

Conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la enfermedad de Carrión en pobladores del distrito de Ocallí, provincia de Luya, región Amazonas

Knowledge, attitudes and practices regarding Carrión's Disease in persons living in Ocallí district, Luya, Amazonas

Franco Romaní¹

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Carrión (EC) es endémica en el distrito de Ocallí, provincia de Luya, región Amazonas. Existen pocos estudios de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la EC en nuestro medio, y menos aún es esta región, por lo que es importante brindar evidencia del estado actual de la forma como los pobladores de Ocallí conciben y manejan esta enfermedad. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los pobladores del distrito de Ocallí sobre la EC. **Material y métodos:** Estudio observacional transversal. Se aplicó un cuestionario autoadministrado y anónimo, previamente validado y sometido a prueba piloto, en pobladores mayores de edad del distrito de Ocallí entre marzo y abril del 2009. **Resultados:** Se enroló 284 participantes, el 59.8% tenía un buen nivel de conocimiento, 28.2% un regular nivel de conocimiento y 12% un nivel malo. El puntaje promedio de los participantes fue de 7.2 ± 2.7 , con un rango alcanzado de 0 a 10. El 95.8% de los participantes tuvieron una actitud favorable frente a las medidas preventivas y el 65.1% tuvo prácticas adecuadas, respecto a la EC. **Conclusiones:** Los pobladores del distrito de Ocallí tienen un nivel adecuado de conocimiento, actitudes favorables y prácticas adecuadas referente a la EC. Sin embargo, recomendamos realizar intervenciones, como talleres para mejorar las prácticas de los pobladores respecto a la EC, tomando como base el aceptable nivel de conocimiento encontrado.

Palabras clave: Enfermedad de Carrión, Infecciones por bartonella, Conocimientos, actitudes y prácticas en salud.

ABSTRACT

Introduction: Carrion's disease (CD) is endemic in Ocallí district. There are few studies of the knowledge, attitudes and practices concerning CD in our country, much less in this region. Therefore, it is important to provide evidence of the current state of how this disease is understood and managed by the residents of Ocallí.

Objective: To determine the level of knowledge, attitudes and practices regarding CD in persons living in Ocallí district. **Methods:** Observational, cross-sectional study. We used a self-administered and anonymous questionnaire previously validated and pilot tested on adults from Ocallí district between March and April 2009. **Results:** We enrolled 284 subjects, of whom 59.8% had a good level of knowledge, 28.2% a regular level of knowledge and 12% a low level. The average score was 7.2 ± 2.68 ranging from 0 to 10. 95.8% of participants showed a favorable attitude to preventive measures and 65.1% had adequate practices to prevent CD. **Conclusions:** The residents of Ocallí district have an adequate level of knowledge, positive attitudes and adequate prevention practices related to CD. However, considering the already acceptable level of knowledge among residents, we recommend interventions such as workshops to specifically improve practices for preventing CD.

Keys words: Carrion's disease, Bartonella infecciones, Health knowledge, attitudes, practices.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Carrión (EC), fiebre de la Oroya, verruga peruana o bartonelosis humana es una enfermedad asociada a la historia de la medicina peruana, y que además, por su elevado impacto económico, requiere de un esfuerzo para su prevención y control.¹ La EC es considerada como una de las principales enfermedades emergentes, apareciendo en los últimos diez años en varios lugares de la sierra y selva peruana.^{2,3}

El agente etiológico es la *Bartonella bacilliformis*, una proteobacteria aeróbica intracelular, pleomórfica, gramnegativa y flagelada. Se transmite al hombre mediante la picadura de insectos alados, hematófagos, hembras del género *Lutzomyia spp*, llamados popularmente "titira" o "manta blanca".^{1,2,4-11}

El cuadro clínico de la EC varía desde una infección oligosintomática o subclínica hasta una enfermedad

¹ Sección Epidemiología, Instituto de Medicina Tropical "Daniel A. Carrión", Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú
Correspondencia a Franco Romaní fromanir@epiredperu.net

aguda febril severa. La enfermedad tiene dos fases bien definidas, la fase aguda hemática (Fiebre de la Oroya) y la fase crónica eruptiva (Verruga peruana).^{1,2} La fase aguda es de presentación más grave, puede tener una letalidad del 90% cuando no se diagnostica y trata en forma precoz, o cuando el tratamiento es inadecuado.²

La EC es una enfermedad prevalente de los valles interandinos del Perú, Ecuador y Colombia; también se encuentra en los valles orientales del norte (selva alta), por lo general entre los 500 y 3200 msnm y entre los 2° de latitud norte y 13° de latitud sur. Hasta el momento no se ha reportado en la selva baja.^{2,4,12,13}

