. | Frec.     | Porc. | Frec.     | Porc. | Frec.     | Porc. |
| Bueno              | 1             | 5     | 3         | 7     | -         | -     | 4         | 6     |
| Regular            | 19            | 90    | 34        | 83    | 8         | 80    | 61        | 85    |
| Malo               | 1             | 5     | 4         | 10    | 2         | 20    | 7         | 10    |
| <b>Total</b>       | <b>21</b>     |       | <b>41</b> |       | <b>10</b> |       | <b>72</b> |       |

**Fuente: Encuesta a personal de salud.  
Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega  
Noviembre 2020**

En el estudio realizado con el personal clínico en el municipio de el Cuá, Jinotega al asociar el nivel de conocimiento con el nivel de actitud que tenían los encuestados se encontró lo siguiente: solamente el 5% de todos los encuestados presentaron un buen nivel de conocimiento y un buen nivel de actitud. Los que presentaron un nivel de conocimiento regular, pero con un buen nivel de actitudes se expresaban en un 90% y los que presentaron un mal nivel de conocimiento, pero un buen nivel de actitud eran solamente el 5%. Mientras tanto del total de encuestados que presentaron nivel de conocimiento bueno, pero con nivel de actitud regular fueron 7%, los que tenían un nivel de conocimiento regular y un nivel de actitud regular represento el 83% y los que tenían un nivel de conocimiento malo con un nivel de actitud regular eran un total del 10%. Mientras que los que tenían un nivel de conocimiento regular y un nivel malo en actitudes eran un 80%, y los que tenían un nivel malo de conocimientos en relación a nivel malo en actitudes eran un 20%.

En medidas generales se encontraban entre un nivel regular en conocimientos y actitudes.

**Cuadro 19. Frecuencia según nivel de conocimiento y nivel de práctica/as.**

| Nivel conocimiento | Practica nivel |       |           |       |          |       |           |       |
|--------------------|----------------|-------|-----------|-------|----------|-------|-----------|-------|
|                    | Bueno          |       | Regular   |       | Mala     |       | Total     |       |
|                    | Frec.          | Porc. | Frec.     | Porc. | Frec.    | Porc. | Frec.     | Porc. |
| Buena              | 4              | 7     | -         | -     | -        | -     | 4         | 6     |
| Regular            | 52             | 85    | 8         | 80    | 1        | 100   | 61        | 85    |
| Mala               | 5              | 8     | 2         | 20    | -        | -     | 7         | 10    |
| <b>Total</b>       | <b>61</b>      |       | <b>10</b> |       | <b>1</b> |       | <b>72</b> |       |

**Fuente: Encuesta a personal de salud.  
Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega  
Noviembre 2020**

En el estudio realizado con el personal clínico en el municipio de el Cuá, Jinotega al asociar el nivel de conocimiento con el nivel de prácticas que tenían los encuestados se encontró lo siguiente: solamente el 7% de todos los encuestados presentaron un buen nivel de conocimiento y un buen nivel de prácticas. Los que presentaron un nivel de conocimiento regular, pero con un buen nivel de prácticas se expresaban en un 85% y los que presentaron un mal nivel de conocimiento, pero un buen nivel de actitud eran solamente el 8%. Mientras tanto los que tenían un nivel de conocimiento regular y un nivel de prácticas regular represento el 80% y los que tenían un nivel de conocimiento malo con un nivel de prácticas regular eran un total del 20%. Mientras que los que tenían un nivel de conocimiento regular y un nivel malo en actitudes eran un 100%.

En medidas generales se encontraban entre un nivel bueno en correlacionar en conocimientos y prácticas.

**Cuadro 20. Frecuencia según actitud y nivel de prácticas.**

| Actitud nivel | Practica nivel |       |           |       |          |       |           |       |
|---------------|----------------|-------|-----------|-------|----------|-------|-----------|-------|
|               | Bueno          |       | Regular   |       | Mala     |       | Total     |       |
|               | Frec.          | Porc. | Frec.     | Porc. | Frec.    | Porc. | Frec.     | Porc. |
| Bueno         | 17             | 28    | 4         | 40    | 0        | 0     | 21        | 29    |
| Regular       | 37             | 61    | 4         | 40    | 0        | 0     | 41        | 57    |
| Malo          | 7              | 11    | 2         | 20    | 1        | 100   | 10        | 14    |
| <b>Total</b>  | <b>61</b>      |       | <b>10</b> |       | <b>1</b> |       | <b>72</b> |       |

