



**Universidad Mayor de San Andrés
Universidad de Barcelona
Vicerrectorado**

Centro psicopedagógico y de investigación en educación superior

ATENCIÓN DE LAS LEISHMANIASIS EN ÁREAS ENDEMICAS DE LOS YUNGAS PACEÑOS, SEGUN NIVELES DEL SISTEMA DE SALUD.

Tesis presentada al Programa de Pos graduación en Salud Internacional de la Universidad de Barcelona en convenio con la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz para la obtención del grado de *Magister en Medicina Tropical y Salud Internacional*.

Maestrante: Guido Noel chuquimia calleja

AUSPICIO: AGENCIA DE COOPERACIÓN DE DESARROLLO CATALANA



**Agència Catalana
de Cooperació
al Desenvolupament**

La Paz – Bolivia
2010



**Universidad Mayor de San Andrés
Universidad de Barcelona
Vicerrectorado**



Centro psicopedagógico y de investigación en educación superior



ATENCIÓN DE LAS LEISHMANIASIS EN ÁREAS ENDEMICAS DE LOS YUNGAS PACEÑOS, SEGUN NIVELES DEL SISTEMA DE SALUD.

Tesis presentada al Programa de Pos graduación en Salud Internacional de la Universidad de Barcelona en convenio con la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz para la obtención del grado de *Magister en Medicina Tropical y Salud Internacional*.

Maestrante: Guido Noel Chuquimia Calleja

AUSPICIO: AGENCIA DE COOPERACIÓN DE DESARROLLO CATALANA



Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament

La Paz – Bolivia
2010



**Universidad Mayor de San Andrés
Universidad de Barcelona
Vicerrectorado**



Centro psicopedagógico y de investigación en educación superior

ATENCION DE LAS LEISHMANIASIS EN AREAS ENDEMICAS DE LOS YUNGAS PACEÑOS, SEGUN NIVELES DEL SISTEMA DE SALUD.

Tesis presentada al Programa de Pos graduación en Salud Internacional de la Universidad de Barcelona en convenio con la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz para la obtención del grado de *Magister en Medicina Tropical y Salud Internacional.*

Maestrante: Guido Noel Chuquimia Calleja

Tutor: A la Dra. Alessandra Queiroga Goncalves Ph. D.

Agradecimientos:

A Dios, por su eterna protección y bendiciones recibidas.

Mil gracias:

Cooperación Catalana

Ministerio de salud y Deportes

Centro Psicopedagógico t de Investigación en Educación Superior

Dr. Carlos Ascaso Terren

Dr. Tomas Pérez Porcuna

Dra. Judith Caballero

A la Dra. Alessandra Queiroga Goncalves Ph. D.

Docentes Nacionales, Latinoamericanos y europeos

Especial sentimiento a mi adorada esposa, compañera y amiga; Lia Mavel, por su apoyo, paciencia y colaboración constante, que derivaron en el logro del presente trabajo. A mi familia que tanto amo

DEDICATORIA

- A la Memoria del Dr. Fernando Cárdenas Uzquiano, Profesor emérito de la U.M.S.A, y amigo; quien con su incansable don de enseñanza, inició y guió mis pasos en el mundo de la Medicina Tropical, y su recuerdo me alentó en la preparación del presente trabajo..

RESUMEN

En el Departamento de La Paz – Bolivia, se realizó un estudio sobre la **atención a las Leishmaniosis, en áreas endémicas de los Yungas Paceños, según niveles del sistema de Salud**. Se recolectaron datos a través de 120 encuestas, en los tres sectores estudiados, a 40 cada uno. Los análisis se han realizado usando el paquete estadístico SPSS vs 18 y el EPIDAT 3.1.

Los lugares donde se realizaron básicamente las actividades de encuesta son: 1.- Chulumani – Sud Yungas. Cuyo Hospital cuenta en su infraestructura con el CE.DE.L.E.I (Centro Departamental de Leishmaniosis y Enfermedades Infecciosas). 2.- Coripata – Nor Yungas, cuenta con un Centro de Salud, de primer nivel de salud, y 3.- Santiago de Tocaróni – Coripata, sector alejado, aproximadamente a 110 Km. de Coripata, posta Sanitaria. Se llevó a cabo un estudio de corte transversal, descriptivo, que incorpora a todas aquellas personas que tuvieron leishmaniosis hasta el momento de la entrevista en las áreas de estudio.

Conocidos los resultados; 1.- Es ligeramente mayor la frecuencia de presentación del género femenino respecto al masculino en el presente estudio 2.- El grupo de edad en este estudio que comprende entre los 18 y 35 son los más afectados, 3.- El tiempo de cicatrización de las lesiones después de los 20 días está en el margen de 21 a 30 días. No existe asociación entre el tipo de tratamiento y el tiempo de cicatrización. Existe significancia entre la presencia de cicatrices y lugar de atención (Chulumani y Santiago de Tocaróni). Es mayor la frecuencia y velocidad de cicatrización de la leishmaniosis tegumentaria por tratamiento específico y normado. En forma contraria por resolución espontánea o por uso de medicinas caseras en las poblaciones de las áreas endémicas de los Yungas Paceños estudiadas.

Mencionamos las siguientes conclusiones:

Existe relación directa entre la disponibilidad de estructura, servicios asistenciales y la evolución clínica de la leishmaniosis tegumentaria.

El tamaño de las lesiones en diámetro es mayor en Santiago de Tocaróni, seguido por Coripata y en último lugar Chulumani, esto debido a una atención nula, escasa, débil y oportuna respectivamente

En ingles

En quechua

ABREVIATURAS

PNCL. Programa Nacional de Control de la Leishmaniosis.

O.M.S Organización Mundial de La Salud

P.C.R Reacción en Cadena de las Polimerasas.

I.N.E Instituto Nacional de Estadística.

IC. Intervalo de Confianza.

ETV Enfermedades de Transmisión Vectorial

ONG. Organización No Gubernamental

O.S.C.A.R Obras Sociales de Caminos de Acceso Rural.

UMSA. Universidad Mayor de San Andrés.