El fenómeno de El Niño de 1998 produjo un gran número de brotes en diferentes partes del Perú, desde ese año y sobre todo entre el 2001 y 2004 la enfermedad se ha expandido o reactivado en diversas regiones del país. Se han reportado brotes en las provincias de La Convención, Urubamba, Calca y Quispicanchis en Cusco, Patate en La Libertad, Huamalíes en Huánuco, Yauyos en Lima, Huaylas, Yungay, Carhuaz, Antonio Raymondi, Pomabamba y Pallasca en Ancash, Huancabamba en Piura, Luya, Utcubamba, Chachapoyas y Rodríguez de Mendoza en Amazonas y Jaén y San Ignacio en Cajamarca. Sin embargo, sólo en Ancash y Cusco se ha demostrado que la enfermedad estuvo influenciada por el fenómeno de El Niño de 1997-1998, aumentando en forma significativa el número de casos.^{3-11,13,14}

En la provincia de Luya en la región Amazonas se registraron, del 2000 al 2007, 1 069 casos de EC (entre probables y confirmados), siendo la tasa de incidencia anual de 2.5 casos por 1 000 habitantes. En el año 2004 se encontraron 439 casos (tasa de incidencia de ocho casos por 1 000 hab.), en el 2005 se registraron 325 casos (5.8/1 000 hab.), en el 2006 103 casos (1.8/1 000 hab.) y en el 2007 se encontraron 153 casos (2.9/1 000 hab.).¹⁵ En el distrito de Ocallí la tasa de incidencia anual, de 1998 al 2008, fue de 2.5 casos por 1 000 habitantes por año, con una tasa de letalidad de 2.7%.¹⁶

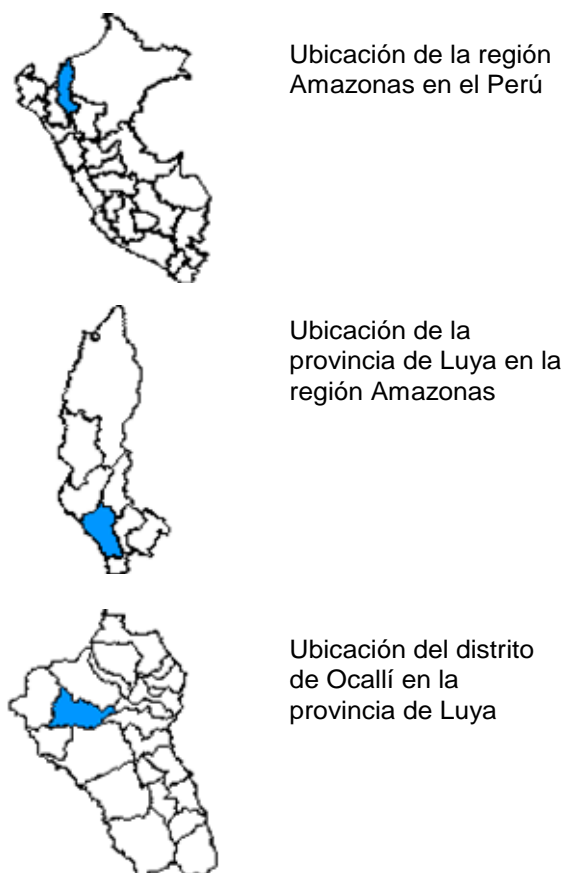
Un estudio entomológico realizado en Amazonas reportó que la *Lutzomyia verrucarum* está presente en las provincias de Bongará, Luya y Chachapoyas, mientras que las *Lutzomyia robusta* y *Lutzomyia maranonensis* están presentes en las provincias de Rodríguez de Mendoza y Utcubamba.⁸ En el mismo estudio se reportó el hallazgo de 249 especímenes de *Lutzomyia robusta*, 181 especímenes de *Lutzomyia maranonensis* y sólo tres especímenes de *Lutzomyia verrucarum*, en el distrito de Lonya Grande, provincia de Utcubamba. Dicho distrito se encuentra a 70km del distrito de Ocallí, con el cual comparte las mismas características geográficas de selva alta, a pesar de pertenecer a la provincia de Luya, la cual en gran parte de su extensión presenta característica de valle interandino, con escasa vegetación y extensas áreas ralas de suelo desnudo y pedregoso.

Existen pocos estudios de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la EC en nuestro medio y menos aún en esta región endémica de EC del Perú. Los resultados de dichos estudios realizados en La Libertad y Cusco son disímiles por varios factores, entre ellos la distinta geografía y el tiempo de presencia de la enfermedad en dichas zonas.^{13,14} Con el presente trabajo pretendemos describir y brindar mayor evidencia sobre cuales son los conocimientos, actitudes y prácticas de esta enfermedad con el objetivo de conocer cual es la situación actual de los pobladores respecto al manejo que le dan a esta enfermedad, lo cual nos permitiría tomar las medidas correctivas desde el punto de vista de promoción de la salud, no sólo en este distrito sino también en todas las localidades que comparten la misma geografía y aspectos culturales del distrito de Ocallí, en Amazonas y otras regiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio de tipo observacional transversal, fue realizado en el distrito de Ocallí, provincia de Luya, región Amazonas, entre marzo y abril del 2009 (Figura 1).