**Fuente: Encuesta a personal de salud.  
Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega  
Noviembre 2020**

En el estudio realizado con el personal clínico en el municipio de el Cuá, Jinotega al asociar el nivel de actitud con el nivel de prácticas que tenían los encuestados se encontró lo siguiente: un total de 28% de todos los encuestados presentaron un buen nivel de actitudes y un buen nivel de prácticas. Los que presentaron un nivel de actitud regular, pero con un buen nivel de prácticas se expresaban en un 61% y los que presentaron un mal nivel de actitudes, pero un buen nivel de prácticas eran solamente el 11%. Mientras tanto del total de encuestados que presentaron nivel de actitud bueno, pero con nivel de actitud regular fueron 40%, los que tenían un nivel de actitud regular y un nivel de prácticas regular represento el 40% y los que tenían un nivel de actitudes malo con un nivel de prácticas regular eran un total del 20%. y los que tenían un nivel malo de actitudes en relación a nivel malo en prácticas eran un 100%.

En medidas generales se encontraban entre un nivel bueno en actitudes y prácticas. Representando el 85% de los encuestados.

## VIII. Conclusiones.

- El personal de salud que labora en el municipio de el Cuá del número de encuestados el 49% pertenecía a puesto de salud, con una fuerza laboral predominantemente joven menores de 30 años y del sexo femenino, con casi en su totalidad de trabajadores con un nivel de educación superior, con una experiencia laboral en el municipio de más de 1 año, siendo el perfil ocupacional predominante enfermería en sus distintas modalidades
- Al realizar cruces de variables sociodemográficas con el nivel de conocimiento sobre el manejo de leishmaniasis se encontró una variable que resalto con mayor significancia fue que el personal médico pertenecientes a la unidad obtuvieron los niveles mayores en la escala aplicada clasificándose como bueno- regular. Además, se encontró relación directa entre el grado de escolaridad y el nivel de conocimiento siendo directamente proporcionales. Siendo los que recibieron educación superior los que obtuvieron mejores puntajes en la escala aplicada.
- En cuanto al cruce de variables sociodemográficas con el nivel de actitudes sobre el manejo de leishmaniasis resaltan las actitudes en menores de 30 años que a pesar de estar en ese rango de edades la mayoría poseía actitudes buenas en cuanto al manejo de la patología en el campo aplicado a detección de lesiones y primer contacto de pacientes. En términos generales de los distintos grupos se encontraban en un 50% poseían actitudes regulares respecto al manejo de pacientes.
- En relación a nivel de prácticas se encontró particularmente que el grupo de médicos poseía en su totalidad buenas prácticas en relación al manejo de la enfermedad mediante control directo de la misma. Y por lo general en un 85% del personal poseía buenas prácticas en este campo.

## **IX. Recomendaciones**

- *Al SILAIS- Jinotega:* los resultados del estudio siendo en su mayoría poseían nivel de conocimiento regular siendo los puntos clave los medios diagnósticos de la enfermedad se solicita la capacitación del personal de salud de los diferentes grupos que tiene poco tiempo de laborar en el municipio con énfasis en abordaje de medios diagnósticos de esta enfermedad endémica de la región.
- *A Sub Directora Docente SILAIS-Jinotega:* con el objetivo de aumentar el nivel de conocimiento del personal de salud en donde se detectaron deficiencias promover de manera continua la evaluación directa del personal clínico sobre esta patología y abordar sus deficiencias mediante sesiones docentes dentro de las unidades.
- *A Director Municipal Servicios de Salud el Cuá:* fomentar en el personal clínico de atención primaria adoptar buenas actitudes conforme al manejo de pacientes con lesiones características mediante estimulación directa con el personal implicado en las sesiones y consejos técnicos municipales.