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN.....	Pags.1
1.1 Definiciones de Casos.....	12
1.2 Atención y Tratamiento de las Leishmaniosis.....	13
2. JUSTIFICACIÓN	20
3. HIPOTESIS.....	22
4. OBJETIVOS.....	22
4.1 Objetivo General.....	22
4.2 Objetivos Específicos.....	22
5. Material y Métodos.....	23
5.1 Áreas y Población de Estudio.....	23
5.2 Tipo de Estudio.....	27
5.3 Población de Referencia y de Estudio.....	28
5.4 Aspectos éticos.....	32
6. Resultados.....	32
7. Discusión.....	45
8. Conclusiones.....	50
12. Recomendaciones y Sugerencias.....	51
13. Referencias Bibliográficas.....	53

ANEXOS

1. INTRODUCCIÓN

La leishmaniosis tegumentaria, es una de las principales enfermedades infecciosas del Viejo y Nuevo Mundo, con 82 países afectados, una prevalencia de 12 millones de casos, 2 millones de nuevos casos notificados al año y cerca de 350 millones de personas se hallan en riesgo de enfermar. Los datos oficiales todavía subestiman la realidad de la afección humana por la enfermedad debido a varios factores, cómo:

- a. Numerosos casos no son diagnosticados o no son declarados,
- b. La mayoría de los datos oficiales se obtienen exclusivamente a partir de la detección pasiva de los casos,
- c. La leishmaniosis es de declaración obligatoria en tan sólo 32 de los 82 países endémicos.
- d. La distribución de las zonas de transmisión en áreas endémicas es frecuentemente discontinua.

Noventa por ciento de los casos de leishmaniosis tegumentaria ocurren en África (principalmente en Marruecos y Túnez), Oriente Medio (principalmente en Afganistán, Paquistán, Irán, Iraq, Siria, y Arabia Saudita), Mediterráneo, India y América Latina (principalmente en Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) (WHO, 2009).

La leishmaniosis tegumentaria es una enfermedad parasitaria causada por al menos 20 especies de protozoarios pertenecientes al género *Leishmania* Ross, 1903 (Protozoa: Kinetoplastida: Trypanosomatidae). La identificación de las especies de *Leishmania* ha estado clásicamente basada en el cuadro clínico provocado, su distribución geográfica y su comportamiento en el laboratorio al ser cultivado el material biológico o inoculado a animales de experimentación. En la

actualidad, se utilizan otros criterios biológicos, inmunológicos, bioquímicos y moleculares, entre los que cabe destacar como método de referencia la electroforesis de isoenzimas. Al menos 20 especies *Leishmania* son responsables de las distintas formas clínicas de la leishmaniosis tegumentaria.

Las *Leishmanias* son transmitidas al hombre por la picadura de insectos flebotomíneos (orden Díptera, familia Psychodidae, subfamilia Phlebotominae) del género *Phlebotomus* en el Viejo Mundo y del género *Lutzomyia* en el Nuevo Mundo (Killick- Kendrick, 1990; Ready, 2008).

- La transmisión de esta enfermedad se da de tres maneras, a depender de la actividad del vector: (a) el padrón selvático (transmisión zoonótica) donde el hombre se infecta accidentalmente al entrar en el bosque, (b) el padrón peri domiciliario (transmisión zooantroponótica) en donde el vector ingresa al domicilio para picar y luego lo abandona y (c) el padrón domiciliario, donde el vector habita la vivienda. Generalmente en la transmisión selvática son afectadas personas en edad productiva que ingresan a trabajar. Estos presentan lesiones principalmente en las extremidades superiores e inferiores. En los padrones de transmisión peri domiciliaria y domiciliaria son los niños los más afectados.

El paso del parásito al vector tiene lugar cuando las hembras de los flebotómos se dirigen al hospedador vertebrado con objeto de ingerir sangre para alimentarse y poder desarrollar sus huevos. Las *Leishmanias* se multiplican bajo la forma amastigota a su llegada al tubo digestivo del vector para pasar luego rápidamente a la forma promastigota. Este desarrollo del parásito ocurre en los intestinos anterior y medio del vector (subgénero *Leishmania* Safjanova, 1982) o en sus intestinos anterior, medio y posterior (subgénero *Viannia* Lainson & Shaw, 1987) (Lainson & Shaw, 1987). Finalmente, los promastigotes se sitúan en la región bucal o trompa del vector, desde donde pasarán al hospedador vertebrado

CLINICA DE LA LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA



Lesiones de Leishmaniosis Cutánea. (Fuente Propia).Fotografías n.- 1 y 2

- La infección por especies de los subgéneros *Viannia* o *Leishmania*, da como resultado una amplia variedad de manifestaciones clínicas de la leishmaniosis tegumentaria, desde las manifestaciones discretas (oligosintomática) o moderadas hasta casos graves en consecuencia de la evolución prolongada y la falta de tratamiento. Así, tomando en cuenta la respuesta del huésped humano, la localización de la picada por el vector, la localización de las lesiones y la evolución, asumimos la siguiente clasificación clínica de la enfermedad (La Fuente y cols.,1986).

a. Forma Inaparente

- Se admite que una proporción de personas expuestas a la picadura del vector no desarrollan la enfermedad presentado solamente IDR de Montenegro positiva o presencia de anticuerpos específicos, indicando que se infectaron pero no presentan La enfermedad.

b. Forma Cutánea

Después de un período de incubación entre 2 semanas y excepcionalmente 2 años (en promedio 2 meses), la enfermedad generalmente comienza con la forma clínica cutánea de presentación.



Lesiones de Leishmaniosis Cutánea. (Fuente Propia).Fotografías n.- 3 y 4

En su evolución clásica, en el lugar de la picadura del vector aparece una pequeña mácula (mancha) eritematosa y pruriginosa, que en días se transforma en una pápula de menos de 5 mm (pequeño grano elevado, rojo, que escuece) que secreta un exudado seroso, generalmente debido al rascado por el intenso prurito y leve dolor que ocasiona la picadura. Después, se empieza a convertir en una lesión ulcerosa que aumenta en tamaño y profundidad al pasar los días, hasta alcanzar un diámetro promedio de 4 a 6 cm. La forma clásica es la úlcera indolora, con compromiso linfangítico y adenopatía regional. La úlcera es redondeada u oval, con bordes bien definidos, elevados, eritematosos, acordonados y levemente indurados. Tiene un fondo eritematoso, granulomatoso y limpio con base infiltrada. (Bermúdez y colaboradores.,1986) formando una costra que cuándo retirada, muestra una parte central viva, húmeda (úlcera que llora), algunas veces con pequeñas granulaciones y linfadenitis leve o moderada. Regularmente las lesiones son indoloras.