Figura. 1. Ubicación del distrito de Ocallí, provincia de Luya, región Amazonas.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática, Banco de Información Distrital (Disponible en: <http://desa.inei.gob.pe/mapas/bid/>).

Incluimos a los residentes habituales del distrito (por lo menos dos años viviendo en la localidad), de 18 años o más. Excluimos a los pobladores con problemas físicos o mentales que no pudieron contestar al cuestionario y a los que rehusaron participar del estudio.

Estimamos un tamaño muestral de 286 personas, considerando una proporción de 23.2% de personas con un conocimiento básico sobre EC, obtenido del estudio previo de Castillo et al,¹⁴ un error muestral de 5%, un nivel de confianza del 95% y un porcentaje de pérdida de 5%. El muestreo fue por conveniencia; seleccionando consecutivamente todas las casas de las comunidades. Se seleccionaron a todos los miembros de la familia que cumplieran con los criterios de inclusión, en el caso de viviendas cerradas o con menores de edad, se procedió a volver en una segunda oportunidad en horario donde se encontraron los miembros adultos. En caso de que no desearan participar se paso a la vivienda contigua.

El cuestionario aplicado estuvo basado en dos cuestionarios previamente usados en estudios realizados en el departamento de La Libertad (localidad de Sartimbamba, provincia Sánchez Carrión)¹³ y Cusco (distrito de Ollantaytambo, provincia de Urubamba)¹⁴. Una vez elaborado el cuestionario fue sometido a juicio de experto por dos médicos infectólogos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Realizamos una prueba piloto en 30 pobladores del distrito de Ocallí; en el proceso de validación obtuvimos un alfa de Cronbach de 0.76 para la consistencia interna del cuestionario en la sección de conocimientos, 0.91 en la de actitudes y 0.61 en la de prácticas. Además, la prueba piloto permitió corregir aspectos del entendimiento de las preguntas, mejorar la presentación del cuestionario y establecer un tiempo propicio para su desarrollo.

El cuestionario constó de cuatro partes. La primera recolectó datos demográficos: edad, género, estado civil, nivel de educación y ocupación. La segunda sirvió para explorar el nivel de conocimientos sobre la EC, y constó de diez preguntas de opción múltiple (dos preguntas tenían más de una respuesta correcta) que exploraron el conocimiento general (una pregunta), forma de transmisión (una pregunta), síntomas (una pregunta), conocimiento del vector (dos preguntas), diagnóstico (una pregunta), prevención (tres preguntas) y mortalidad (una pregunta). La tercera parte exploró la actitud de la población sobre la prevención de la EC por medio de cinco preguntas de opción múltiple, planteadas según la escala de Likert. La cuarta parte sirvió para determinar las prácticas de prevención y tratamiento de la población respecto a la enfermedad, planteamos 12 preguntas de opción múltiple.

Para hallar el nivel de conocimiento, recategorizamos el puntaje obtenido en malo (0 a 3 puntos), regular o intermedio (4 a 7 puntos) y nivel de conocimiento bueno (8 a 10 puntos). A las preguntas sobre actitudes planteadas positivamente, se le otorgó un puntaje de

cinco para “*muy de acuerdo*”, cuatro para “*de acuerdo*”, y así sucesivamente hasta un puntaje de uno para “*muy en desacuerdo*”. El puntaje total obtenido fue recategorizado como actitud desfavorable para medidas preventivas (5 a 17 puntos) y actitud favorable (18 a 25 puntos). El máximo puntaje posible para prácticas preventivas sobre bartonelosis fue de 12, recategorizamos el puntaje de 0 a 5 como prácticas no adecuadas y de 6 a 12 como prácticas adecuadas. Estas recategorizaciones fueron arbitrarias por parte del autor para facilitar el análisis de los resultados.

Solicitamos a la población del distrito de Ocallí a participar en el estudio, previo consentimiento informado verbal antes de la resolución del cuestionario.

Los datos recolectados los registramos y analizamos con el programa SPSS 16.0. El análisis descriptivo consistió en determinar distribuciones de frecuencias y cálculo de medias y desviaciones estándar. Realizamos análisis bivariado para estudiar la asociación de las variables demografías con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas. Además se analizó la asociación entre estas tres últimas variables mediante chi cuadrado o prueba exacta de Fisher considerando estadísticamente significativo un $p < 0.05$. También se cálculo como medida de fuerza de asociación el odds ratio (OR).