## X. Bibliografía

- Botero David, M. R. (2012). *Parasitosis Humana*. Medellin: Investigaciones Biologicas.
- Carlos, C. (1988). *Conductas y actitudes* . Argentina : tusquet editores .
- Damian, F. (2001). *Dirección Nacional de Vectores. Control y Prevención de la Leishmaniasis Cutánea* . Managua, Nicaragua : Fundacion Damian .
- Española, R. A. (2001). *Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda edición*. España: Espasa.
- Harrison, T. R. (2006). *Principios de Medicina Interna* . Chile : Editorial Mc .
- Hernández Sampieri, R. (1999). *Metodología de la investigación*. Mexico : Editorial Mc Graw Hill interamericana.
- Hilal, R. (2019). *Las Bases de la Farmacología terapeutica* . Ciudad de Mexico : McGraw-Hill.
- Mercado, D. S. (20 de 06 de 2014). *Leishmaniasis, la enfermedad tropical más olvidada*. Obtenido de Leishmaniasis, la enfermedad tropical más olvidada: [hht://WWW.CONSUMER\\_es](http://WWW.CONSUMER_es)
- Ortiz, H. (2002). *omportamiento Clínico epidemiológico de la* . Managua, Nicaragua : UNAN Managua .
- Perez, D. D. (28 de 04 de 2015). *Leishmaniasis Sintomatologia y Diagnosticos*. Obtenido de Leishmaniasis Sintomatologia y Diagnosticos: <http://www.Sourmedic.com.leishmaniasis>
- Rivera, K. (2016). *Comportamiento epidemiologico de leishmania en el municipio de choloma* . Nueva Segovia, Nicaragua : CIES-UNAN, Managua.
- Rorberto, M. (2011). *Escalas de actitud*. Venezuela : odiseo .
- Salud, O. M. (28 de 08 de 2001). *Leishmaniasis Caracteristicas*. Obtenido de Leishmaniasis Caracteristicas: <http://www.who.int/es/news.room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>
- Salud, O. P. (2014). Control y Eliminacion de enfermedades infecciosas desatendidas. *OPS*, 8.
- Salud, O. P. (2019). Epidemiologia de leishmaniasis . *OPS*, 55.
- salud, O. P. (2019). *Informe epidemiologico de las americas* . washington : Organizacion Panamericana de la Salud .

Samir, C. (05 de 11 de 2019). *Revision Clinica y epidemiologica de la leishmaniasis en Peru* . Obtenido de Revision Clinica y epidemiologica de la leishmaniasis en Peru : <http://scielo.conicyt.cl/scielo.php?scrip:artt:S071610182090006000770>

Soza, E. (2013). perfil epidemiologico de la leishmaniasis . *secretaria de salud* , 8.

Victor, Z. (10 de 05 de 2017). *Vectores de leishmaniasis Tegumentaria* . Obtenido de Vectores de leishmaniasis Tegumentaria : <http://scielo.org.pe/scielo.php?scrip:artthex:S1726463420}0000301006>

## XI. Anexos.

### Operacionalización de las variables

| Variable   | Definición  | Valor                 | Categoría   |
|--|---|-----------------------|---|
| Objetivo 1: Caracterizar Socio demográficamente a la población en estudio.                                       |   |                       |   |
| Edad   | Tiempo cronológico desde el nacimiento de la persona hasta la fecha.  | Años<br>Cuantitativo. | 20-30 años<br>31-40 años.<br>41-50 años<br>51-61 años |
| Sexo   | Expresión genotípica de los órganos sexuales.   | Cualitativo           | Femenino<br>Masculino                                 |
| Ocupación  | Ocupación en cualquier actividad física o intelectual que se desempeña un persona                                       | Cualitativo           | Medico<br>Enfermera.<br>E.T.V.                        |
| Escolaridad  | Nivel de escuela alcanzado, no necesariamente terminado.  | Cualitativo           | Analfabeta<br>Primaria.<br>Secundaria<br>Universidad  |
| Lugar de trabajo   | Área del centro de trabajo, edificadas o no, en las que los trabajadores deban permanecer.                              | Cualitativo           | Hospital de trabajo.<br>Puesto de salud.<br>E.T.V.    |
| Objetivo 2. Determinar el conocimiento del personal de salud sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad |   |                       |   |
| Capacitación   | Seminarios que han recibido sobre un tema en cuestión   | Cuantitativo 1 pt.    | SI<br>NO  |
| Concepto   | Proposición que expone con claridad y exactitud los caracteres genéricos y diferencial de algo material con inmaterial. | Cuantitativo 1 pt     | Respuesta de selección Múltiple, opción B             |

|   |   |                   |   |
|---|---|-------------------|---|
| Vector  | Especie de mosquito involucrada en la transmisión de la enfermedad  | Cuantitativo 1 pt | Flebótomos  |
| Forma de transmisión  | Mecanismo por el que una enfermedad pasa de un hospedero a otro   | Cuantitativo 1 pt | Picadura de insectos vectores del género Lutzomyia.   |
| Formas Clínicas   | Características de la enfermedad  | Cualitativo 1 pt  | Cutánea<br>Muco-cutánea<br>Visceral   |
| Diagnostico   | Procedimientos utilizados para el diagnóstico de leishmaniasis conocidos por el encuestado                                  | Cualitativo 1 pt  | Laboratorios<br>Clínicos<br>Epidemiológicos   |
| Dosificación de tratamiento   | Medidas por kilos de peso del paciente para la administración de Glucantime   | Cualitativo 1 pt  | 75 mg/kg/día por antimonio de Meglumina en una sola dosis   |
| Objetivo 3. Establecer las actitudes que posee el personal de salud ante la presencia de las lesiones en los pacientes.         |   |                   |   |
| Participación activa y estrategias de prevención.   | preparación con la que se busca evitar, de manera anticipada, un riesgo, un evento desfavorable o un acontecimiento dañoso. | Cuantitativo 1 pt | Hay participación en los planes de higiene y limpieza en la comunidad, conducta a seguir en pacientes con Leishmania. |
| Objetivo 4. Constatar las practicas que tiene el personal de salud clínico sobre el manejo de la leishmaniasis cutánea clásica. |   |                   |   |
| Prevención y control  | Conjunto de medidas tomadas para evitar la propagación de la enfermedad   | Cuantitativo 1 pt | Eliminar reservorios<br>Uso de repelentes<br>Mosquiteros<br>Limpieza de los patios                                    |