Sin embargo, en áreas rurales, incluso de nuestro país, las primeras consultas del paciente son en su comunidad (medicina tradicional), utilizando plantas y otros productos que añadidas a la poca higiene, provocan sobreinfección generalmente bacteriana, que pueden cambiar las características típicas de la lesión. Ellas se

tornan dolorosas, de fondo sucio, secreción purulenta, recubiertas por costra de aspecto melisérico, eritematosa en su periferia y con signos inflamatorios locales. (Bermúdez y colaboradores., 1986).

La forma cutánea, sin embargo, puede tener una gran variedad de presentaciones clínicas. Así, además de la forma clásica, las lesiones pueden ser cerradas como pápulas, nódulos y placas que pueden tener desde aspecto verrugoso hasta úlceras de tamaños variados. Puede, incluso, imitar otras enfermedades dermatológicas en su aspecto: forma esporotricoides, forma impetiginoides, forma cromomicroides, forma verrucosa, forma queloidiana, forma lupoides. (Martínez y cols., 2001)

Las lesiones leishmanióticas pueden ser únicas o múltiples y ocasionalmente se presentan como lesiones erisipeloides. La localización de las úlceras primarias son más frecuentemente en las partes expuestas del cuerpo donde los flebotomos pueden picar más fácilmente (miembros superiores, inferiores y cara) (Guía Práctica de Leishmaniosis - PNCL 2007).

La enfermedad puede tornarse crónica luego de 12 semanas sin cierre de la úlcera o con la transformación de la misma en una placa verrugosa de bordes elevados recubiertos con escamas y/o costras que coinciden con los bordes de la cicatriz de la lesión inicial.

Por otro lado, las lesiones primarias pueden empezar a auto limitarse a medida que empieza a prevalecer la respuesta inmune del huésped y tienden a evolucionar para la cicatrización espontánea al cabo de 6 meses a 3 años. Sin embargo, eso no significa que se haya curado la enfermedad, pues los parásitos pueden quedar "dormidos" y reactivarse después de uno o varios años. Un trauma local en la cicatriz, por ejemplo, puede reactivar (abrir) una lesión cicatrizada. (Manual de Diagnóstico de las Leishmaniosis ; Unidad de Parasitología, INLASA).

Las lesiones de leishmaniosis cutánea deben ser diferenciadas de: úlcera traumática, úlcera de estasis, úlcera tropical, úlcera de miembros inferiores de anemia falciforme,

Formas Mucosa y Mucocutánea

Es una forma de leishmaniosis que ocurre como resultado de la diseminación linfohematógena del parásito

Se caracteriza por presentar una inmunidad celular exacerbada, que se traduce clínicamente en lesiones mucosas destructivas y desfigurantes de la región oral y nasofaringe, que aparecen tardíamente, después de haber cicatrizado las úlceras primarias (puerta de entrada del parásito). Las lesiones primarias (cutáneas) son predominantemente únicas o múltiples, concomitantes o sin evidencia de una puerta de entrada aparente.

La Forma mucosa: se presenta como:

- Lesiones infiltrativas
- Lesiones ulcerativas sangrantes
- Ubicadas en tabique nasal, boca, faringe, laringe, tráquea.
- El septo nasal es el más comprometido y se puede presentar con perforación.
- No cicatrizan espontáneamente.
- Pueden tener carácter crónico y recidivante. De 3 a 5 % de los pacientes con la forma cutánea pueden desarrollar lesiones mucosas. El 50% de los casos se manifiesta durante los dos o tres primeros años posteriores a la cicatrización de la lesión primaria en piel (forma mucosa) y una cicatriz antigua se encuentra en 90% de los casos de leishmaniosis mucosa.

Más raramente, el compromiso mucoso se da de manera simultánea con las lesiones cutáneas (forma mucocutánea o mixta). Esta forma mucocutánea ocurre

como una propagación directa de una lesión cutánea próxima a mucosa (lesión peri orificial), lo que se conoce como "presentación mucosa contigua" o se presenta a distancia de la lesión en piel, lo que se conoce como "presentación mucosa concomitante".

Curiosamente, en algunos pacientes se presentan las lesiones mucosas sin haber tenido el antecedente de lesión cutánea, posiblemente porque la lesión ha sido inaparente o se ha manifestado como una lesión mínima desapercibida para el paciente.

En el compromiso mucoso son afectadas las mucosas de las vías áreas superiores: nariz, faringe, boca (paladar y labios), laringe, tráquea. La sintomatología inicial está dada por sensación de congestión, obstrucción, hiperemia y prurito nasal, nodulaciones, epistaxis, rinorrea serohemática y posterior ulceración con salida de costras

El sitio más frecuente de las lesiones es la mucosa del tabique nasal. Las lesiones en tabique nasal generalmente son pruriginosas y ulcerativas con emisión de mucus con sangre. Toda la región se vuelve eritematosa y presenta un grado leve de edema. A medida que la enfermedad avanza, va tomando el tabique nasal, con perforación y destrucción del septum y alas de la nariz e invasión de úvula, faringe y laringe, causando ardor, dolor, problemas en la fonación y deglución.



Lesiones de Leishmaniosis Mucosa. (Fuente Propia).Fotografías n.- 5 y 6

La forma granulomatosa de la presentación mucosa tiene por característica la de formar lesiones infiltrativas con zonas deprimidas en la unión del paladar duro y blando, dando una conformación característica: "La Cruz de Escome". Existen otras variantes clínicas de leishmaniosis mucosa que semejan otras enfermedades: forma lupoide, forma rinofima, forma pseudoepiteliomatosa, forma macroqueilitis.

En el examen físico de la piel que recubre la nariz y región malar, se puede encontrar alteraciones eritematosas y piel de naranja. La rinoscopia revela eritema y edema de la mucosa del tabique nasal, ulceraciones, perforación, destrucción del tabique y de los tejidos blandos. Sus principales complicaciones son las lesiones crónicas, progresivas y deformantes que por falta de un diagnóstico oportuno producen graves malformaciones.