RESULTADOS

Enrolamos 284 pobladores del distrito de Ocallí, el promedio de la edad fue de 42.0 ± 15.7 años (rango 18 a 88 años). El 75% de participantes tuvieron menos de 51 años y 121 (43.4%) fueron del género masculino. Respecto al grado de instrucción 132 (48%) tuvieron primaria completa, 99 (35.5%) estudios secundarios, 28 (10%) estudios superiores y 18 (6.5%) eran analfabetos. En relación al estado civil, 152 (56.3%) eran casados, 86 (31.8%) solteros y 32 (11.9%) convivientes. Por último, referente a la ocupación 73 (26.5%) eran agricultores, 50 (18.2%) empleados, 134 (48.7%) se dedicaban a su casa, 12 (4.4%) eran estudiantes y seis (2.2%) ganaderos.

Nivel de conocimiento sobre la enfermedad de Carrión

De los 284 participantes, 170 (59.8%) presentaban un buen nivel de conocimiento, 80 (28.2%) tuvieron un nivel regular o intermedio y 34 (12%) un nivel de conocimiento malo. El puntaje promedio de los participantes fue de 7.2 ± 2.7 (rango 0 a 10). La frecuencia de participantes que respondieron correctamente a las preguntas de conocimiento sobre EC se detalla en la tabla 1.

Doscientos dos (71.1%) participantes conocen al mosquito que transmite la EC como manta blanca, cuatro (1.4%) como titira, dos (0.7%) como *Lutzomyia* y 38 (13.4%) como zancudo, el resto refieren no conocer el nombre del mosquito.

Tabla 1. Respuestas correctas a las preguntas de conocimiento sobre la enfermedad de Carrión (EC) entre pobladores del distrito de Ocallí, provincia de Luya, región Amazonas. Marzo a abril de 2009.

Respuesta	n	(%)
▪ La EC puede causar la muerte.	226	(82.8)
▪ Usar mosquitero previene la picadura del mosquito que trasmite la EC.	220	(82.4)
▪ Usar pantalones, camisa manga larga y repelente protege de la picadura del mosquito.	220	(80.3)
▪ La EC se diagnostica por examen de sangre.	218	(76.8)
▪ El mosquito pica de 6:00pm a 6:00am.	215	(76.2)
▪ Han escuchado o leído anteriormente sobre la EC, bartonelosis humana, fiebre de la Oroya o verruga peruana.	204	(74.5)
▪ La EC se transmite por la picadura de un mosquito.	207	(73.4)
▪ Nombre del mosquito que trasmite la EC (Manta blanca, Lutzomyia, titira).	208	(73.2)
▪ Realizar actividades en la noche (6:00pm a 6:00am), los expone a la picadura del mosquito.	175	(67.0)
▪ Conoce tres o más síntomas o signos de la EC.	151	(53.2)

Fiebre (74.3%), dolor de cabeza (58.1%) y malestar general (40.5%) fueron los síntomas más conocidos por los participantes; el resto de síntomas y signos se detallan en la figura 2.

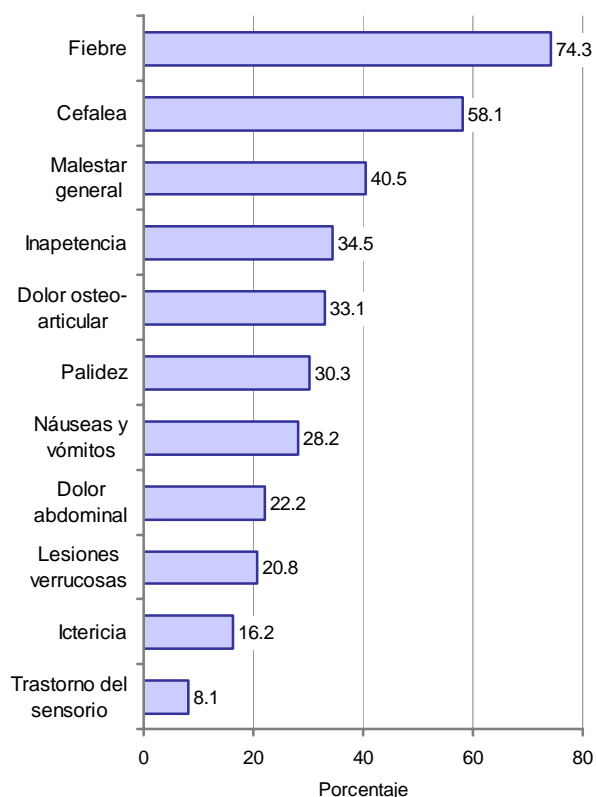
No se encontró asociación estadísticamente significativa del nivel de conocimiento con género, ocupación ni estado civil ($p > 0.05$). Sin embargo, sí se encontró asociación significativa entre nivel de conocimiento y el nivel educativo ($p = 0.023$), los participantes con mejor grado de instrucción tuvieron un mayor nivel de conocimiento.

Actitudes sobre medidas preventivas para la enfermedad de Carrión

Referente a las actitudes, 272 participantes (95.8%) tuvieron una actitud favorable frente a las medidas preventivas sobre la EC. Las actitudes sobre prevención de la EC por parte de los pobladores del distrito de Ocallí se detallan en la tabla 2.