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.  
Recinto Universitario  
FAREM-Carazo Facultad  
de Ciencias Medicas**

**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS**

El presente cuestionario tiene por finalidad determinar el conocimiento, actitud y practica del personal de salud del Hospital primario héroes y Mártires del Cuá Jinotega con el objetivo de determinar el conocimiento del personal de salud de dicha unidad de además de establecer las actitudes que poseen de leishmaniosis y constatar las practicas que realizan en la atención de pacientes con leishmaniosis.

Muchas gracias por su colaboración.

I. Datos Generales.

Área de salud a la cual pertenece

Hospital Primario\_\_\_\_ Puesto de salud\_\_\_\_ E.T.V

Edad: Sexo: F\_\_M

Ocupación: Medico\_\_\_\_Enfermera\_\_\_\_\_E.T.V.\_\_\_\_

Nivel de escolaridad: primaria\_\_Secundaria:\_\_Educación Superior:

Tiempo de laborar en el Municipio \_\_\_\_\_

**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LEISHMANIOSIS.**

1- ¿Ha recibido capacitación sobre leishmaniosis?

SI\_\_NO

2-Marque con una X el concepto de leishmaniosis.

- a) Enfermedad transmitida por el virus de Aedes aegypti, produce fiebre, mialgia y artralgia. \_\_\_\_\_
- b) Es una enfermedad que se produce por la picadura de insectos flebótomos hembras de la familia *Lutzomyia* y produce una variedad de manifestaciones clínicas, se ve con mayor frecuencia en zonas boscosas y

húmedas

- c) Causado por parásitos del género Plasmodium, que se transmiten al ser humano por la picadura de mosquitos hembra infectados del género Anopheles

3- ¿Cómo se llama el vector que produce la enfermedad?

4- ¿Cuál es la forma de transmisión?

5- ¿Cuáles son las presentaciones clínicas de leishmaniasis más frecuentes en el Municipio?

6- ¿Qué órganos se ven mayormente afectados por la enfermedad?

7- ¿Cuáles son los medios diagnósticos que usted conoce para detección de leishmaniasis?

Frotis directo \_\_\_\_\_ Cultivo \_\_\_\_\_

Prueba de PCR \_\_\_\_\_ Pruebas Serológicas \_\_\_\_\_

Prueba de Montenegro \_\_\_\_\_ Biopsia \_\_\_\_\_

8- ¿Cuáles son las dosis de Antimoniato de Meglumina en pacientes pediátricos?

9- ¿Cuáles son los criterios de manejo ambulatorio de leishmaniasis?

10- ¿Cuáles son los criterios de referencia a un nivel superior de un paciente con leishmaniasis?

11- ¿Qué reacciones adversas usted conoce del tratamiento?

### **ACTITUDES DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE EL MANEJO DE LEISHMANIOSIS.**

- 1) Con el objetivo de prevenir la transmisión de leishmaniosis ¿Esta dispuesto a participar en programas para promover la prevención de la enfermedad?
  
- 2) Llega a su consulta un paciente con lesiones que orientan a Leishmaniasis ¿Cuál es su conducta a seguir?
  
- 3) ¿Cuáles son los mitos que usted conoce sobre la aplicación de Glucantime en pacientes de maneja ambulatorio?

- 4) ¿Cada cuánto tiempo realiza jornada de higiene y limpieza con los pobladores con el objetivo de prevenir leishmaniasis?
- a. Nunca
  - b. Diario
  - c. Cada 3 días
  - d. Una vez a la semana
  - e. Una vez cada 2 semanas
  - f. Una vez al mes.