En las lesiones mucosas el diagnóstico diferencial debe ser realizado con: paracoccidioidomicosis, hanseniasis virchowiana, rinoescleroma, sífilis terciaria, granuloma medio facial, neoplasias. En todo paciente sospechoso de leishmaniosis mucosa, la búsqueda de la existencia de una cicatriz de una lesión anterior primaria en la piel da gran importancia para ayudar en el diagnóstico.

d. Forma Ganglionar o Linfonodular

Ocurre cuando existe aumento y induración significativa de linfonódulos en ausencia de lesión tegumentaria. Esta forma precede a la ocurrencia de leishmaniosis cutánea y es diferente de la linfangitis o linfadenomegalia satélite que puede ser observada en las lesiones cutáneas.

1.1 DEFINICIONES DE CASOS

Programa Nacional de Control de la Leishmaniosis (PNCL):

Caso sospechoso de leishmaniosis humana: Todo paciente proveniente o habitante de área tropical que es diagnosticado como Leishmaniosis bajo criterio clínico-epidemiológico, sin confirmación por exámenes de laboratorio.

Caso sospechoso de leishmaniosis cutánea: Toda persona de procedencia o residencia en zona tropical, con cuadro clínico caracterizado por presentar una o más úlceras cutáneas de preferencia en zonas descubiertas del cuerpo, de forma redondeada, con fondo granuloso y bordes infiltrados bien definidos, con fondo vivo sangrante, con tiempo de evolución no menor de cuatro semanas y falta de respuesta al tratamiento anti microbiano convencional.

Caso sospechoso de leishmaniosis cutáneo mucosa: Toda persona de procedencia o residencia en zonas endémicas, con cuadro clínico caracterizado por la presencia de lesiones ulcerosas o granulosas en región naso oro faríngea, con perforación o pérdida del septum nasal, pudiendo alcanzar a los labios y la boca (paladar y nasofaringe), con antecedente de lesiones ulcerativas o cicatrízales previas.

Caso probable: Persona que presente los dos siguientes criterios:

- Criterio epidemiológico: Paciente que vive o ha estado en zona tropical endémica, donde existen casos confirmados de leishmaniasis.
- Criterio clínico: Paciente con lesiones clínicas típicas de leishmaniosis, con forma y evolución característica, con resultados de laboratorio (frotis) reiteradamente negativo, que no puede realizar otros exámenes

confirmatorios (cultivo, PCR, histopatología, serología) por algún impedimento geográfico, económico u otro.

Caso confirmado: Caso sospechoso confirmado por examen de laboratorio (examen directo u otro) o criterio clínico - epidemiológico.

Brote epidémico: Aumento súbito e inusual del número de casos autóctonos de un tipo de leishmaniosis en una zona geográfica y tiempo determinado en el área endémica o en nuevas zonas ecológicamente adecuadas para la existencia del insecto vector. En otras palabras, "más casos de leishmaniosis que lo habitual en una determinada zona geográfica y relacionados entre sí".

1.2 ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS LEISHMANIASIS

La administración oportuna y completa del tratamiento tiene el objeto de proporcionar el control del parasitismo, cortar la evolución de las lesiones, proporcionar la cicatrización clínica de las lesiones, evitar la cronicidad, las complicaciones y coadyuvar al control de la enfermedad. Las etapas de la atención al paciente comprenden:

- Consulta médica: responsabilidad del médico, que debe efectuar el diagnóstico del caso, evaluar la gravedad del cuadro clínico y posibles complicaciones, indicar el esquema terapéutico apropiado, evaluar la evolución del caso, calificar la respuesta al tratamiento y determinar la condición de egreso del paciente.
- Atención de enfermería: Debe planificar con el paciente el cumplimiento del esquema terapéutico, brindar consejería, educación sanitaria y esforzarse en motivar al paciente para el cumplimiento de su medicación. Puede programarse otras actividades frente al abandono o irregularidad del tratamiento previniendo la deserción del paciente.
- Evaluación Social: Antes de iniciar el tratamiento debemos realizar una evaluación social que nos permita evaluar el riesgo ocupacional, social,

estado laboral del paciente y planificar en conjunto las acciones de atención, protección y promoción de la salud.

El tratamiento debe ser administrado en los servicios de salud y está bajo responsabilidad del personal de salud. En caso de que no se requiera hospitalización, se realizará el tratamiento supervisado con:

- Información sobre los riesgos de abandono del mismo;
- Aplicación de la medicación diaria en condiciones de bioseguridad adecuados;
- Evaluación clínica una vez por semana con el médico para verificar el cumplimiento del esquema, la respuesta al tratamiento y proporcionar orientación complementaria;

Visitas de seguimiento al enfermo para reforzar su adherencia al tratamiento, censar a los colaterales, detectar casos nuevos, identificar y evaluar los factores de riesgo, condicionantes y planificar con la familia y comunidad las medidas preventivas para evitar la extensión de la enfermedad. Esta actividad es responsabilidad del personal de enfermería y debe realizarse la primera semana del tratamiento y cuando el paciente no acuda a recibir su medicación. (Guía Práctica de Leishmaniosis - PNCL 2007).

MANEJO DEL TRATAMIENTO

a.1. Medidas Generales

Dependiendo del número, magnitud y severidad de las lesiones, se aplicaran medidas generales que permitan coadyuvar el éxito del tratamiento, evitando complicaciones:

- En lesiones de piel es imperioso realizar la limpieza con bastante agua y antisépticos mientras exista secreción purulenta,
- Drenaje si hubieran lesiones con abscesos.

- En lesiones mucosas accesibles, realizar limpieza por personal médico previniendo riesgo de aspiración,
- En las formas mucocutáneas asociadas a enfermedades crónicas (tuberculosis, diabetes, cardiopatías), se debe realizar la estabilización del paciente a fin de obtener una respuesta más eficaz al tratamiento. Así mismo se intensificara las precauciones y vigilancia de reacciones adversas a medicamentos,
- Los pacientes con leishmaniosis en asociación con tuberculosis o HIV deben ser remitidos a un centro de referencia.

a.2. Tratamiento Medicamentoso Específico

En Bolivia se recogió la recomendación realizada por la OMS en 1990 para el empleo de antimoniales pentavalentes a ciclos de 20 días continuos para leishmaniosis cutánea y 30 días para leishmaniosis mucocutánea. Para los pacientes con fracaso terapéutico o con lesiones secundarias mucosas, la opción eficaz es la Anfotericina B (Fungizone), que debe ser administrado en ambiente hospitalario por su toxicidad.