No se encontró asociación estadísticamente significativa de las actitudes hacia las medidas preventivas de la EC con género, ocupación, nivel de instrucción ni estado civil ($p > 0.05$).

Figura 2. Síntomas y signos de la enfermedad de Carrión conocidos por pobladores del distrito de Ocallí, provincia de Luya, región Amazonas, marzo a abril del 2009.



Prácticas sobre medidas preventivas para la enfermedad de Carrión

Del total de participantes 185 (65.1%) tuvieron prácticas adecuadas respecto a la EC. Las prácticas sobre prevención y tratamiento se detallan en la tabla 3. No se encontró asociación estadísticamente significativa del tipo de prácticas sobre EC con género, ocupación, nivel de instrucción ni estado civil ($p > 0.05$).

En el análisis bivariado entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas encontramos que un buen nivel de conocimiento está asociado estadísticamente con prácticas adecuadas ($p < 0.001$, OR=3.73, IC al 95% [2.23-6.23]). Para la asociación entre nivel de conocimiento y la actitud se usó la prueba exacta de Fisher encontrándose que un buen nivel de conocimiento se asocia con actitudes favorables ($p = 0.04$, OR=8.07, IC al 95% [1.73-37.59]); también se usó la prueba exacta de Fisher para encontrar asociación entre las prácticas y actitudes sobre prevención de la EC, así el tener actitudes favorables está asociado a prácticas adecuadas ($p < 0.01$, OR=10.28, IC [2.20-47.91]).

Tabla 2. Actitudes sobre prevención de la enfermedad de Carrión en los pobladores del distrito de Ocallí, provincia de Luya, región Amazonas, marzo a abril del 2009.

Enunciado	Muy de acuerdo n (%)	De acuerdo n (%)	Sin opinión n (%)	En desacuerdo n (%)	Muy en desacuerdo n (%)
▪ Acudiría a la posta médica si siente molestias o síntomas de bartonelosis.	102 (36.0)	172 (60.8)	9 (3.2)	0	0
▪ Recomendaría la práctica de medidas preventivas a otras personas.	68 (24.0)	189 (63.6)	30 (10.6)	3 (1.1)	2 (0.7)
▪ Estaría dispuesta a asistir a charlas informativas sobre la bartonelosis.	90 (31.8)	168 (59.4)	19 (6.7)	4 (1.4)	2 (0.7)
▪ Colaboraría con el centro de salud en realizar campañas de prevención de bartonelosis.	63 (22.3)	170 (60.1)	45 (15.8)	4 (1.4)	1 (0.4)
▪ Las charlas informativas sobre bartonelosis deberían ser dictadas por el médico.	139 (49.5)	135 (47.5)	7 (2.5)	0	0

Tabla 3. Prácticas de prevención y tratamiento sobre enfermedad de Carrión en los pobladores del distrito de Ocallí, provincia de Luya, región Amazonas, marzo a abril del 2009.

Práctica	n	(%)
▪ Mantiene la limpieza dentro de la casa	265	(94.6)
▪ Limpia alrededor de la vivienda, la maleza y basura por ejemplo	240	(85.1)
▪ Cuando alguien en casa tiene o se sospecha que tiene bartonelosis, lo lleva a la posta o centro de salud	234	(84.2)
▪ Usa camisa con manga larga o pantalones que lo cubra fuera de casa	193	(68.4)
▪ Rellena o tarrajea las paredes internas de la casa	182	(64.5)
▪ Evita realizar actividades fuera de las casa entre las 6 de la tarde y 6 de la mañana.	171	(61.1)
▪ Humea la casa para evitar los mosquitos	156	(55.1)
▪ Usa mallas en puertas y ventanas	97	(34.3)
▪ Asiste a charlas que brinda el Ministerio de Salud sobre bartonelosis	88	(31.0)
▪ Usa repelentes de insectos para evitar la picadura de mosquitos	53	(18.8)
▪ Usa mosquitero para dormir	37	(13.1)
▪ Ha fumigado su casa en los últimos seis meses	21	(7.4)

DISCUSIÓN

El distrito de Ocallí pertenece al quintil de nivel socioeconómico de muy pobre.¹⁷ Un estudio previo encuentra una tasa de incidencia anual en el periodo

1998 al 2008 de 2.54 casos por 1 000 habitantes. La EC es una enfermedad endémica en este distrito; el promedio de edad de los pacientes afectados fue de 15.7 años y aproximadamente el 70% de los afectados fue menor de 18 años, siendo los niños de 2 a 7 años el grupo de edad más afectado con 42.4% del total de casos; además el 54.9% de casos fueron mujeres. El 73.9% sufrieron la forma aguda de la enfermedad mientras que sólo 12.6% tuvieron la forma crónica, el resto de casos fueron la forma aguda complicada; éstas son algunas características de la EC en el distrito de Ocallí.¹⁶

Casi el 60% de nuestros participantes fueron del género femenino, lo cual podría ser atribuido a que el cuestionario fue aplicado en las casas, donde la mujer se desempeña con mayor frecuencia que el varón, quien trabaja en la agricultura fuera del hogar; esto explicaría el hecho que casi la mitad de nuestros participantes se dedicaban a labores del hogar. El porcentaje de analfabetismo fue del 6.5%, en personas analfabetas el cuestionario se administró en forma oral.