**PRACTICAS DEL PERSONAL DE SALUD ACERCA DE LEISMANIOSIS.**

- 1) ¿Qué estrategias implementa usted para la prevención?
- 2) ¿Qué estrategias considera son las mejores para la prevención de la enfermedad?
- 3) ¿Cuáles son las recomendaciones que usted practica de manera personal para el control directo de la enfermedad?
- 4) ¿Cuál es la conducta a seguir en un paciente que abandono el tratamiento con más del 50% de la medicación?

5) ¿En pacientes que han concluido su tratamiento que recomendaciones y seguimiento has de brindar



Paciente con leishmaniasis  
cutánea clásica

El Cuá, Jinotega

Nov 2020





Fotos tomadas directamente de las lesiones de pacientes en la consulta de atención primaria



**Cuadro 2. Frecuencia según conocimientos sobre Leishmaniasis.**

| Variable  | Si    |       | No    |       |
|---|-------|-------|-------|-------|
|   | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. |
| ¿Ha recibido capacitación sobre Leishmaniasis?  | 57    | 79    | 15    | 21    |
| ¿Cuál es el concepto de Leishmaniasis?  | 62    | 86    | 10    | 14    |
| ¿Cómo se llama el vector de la leishmaniasis?   | 61    | 85    | 11    | 15    |
| ¿Cuál es la Vía de entrada del vector?  | 65    | 90    | 7     | 10    |
| ¿Cuál es la presentación clínica más frecuente en el municipio?                         | 66    | 92    | 6     | 8     |
| ¿Qué órgano se ve mayormente afectado por la enfermedad?                                | 64    | 89    | 8     | 11    |
| Frotis  | 71    | 99    | 1     | 1     |
| Prueba de Montenegro  | 14    | 19    | 58    | 81    |
| PCR   | 23    | 32    | 49    | 68    |
| Cultivo   | 4     | 6     | 68    | 94    |
| Pruebas serológicas   | 2     | 3     | 70    | 97    |
| Biopsia   | 3     | 4     | 69    | 96    |
| ¿Cuál es la dosis de antimonio de Meglumina?  | 39    | 54    | 33    | 46    |
| ¿Cuáles son los criterios de manejo ambulatorio de leishmaniasis?                       | 61    | 85    | 11    | 15    |
| ¿Cuáles son los criterios de referencia a segundo nivel de atención de estos pacientes? | 57    | 79    | 15    | 21    |
| ¿Qué reacciones adversas del tratamiento usted conoce?                                  | 69    | 96    | 3     | 4     |

**Fuente: Encuesta realizada a trabajadores**

**Cuadro 8. Frecuencia según actitudes.**

| <b>Pregunta</b>   | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|---|-------------------|-------------------|
| ¿Está dispuesto a participar en programas para promover la prevención?              | 72                | 100               |
| ¿Llega un paciente con lesiones características, cuales es la conducta para seguir? | 67                | 93                |
| ¿Cuáles son los mitos que usted conoce conforme a la aplicación del tratamiento?    | 44                | 61                |
| ¿Cada cuánto tiempo se realiza jornada de limpieza con los pobladores?              | 43                | 60                |

**Fuente: Encuesta realizada a trabajadores**

**Cuadro 10. Frecuencia según mitos.**

| <b>¿Cuáles son los mitos que usted conoce conforme a la aplicación del tratamiento?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|---|-------------------|-------------------|
| Aplicación intra-lesional del tratamiento   | 22                | 31                |
| El tratamiento causa ceguera  | 7                 | 10                |
| Se cura con plantas medicinales   | 5                 | 7                 |
| Formación abscesos en los glúteos con el tratamiento                                    | 4                 | 6                 |
| El tratamiento causa bajo de peso   | 2                 | 3                 |
| Que se cura solo con una dosis  | 2                 | 3                 |
| El tratamiento causa hepatitis  | 1                 | 1                 |
| Ninguno   | 29                | 40                |
| <b>Total</b>  | <b>72</b>         |                   |

**Fuente: Encuesta realizada a trabajadores.**

#### **Cuadro 14. Frecuencia según prácticas.**

| <b>Pregunta</b>   | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|---|-------------------|-------------------|
| ¿Qué estrategias implementa usted para la prevención de la enfermedad?          | 69                | 96                |
| ¿Qué estrategias considera son las mejores para la prevención de la enfermedad? | 70                | 97                |
| ¿Cuáles son las recomendaciones que usted practica de manera personal para e?   | 68                | 94                |
| ¿Cuál es la conducta en un paciente con abandono de tratamiento?                | 64                | 89                |
| Si el paciente ya concluyó el tratamiento, ¿cuáles son las recomendaciones?     | 69                | 96                |

**Fuente: Encuesta realizada a trabajadores.**