Tratamientos coadyuvantes son importantes para mejorar el estado y respuesta del paciente, como por ejemplo, antimicrobianos (antibióticos) o antisépticos locales para úlceras con infección bacteriana que coadyuvan a la cicatrización de las úlceras al eliminar las infecciones sobre agregadas y tratar entero parasitosis (principalmente helmintiasis), es recomendable una vez que las geohelmintiasis juegan un papel en la modulación de la respuesta inmune del huésped.

Agentes físicos y quirúrgicos (raspajes, curetajes, crioterapia, radioterapia, electrocoagulación, injertos de piel) son propuestos principalmente con fines estéticos y no tienen acción directa sobre el parásito y la enfermedad. La cirugía plástica o reconstructiva solo se aconseja en pacientes tratados que presenten cicatrices y el objetivo sea mejorar la estética o alguna función fisiológica del paciente (alimentación, respiración, estética facial). La exéresis quirúrgica de la lesión es un error debido a las recidivas constantes.

a.2.1. Tratamiento de la Leishmaniosis Cutánea

Como primera línea de tratamiento se administra un antimonial pentavalente tipo antimoniato de meglumine o stibogluconato de sodio. Deberá administrarse en una sola dosis diaria sin fraccionarla, por vía intravenosa, diluido en suero fisiológico de 20 a 50 ml, lento en 15 a 20 minutos. Excepcionalmente podrá utilizarse la vía intramuscular sin dilución adicional. En caso de presentar fracaso al tratamiento luego de 2 meses de haber completado el primer ciclo de tratamiento, se repite el esquema de antimonial pentavalente por un segundo ciclo a la misma dosis también por 20 días. De persistir el fracaso luego de dos meses más al término del segundo ciclo terapéutico, se pasa al siguiente esquema con Anfotericina B (Fungizone).

(Guía Práctica de Leishmaniasis - PNCL 2007).

a.2.2. Tratamiento de la Leishmaniasis Mucocutánea

De la misma manera, el tratamiento de primera línea es hecho con un antimonial pentavalente tipo antimoniato de meglumine o stibogluconato de sodio, pero por 30 días.

En caso de presentar fracaso al tratamiento (evidenciado) luego de 2 meses de haber completado el primer ciclo con antimonial pentavalente, no se repite el esquema, y se pasa a la segunda línea de tratamiento.

En casos mucocutáneos graves que se caracterizan por presentar amplias lesiones activas que afectan funciones vitales (respiración y alimentación) es necesario el manejo terapéutico hospitalario y tratamiento con Anfotericina B (fotografía). Tiene como objetivo controlar y eliminar el parásito, controlar y eliminar las complicaciones infecciosas asociadas, aliviar los efectos negativos de las lesiones profundas y disminuir las secuelas, mejorando el estado de salud del paciente.

Control de la Evolución de las Lesiones

b.1. Control de las Lesiones Cutáneas

En la ficha clínico epidemiológica el número de lesiones debe corresponder al número asignado en el diagrama corporal y debe anotarse las fechas, medidas y área en el control pre tratamiento, post tratamiento, al 1, 3 y 6 meses post tratamiento.

En la evaluación pre tratamiento se debe medir el diámetro de cada úlcera. Para este logro es más práctico medir la longitud en milímetros de borde a borde (visible o palpable) en dos diámetros perpendiculares. El área en milímetros cuadrados (mm²) se obtiene multiplicando estos 2 diámetros. Se anotan las cifras y se hace el seguimiento a todas las lesiones. Cuando la lesión cicatriza y ya no exista infiltración las medidas a anotar serán 0 x 0 y el área será 0.

Si al final del tratamiento el área de la lesión es la mitad o menos del área inicial, no es necesario dar más tratamiento, así no haya cicatrizado la úlcera totalmente. Si en el control del 2do. mes post tratamiento el área de la lesión es la mitad o menos del área del control anterior no es necesario dar más tratamiento, así no haya cerrado totalmente la lesión. Si en el control de 3 meses la lesión continua activa (úlceras abiertas, placa infiltrada), deben hacerse nuevos exámenes parasitológicos.

Siempre que hable con el paciente, comuníquese que debe estar pendiente de síntomas o signos de inflamación que pueden presentarse en fosas nasales u oro faringe, debiendo consultar si se llegan a presentar.

El criterio de curación es definido por la cicatrización y ausencia de infiltración de la lesión, en un proceso de re-epitelización, regresión de la infiltración y eritema, bordes de la úlcera que se aplanan y el diámetro de la úlcera disminuye hasta cerrarse completamente, dejando una cicatriz característica.

b.2. Control de las Lesiones Mucosas

La evaluación y control debe realizarse antes de realizar el tratamiento, al final del tratamiento, a los 2, 4, 8, 12, 16, 20 y 24 meses (Tabla). Debe evaluarse todos los signos y síntomas (eritema, infiltración, perforación, sangrado, dolor, obstrucción, ronquera), calificando con: 0= ausente; 1= leve; 2= moderado y 3= severo. Se suman todos los valores y el total de cada control se anota en cada control.

Tabla 1 Formulario de seguimiento y control de la evolución de las lesiones mucosas de la leishmaniosis tegumentaria. PNCL, 2007.

Signo clínico	Pre-tratamiento	Fin-tratamiento	2	4	8	12	16	20	24
			meses	meses	meses	meses	meses	meses	meses
	Fecha::	Fecha::	Fecha::	Fecha::	Fecha::	Fecha::	Fecha::	Fecha::	Fecha::
Eritema									
Infiltración									
Perforación									
Sangrado									
Dolor									
Obstrucción									
Ronquera									
TOTAL									

Al final del tratamiento el puntaje total debe haber disminuido una tercera parte, ejemplo si antes del tratamiento tenía 12 puntos, al final de un buen tratamiento debe tener 8 puntos o menos.

A los cuatro meses post tratamiento el puntaje total debe haber disminuido dos terceras partes, ejemplo si antes del tratamiento tenía 12 puntos, a los cuatro meses post tratamiento debe tener 4 puntos o menos.

A los 8 meses post tratamiento, el puntaje total debe estar entre 0 y 2 y durante el resto del seguimiento se debe conservar en ese nivel.