En nuestro estudio se refleja un nivel de conocimiento adecuado en la población del distrito de Ocallí. Castillo et al.¹⁴ en su estudio en el distrito de Ollantaytambo, Cusco encontraron que el 53.9% de sus participantes tuvieron un nivel de conocimiento avanzado y 23.2% un nivel básico. Este estudio coincide en señalar que sus participantes tienen un adecuado nivel de conocimiento sobre la EC. Sin embargo, Bengoa et al.¹³ en su estudio en la localidad de Sartimbamba, en el departamento de la Libertad, encontraron que la mayoría de sus participantes tuvieron un nivel de conocimiento insuficiente. Este inadecuado nivel de conocimiento podría ser explicado por ser una enfermedad de reciente emergencia en dicha zona y a las pocas estrategias de promoción y educación sobre la EC realizadas por el Ministerio de Salud (MINSA). Por el contrario, desde 1998 en las zonas de la sierra, como en el Valle Sagrado

de los Incas, donde se ubica el distrito de Ollantaytambo y en la provincia de Luya, específicamente en su región de selva alta donde se ubica el distrito de Ocallí, la EC es una enfermedad endémica,^{16,18} y es conocida por sus pobladores a través de campañas de prevención e información impartidas por el MINSA o por la experiencia de haber tenido dicha enfermedad. Confirmando esto, encontramos que el 74.5% de nuestros participantes tenía información previa o algún tipo de conocimiento sobre la EC. Castillo et al. refieren que el 86.4% de sus participantes había escuchado anteriormente sobre la EC.

La mayoría de nuestros participantes sabía que la EC se trasmite por la picadura de un mosquito (73.4%), que el vector se llama “manta blanca, *Lutzomyia* o titira” (73.2%), que el mosquito pica entre las 6:00 de la tarde y 6:00 de la mañana (76.2%), que la EC se diagnostica por un examen de sangre (76.8%) y que puede causar la muerte (82.8%). Respecto al nombre usado por los pobladores para llamar al vector, es llamativo que un porcentaje importante (13.4%) lo conoce con el nombre de zancudo; no encontramos en estudios similares que los participantes utilicen dicha denominación para el vector de la EC. Porcentajes menores de estos conocimientos son encontrados en pobladores del distrito de Ollantaytambo, ya que sólo el 61.8% supieron que la EC es transmitida por la picadura de un mosquito, el 47.9% supo el nombre del vector, el 45.4% la hora en que pica el mosquito, el 68.9% cómo se diagnostica la enfermedad y por último el 75.4% supo que la EC puede causar la muerte.¹⁴

En cuanto al conocimiento de las características clínicas de la EC, encontramos que la fiebre (74.3%), dolor de cabeza (58.1%), malestar general (40.5%), inapetencia (34.5%) y dolor osteoarticular (33.1%) son los síntomas más conocidos por nuestros participantes, lo cual coincide con lo encontrado por Castillo et al.¹⁴ quien encuentra síntomas similares como los más conocidos: fiebre (68.2%), dolor de cabeza (68.2%), dolores osteoarticulares (17.8%), malestar general (14.5%) y palidez marcada (13.6%). Respecto al conocimiento de las lesiones verrucosas, principal manifestación de la forma crónica de la EC e importante desde el punto de vista epidemiológico, es preocupante que en nuestro estudio sólo el 20.8% supo de esta manifestación de la EC. La mayoría de síntomas conocidos, fueron de la forma aguda no complicada, lo cual se ve también en el estudio de Castillo et al.

En nuestro estudio encontramos que sólo el nivel de instrucción se relacionó con un mejor nivel de conocimiento sobre la EC, Bengoa et al. encontró que los participantes de 50 a más años, tuvieron un mejor nivel de conocimiento, además, reportaron diferencias significativas en el nivel de conocimiento según estado civil, grado de instrucción y residencia rural o urbana.¹³

Las actitudes frente a las medidas preventivas sobre la EC fueron adecuadas en la gran mayoría de nuestros participantes (95.8%), el estudio de Bengoa et al.¹³

desdobra este ítem como intenciones de conducta frente al tratamiento y frente a las medidas preventivas, así casi el 72% de sus participantes tuvo intención de conducta adecuada frente al tratamiento y sólo el 57.1% tuvo intención de conducta adecuada frente a las medidas preventivas. Castillo et al.¹⁴ refiere que las actitudes adecuadas son las más frecuentes en sus participantes, así el 94.2% acudiría al centro médico si siente molestias de EC, el 93.8% colaboraría con el centro de salud en campañas preventivas, el 84.2% acudiría a charlas informativas, pero sólo el 37.2% recomendaría la práctica de medidas preventivas a otras personas. Como se observa nuestros resultados se asemejan más a lo encontrado por Castillo en su estudio en el distrito de Ollantaytambo, cuyo ámbito geográfico y epidemiológico, respecto a la EC, es más parecido al de nuestro estudio. No encontramos asociación del tipo de actitud con género, estado civil, instrucción ni ocupación, en nuestro estudio ni en estudios similares.

La práctica preventiva más realizada por nuestros participantes fue la limpieza dentro de la casa (94.6%), seguida por la limpieza alrededor de la casa de maleza y basura (85.1%), el usar camisa manga larga o pantalones durante el trabajo fuera de casa (68.4%), tarrajeo o relleno de las paredes internas de la casa (64.5%) y el evitar realizar actividades entre las 6pm y 6am (61.1%). Además, la mayoría de los participantes (84.2%) refirieron acudir al centro médico cuando alguien en casa tiene o se sospecha EC. Bengoa et al. encontraron un porcentaje similar (83.1%) de esta última práctica; sin embargo, refiere que un 10.8% prefiere tratar en casa a sus pacientes, el 4.8% lo lleva a curanderos y el 1.3% lo lleva a las farmacias. En este mismo estudio las prácticas preventivas más populares fueron el uso de ropa con mangas largas (40.3%), el uso de repelentes (39%), la fumigación de las casas (22.1%), la limpieza alrededor de las casas (16.9%) y sólo el 3.5% de participantes reportó tarrajar las paredes internas de sus casas.¹³ Como vemos, las prácticas de los pobladores varían mucho en ambos estudios. Castillo et al. encontró como prácticas preventivas más populares humear la casa (38.42%), mantener limpia la casa (28.1%), usar insecticidas en casa (11.2%), usar mallas en puertas y ventanas (7.4%), uso de mosquiteros (7.0%) y el uso del repelente (2.9%).¹⁴

Existe contradicción entre actitudes y prácticas respecto a las charlas informativas sobre la EC en nuestros participantes, ya que el 91.2% estaba de acuerdo con asistir a charlas informativas sobre EC; sin embargo, sólo el 31% había asistido a alguna charla brindada por el establecimiento de salud. Esto reflejaría una buena disposición hacia la información sobre la EC por parte de la población y poca información brindada mediante charlas por parte de los establecimientos de salud. Sin embargo, sí existía concordancia entre actitud y práctica en el caso de que alguien en casa enfermara de EC ya que el 96.8% acudiría al centro cuando se sospecha o se tiene EC y el 84.2% de los mismos participantes refirió acudir al establecimiento de salud frente a tal situación,

lo cual refleja confianza de la población en los servicios de salud para manejar esta enfermedad. Este hecho debería ser aprovechado por los servicios de salud para potenciar medidas preventivas y desarrollar prácticas adecuadas en la población respecto a la EC.

Encontramos que los pobladores con un mejor nivel de conocimiento tuvieron casi cuatro veces más probabilidad de tener prácticas adecuadas, esto refleja que mejorar el nivel de conocimiento de la población es una primera medida para el desarrollo de prácticas adecuadas, siempre y cuando tanto las prácticas y el conocimiento sean reforzados continuamente. También encontramos que los participantes con un mejor nivel de conocimientos tuvieron actitudes favorables frente a las medidas preventivas de la EC, y que las prácticas adecuadas y actitudes favorables también se encontraban relacionadas. No encontramos dichas asociaciones en estudios similares previos.

Concluimos que los pobladores del distrito de Ocallí, ubicado en una región endémica de la EC, tienen un nivel de conocimiento aceptable, ya que el 88% obtuvo un nivel de conocimiento regular y bueno. La gran mayoría de pobladores (95.8%) tuvo actitudes favorables hacia las medidas preventivas de la EC y un porcentaje menor, pero importante (65.1%) tuvo prácticas adecuadas. El presente trabajo muestra el estado actual de conocimiento, las actitudes y las prácticas de los pobladores del distrito de Ocallí. Para lograr prácticas y actitudes adecuadas y deseables se necesita empoderar a la población y hacer que los conocimientos que tengan se reflejen en forma cotidiana y sistemática en su vida diaria. Podemos mencionar como limitaciones lo circunscrito de la muestra, ya que en la misma área geográfica del distrito de Ocallí se encuentran otros centros poblados con igual o mayor población, así lo encontrado en este estudio es una aproximación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los pobladores de esta zona; se recomienda realizar estudios tomando en consideración un marco muestral más amplio de los distintos centros poblados distribuidos en este ámbito geográfico. Otra limitación proviene de la diversidad cultural y geográfica de nuestro país, lo que hace que nuestros resultados no sean extrapolables a ámbitos geográficos diferentes donde existe la EC.