Si en cualquier momento el puntaje vuelve a aumentar, se debe hacer una nueva evaluación clínico parasitológica para determinar si hay necesidad de un nuevo tratamiento.

El criterio de cura es clínico, definido por la regresión de todas los signos: eritema, inflamación (mucosas de coloración normal, mejora de la fonación), sangrado, cicatrización de lesiones (ausencia de úlceras y puntos hemorrágicos) y síntomas que refiere el paciente: ausencia de dolor, mejora de ingesta, deglución de alimentos y ronquera. Esta evaluación debe ser comprobada por examen otorrinolaringológico. En ausencia de especialista, el médico general debe realizar por lo menos la rinoscopia anterior o de ser necesario referir al paciente a nivel inmediato superior.

Conceptos Adoptados por el Programa Nacional de Control de Leishmaniasis (PNCL) .

- Tratamiento regular: Paciente que recibió el tratamiento por un tiempo adecuado (20 días para leishmaniosis cutánea y 30 días para las formas mucosas) con las dosis recomendadas, aplicadas diariamente y sin pausas.
- Tratamiento irregular: El paciente no ha cumplido con el tiempo indicado de administración del medicamento y ha suspendido por periodos de más de 3 días.
- Fracaso terapéutico: En caso de que no presente remisión clínica después de realizada una serie regular del tratamiento con antimonial pentavalente o en caso de que haya recibido tratamiento completo de Anfotericina B de acuerdo a las normas.
- Abandono del tratamiento: En caso de que no complete el ciclo de tratamiento con antimonial pentavalente en el tiempo pre-establecido o los pacientes que, no habiendo recibido alta, no acudan hasta los 30 días después del cronograma pre establecido del tratamiento para la evaluación clínica.
- Recidiva: Recrudescimiento de la sintomatología en hasta 12 meses después de la cicatrización o caso confirmado que recibió tratamiento completo y evolucionó para cicatrización, pero que en controles posteriores muestra reactivación de lesiones.

- Caso nuevo: Presencia de la sintomatología después de los 12 meses de cura clínica, siempre que no exista evidencia de inmunodeficiencia.

2 JUSTIFICACION

Actualmente, aunque se cuenta con diversos mecanismos y formas de vigilancia sobre enfermedades infecciosas que facilitan el tener el conocimiento sobre ellas, su control todavía no es el adecuado y seguro. Estudios epidemiológicos, son un esfuerzo disciplinado y metódico que aportan a la planificación estratégica para las decisiones y acciones fundamentales al control de las endemias. Pueden servir de guía a una determinada organización y ejecución de un proyecto de salud, en lo que se refiere a la forma de hacerlo y por que hacerlo.

En Bolivia los departamentos que reportan el 90% de casos de leishmaniosis son La Paz, Beni y Pando.

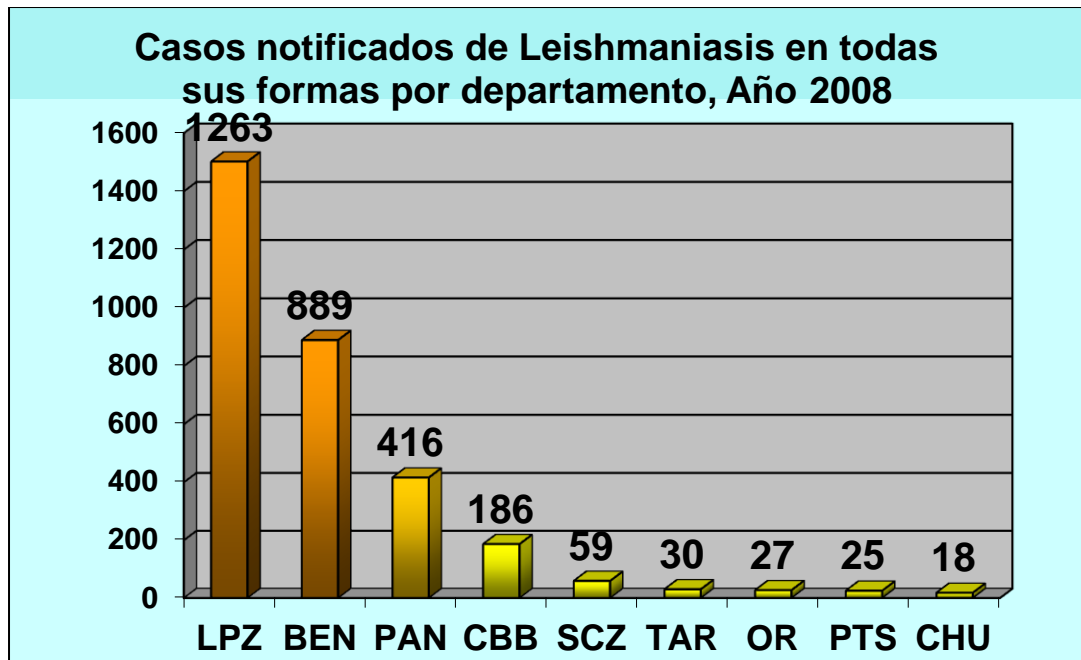
Magnitud del Problema en Los Yungas de La Paz.

	2004	2004	2005	2005	2006	2006	2007	2007	2008	2008	2009	2009
	CUT.	MUC.	CUT.	MUC.	CUT.	MUC.	CUT.	MUC.	CUT.	MUC.	CUT.	MUC.
ASUNTA	56	31	49	21	55	16	63	13	118	2	151	19
CHULUMANI	90	36	112	43	79	52	159	57	158	21	198	28
IRUPANA	20	16	26	12	51	16	80	9	49	12	32	5
COROICO	15	10	12	4	7	8	7	1	8	1	-	-
YANACACHI	8	3	5	2	4	3	4	1	2	1	-	-
CORIPATA	120	39	35	14	57	11	79	3	88	14	94	24
CARANAVI	220	88	224	98	163	41	150	25	136	46	125	56
TOTAL	529	223	463	194	416	147	542	109	559	97	600	132

	CUTANEOS	MUCOSOS
TOTAL	3.109	902

Fuente: Programa ETV Sedes La Paz.

Grafico 1



Fuente: P.N.C.L, Bolivia 2008 – Grafico 2

Para el presente trabajo, hacemos referencia a dos niveles de atención, primer y segundo nivel, Coripata y Chulumani respectivamente. Asimismo incorporamos un nivel denominado para tal efecto comunitario, que no cuenta con servicio alguno en salud que realice atención en Leishmaniasis.

Además, los diferentes indicadores que se manejan en nuestro país por múltiples causas subvaloran la verdadera magnitud de la enfermedad. En gran medida muchos de los casos no son detectados, ya que los pacientes no demandan atención o no lo hacían con frecuencia, porque no se tenía a disposición los medicamentos necesarios para el tratamiento.

Así, la inequidad existente de inaccesibilidad a los diferentes niveles de atención a la salud en Bolivia se suma a todos los demás problemas locales para mantener la gravedad de la endemia en el país y la dificultad de cuidar de los pacientes que son afectados. Una vez que el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son

las

principales medidas de prevención y control en la actualidad.

Por lo referido, afirmamos que los pacientes que acuden a un nivel con atención adecuada de las Leishmaniasis tienen una evolución favorable de sus lesiones y la cicatrización correspondiente; diferenciándose notoriamente de aquellos pacientes que no acuden a un servicio de salud con atención en Leishmaniasis, por inaccesibilidad o falta de infraestructura adecuada. Identificamos como condiciones determinantes la precocidad de detección, inicio de tratamiento pronto y oportuno, supervisión del tratamiento y controles pos-tratamiento. De esta manera consideramos importante describir las características y evolución de la enfermedad en diferentes centros de atención.

3. HIPOTESIS

La atención de las leishmaniasis en municipios endémicos de los yungas de La Paz, Bolivia es mejor, oportuna y tiene como resultado final la cicatrización de lesiones de la enfermedad, en establecimientos del sistema de salud estatal donde se realiza su manejo de acuerdo a normas y protocolo establecidos.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Describir la atención de casos de leishmaniasis tegumentaria en el trópico de los Yungas, municipios de Chulumani y Coripata, en relación al acceso y oferta de servicios por el sistema de salud en el segundo, primer nivel de atención en salud y comunitario.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer las características sobre la atención de las leishmaniasis en los municipios endémicos de los yungas paceños a nivel de: Hospital, Centro de Salud y comunidad.

- Determinar los lugares con mayor probabilidad de infección de leishmaniosis en los municipios endémicos de los yungas paceños.
- Determinar el tiempo de cicatrización de las lesiones de leishmaniosis con tratamiento de acuerdo a protocolo y medicamentos utilizados.

5. MATERIAL y METODOS.

5.1. ÁREAS Y POBLACIONES DE ESTUDIO

Tres áreas fueran incluidas en el estudio de los yungas paceños, seleccionadas según el nivel de atención en salud que tienen:

Área 1. Chulumani – dispone del segundo nivel de atención a la salud

Área 2. Coripata urbana – dispone del primer nivel de atención a la salud

Área 3. Coripata rural – sin asistencia a la salud.

Participantes del estudio son todas aquellas personas que hubieran tenido leishmaniosis tegumentaria en cada una de las áreas de estudio y que concordaran en participar firmando la hoja de consentimiento informado..

AREA 1 DE ESTUDIO - CHULUMANI

El origen de la palabra CHULUMANI deriva del dialecto Aymará “CHOLO UMAÑA” que quiere decir “ Bebedero del Puma”, porque antiguamente em esta zona, éstos animales bajaban de los cerros vecinos a beber agua. Chulumani se ubica en la provincia Sud Yungas del departamento de La Paz. Tiene una extensión aproximada de 290 Km² conformando el 5% de la Provincia Sud Yungas y el 0,22% del total del Departamento de La Paz.

La gradiente altitudinal del Municipio de Chulumani va desde los 1.200 msnm, en la ribera de los ríos Chajro, Tamampaya y Solacama, hasta los 2.500 msnm, al extremo sudeste de la sección. En altitudes medias entre los 1400 msnm se encuentran asentadas la mayoría de las comunidades. El Municipio de Chulumani,

tiene 63 comunidades y 5 cantones: Cantón Chulumani, Chirca, Ocobaya, Cutusuma, Huancané.

Su Accesibilidad vial, es a través de la ruta terrestre (La Paz – Unduavi – Velo de la Novia – Puente Villa – Huancané – Chulumani) transitable todo el año por el camino carretero (de tierra) con pequeñas interrupciones en épocas de lluvia. En vehículo liviano el tiempo en el cual se llega a Chulumani desde La Paz regularmente es de 3 horas (120 Km)

El municipio tiene una población total de 13.451 habitantes y la ciudad de Chulumani es la localidad de mayor población (19,78% de la población del municipio). En los alrededores de Chulumani la población es de 2.800 hab. El Índice de Pobreza de 85%.

La población de las diferentes comunidades se dedica principalmente a la agricultura, con producción de café, cítricos, mangos, papaya, frutilla, mora y otros. Sin embargo, la actividad principal es la producción y comercialización de la hoja de coca.

Asistencia a la salud en el municipio de Chulumani



Hospital Municipal de Chulumani-Sud Yungas. Fotografía n.- 7

En el municipio de Chulumani, la asistencia a salud es de segundo nivel. Tiene infraestructura hospitalaria y cuenta con las cuatro especialidades básicas (Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Ginecología Obstetricia) La población dispone de un servicio de atención específica en leishmaniosis, que cuenta con confirmación diagnóstica y el tratamiento de leishmaniosis.

AREAS 2 Y 3 DE ESTUDIO - CORIPATA

El municipio de Coripata es la segunda sección de la provincia Nor Yungas del departamento de La Paz, situada a 117 Km de la ciudad de La Paz. Tiene una extensión aproximada de 1318 Km² en las coordenadas 16°18'35" S y 67°35'59" W. Sus límites son: al Sud con la Provincia Sud Yungas, al Este con la provincia Sud Yungas, al Oeste con la Primera Sección Municipal de Coroico y al Norte con la población de Caranavi.