Recomendamos reforzar las prácticas adecuadas mediante talleres de prevención de la EC en esta población; asimismo, realizar estudios similares en otras áreas endémicas emergentes, ya que es el primer paso para dimensionar un aspecto del enfoque integral que deberían tener estas enfermedades infecciosas endémicas prevenibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tarazona A, Maguiña C, López de Guimaraes D, et al. Terapia antibiótica para el manejo de la Bartonelosis o Enfermedad de Carrión en el Perú.

- Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2006;23(3):188-200. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n3/a09v23n3.pdf>
2. Maguiña C, Ugarte C, Breña C, et al. Actualización de la enfermedad de Carrión. Rev Med Hered. 2008;19(1):125-31. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v19n1/v19n1tr1.pdf>
3. Huarcaya E, Rossi F, Llanos A. Influencia de factores climáticos sobre las enfermedades infecciosas. Rev Med Hered 2004;15(4):218-24. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v15n4/v15n4tr1.pdf>
4. Bobbio M. Aislamiento de *Bartonella bacilliformis* a 2652 msnm en el distrito de San Pedro de Quinocay, provincia de Yauyos, Lima. An Fac Med. 2000; 61(3):219-22. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/anales/v61_n3/pdf/a07v61n3.pdf
5. Cruz J, Vargas M. Bartonelosis aguda complicada. Presentación de 44 casos. Huancabamba, Piura. Rev Soc Per Med Inter. 2003;16(4):5-9. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/spmi/v16n4/Pdf/a02.pdf>
6. Tejada A, Vizcarra H, Pérez, J, et al. Estudio clínico epidemiológico de Bartonelosis humana en el valle del monzón, Huamalíes, Huánuco. An Fac Med. 2003;64(4):211-7. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/anales/v64_n4/enPDF/Bartonelosis.pdf
7. Maco V, Maguiña C, Tirado A, et al. Carrion's disease (*Bartonellosis bacilliformis*) confirmed by histopathology in the High Forest of Peru. Rev Inst Trop S Paulo. 2004;46(3):171-4. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rimts/v46n3/20724.pdf>
8. Cáceres A, Quate L, Troyes L, et al. Bartonelosis humana en Amazonas, Perú. Aspectos entomológicos. Folia Dermatol Peru. 1998;9(3):33-5. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/fofia/Vol9_N3/bartonellosis.htm
9. Cáceres A, Vizcarra H, Arrunátegui J, et al. Bartonelosis humana en Pomahuaca, Jaén, Cajamarca-Perú. Folia Dermatol Peru. 1999;10(2-3):35-6. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/fofia/Vol10_N2-3/bartonellosish.htm
10. Ellis B, Rotz L, Leake J, et al. An outbreak of acute bartonellosis (Oroya fever) in the Urubamba region of Peru. Am J Trop Med Hyg. 1999;(61):344-9.
11. Cordero F, Sihuíncha M, Zevallos J, et al. Estudio Clínico-Epidemiológico de Verruga Peruana en el distrito de Huata-Ancash. Bol Soc Per Med Inter. 1992;5(4):67-72. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/spmi/v05n4/trabajos%20originales3.htm>
12. Calero G, Aguilar M, Castillo P. Estudio clínico y epidemiológico de la Bartonelosis en Ecuador. Dermatol Peru. 2005;15(2):119-25. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v15_n2/pdf/a07.pdf
13. Bengoa F, Llanos L, Mayca J, et al. Conocimientos, intenciones de conducta y prácticas sobre Bartonelosis en la localidad de Sartimbamba, Provincia Sánchez Carrión, Dpto. de La Libertad. Enero-Marzo 2005. Rev Med Hered 2008;19(2):53-

60. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v19n2/v19n2ao2.pdf>
14. Castillo R, Terrones C, Yabar D, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la bartonelosis aguda (fiebre de la Oroya) en los pobladores del distrito de Ollantaytambo, provincia de Urubamba, en el Valle Sagrado de los Incas, Cusco, Perú. *Acta Med Peruana*. 2008;25(2):120-8. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/acta_medica/2008_n2/pdf/a02v25n2.pdf
15. Ministerio de Salud. Oficina General de Epidemiología, Microred Ocallí, DIRESA Amazonas. Reporte Epidemiológico; 2008.
16. Romaní F. Prevalencia y esquemas de tratamiento de la Enfermedad de Carrión (Bartonelosis humana) en un distrito de Amazonas entre 1998 y 2008. *An Fac Med*. 2008;69(4):227-32. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/anales/v69n4/pdf/a02v69n4.pdf>
17. Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social. Mapa de pobreza 2006 [página web en Internet]. Lima: Foncodes. Disponible en: <http://www.foncodes.gob.pe/mapapobreza/>
18. Montoya M, Maguiña C, Vigo B, et al. Bartonelosis en el Valle Sagrado de los Incas (Cusco). *Bol Soc Peru Med Int*. 1998;11:170-6.