El municipio se encuentra en la región subtropical de Bolivia, conocida también como "Yungas" o "Faja Sub Andina" de la cordillera real, a una altura que fluctúa entre 800 hasta 1500m sobre el nivel del mar. El área se asienta en un piso montañoso bajo el bosque húmedo, tiene relieve bastante accidentado con pendientes de 20 y 40 grados, muy variada fauna y flora, tierras aptas a la producción agropecuaria en las partes bajas y características de paisaje muy aprovechados en el ecoturismo. Su clima se caracteriza por la existencia de humedad calurosa, producto de masas nubosas generadas por vientos amazónicos calientes de gran altura que descargan lluvias con intensidad anual alta del orden de 1200 mm/año

El municipio de Coripata políticamente se encuentra dividida en tres centros poblados (Cantones) de importancia que agrupan 42 comunidades campesinas: Cantón Coripata (con 23 comunidades), Cantón Arapata (con 12 comunidades) y Cantón Milluhuaya (con 7 comunidades). Administrativamente en

el municipio, coadyuvan dos agentes cantonales, uno que radica sus funciones en el Cantón Arapata y el otro en el Cantón Milluhuaya.

Productivamente, el municipio de Coripata se encuentra dividida en 1 Central Agraria (Central Coripata) y 6 sub centrales Agrarias (sub Centrales Milluhuaya, Arapata, Trinidad Pampa, San Juan, Santiago Tocaróni y Conchita). Elevada erosión de suelos que se presenta en las partes altas e intermedias de la región con extinción de especies animales silvestres que queda peor con las prácticas culturales de los productores que ocasionan contaminación del medio ambiente producto del chaqueo.

El sistema de producción agrícola está basado en el trabajo manual o tradicional que practican de manera autónoma, sin introducción de tecnología adecuada ya que se suma la falta de asistencia técnica y financiera. No existe el uso de tracción animal y menos aún de tracción mecánica, debido a la topografía irregular que caracteriza a la zona. A pesar de este manejo eminentemente tradicional, la erosión de los suelos está avanzando cada vez más como resultado de una falta de manejo racional de los cultivos, falta de rotación, descanso y explotación de la coca como fuente básica de la economía campesina.

La producción agrícola del café y en especial de la coca se constituye en la base de la economía campesina de la sección municipal de Coripata. En muy bajo porcentaje se cuenta con cultivos de plátano, de cítricos y otros cultivos en reducidos en tamaño, buena parte de ellos orientados hacia el autoconsumo.

Los idiomas utilizados por la población son el castellano y el aymara. La población bilingüe alcanza al 70%. De la población monolingüe, un 30% habla aymara y 45.16% habla el castellano. La comunicación entre ellos es netamente aymara en especial en las comunidades alejadas de los centros poblados.

Actualmente, de acuerdo a resultados del INE 2006, la población total de Coripata es de 12.714 habitantes, de los cuales 51% es de sexo masculino y 49 % es de sexo femenino.

El mayor porcentaje de migración se presenta en la población joven entre los 18 y 40 años. En general alcanza el 6%, sin embargo, la migración temporal es la que con mayor frecuencia se da, especialmente en los meses donde se deja de producir coca. Cuando el poblador se dirige a las ciudades como La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz, a realizar otras labores de índole informal.

Asistencia a la salud en el municipio de Coripata

En el municipio de Coripata, la asistencia a salud es distinta según sea el área urbana o rural.

En Coripata urbana (AREA 2 DE ESTUDIO), la población dispone de atención de primer nivel, con limitada asistencia a la salud. Cuenta con centro asistencial precarios, donde se hace diagnóstico de leishmaniasis: el Centro de Salud de Coripata. En su infraestructura, este centro de salud presenta cuatro camas de internación en tránsito, 1 sala de partos, 1 consultorio de medicina general, 1 consultorio odontológico, 1 farmacia, 1 sala de enfermería y 1 laboratorio para baciloscopias (tuberculosis),

En Coripata rural (AREA 3 DE ESTUDIO), la población no cuenta con ningún acceso a servicio de salud y queda sin atención ni tratamiento científico, teniendo que acudir a personas que utilizan medicinas caseras para intentar la cura o mitigación de los diferentes problemas de salud. Gran parte de los hogares rurales presentan carencias en saneamiento básico, espacios de vivienda, educación, salud, insumos energéticos y materiales de una vivienda.

5.2. TIPO DE ESTUDIO

Se llevo a cabo un estudio, descriptivo, de corte transversal, que incorpora a todas aquellas personas que tuvieron leishmaniosis hasta el momento de la entrevista en las áreas de estudio.

Población de referencia y de estudio.

Universo Estudiado.- Varones y Mujeres mayores de 18 años de los municipios de Chulumani y Coripata.

Muestra.-

Se realizo un estudio en 120 pacientes de ambos sexos mayores de 18 años

Distribuidos de la siguiente manera:

Chulumani - 40 pacientes encuestados

Coripata - 40 pacientes encuestados

Sector de Santiago de Tocarani de Coripata - 40 pacientes encuestados

encuesta en forma aleatoria, independiente de la comunidad a la que pertenecen.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes con cicatrices de leishmaniosis cutánea.
- Pacientes residentes en los municipios de Coripata y Chulumani, de los yungas de La Paz, Bolivia.
- Pacientes mayores de 18 años.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes con patología sobre agregada. (que pueda ejercer influencia directa sobre la evolución de las lesiones de leishmaniosis).
- Presencia de infección mixta (ej. Lesión micótica y leishmaniosis)
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes con lesión activa de leishmaniosis.
- Pacientes con lesiones mucosas.

Delimitación Geográfica.-

El estudio clínico de investigación se realizó en tres áreas: **A.** Hospital Municipal de Chulumani, **B.-** Centro de Salud Hospital de Coripata, y **C.-** La Comunidad de Santiago de Tocarani, perteneciente al Municipio de Coripata. Debido a la gran concurrencia de pacientes de distintas comunidades en esta zona se selecciona la misma para el presente estudio.

Delimitación Temporal.-

El tiempo de estudio clínico de investigación se lo realizó entre los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2009, entrevistándose a pacientes que presentan lesiones compatibles con leishmaniasis (cicatrizadas) de la gestión 2007 y 2008 y que acuden a consulta a los establecimientos de salud mencionados y donde no existe atención en salud (comunidad).

Variables. - Se consideraron:

- Sexo
- Residencia en la zona
- Estadia en área tropical
- Tipo de diagnóstico
- Asistencia a servicio de salud
- Tratamiento realizado
- Medicamento utilizado
- Tiempo de tratamiento
- Presencia de cicatriz típica de leishmaniasis
- Medicina alternativa/casera utilizada
- Gestión cuando se presentó la lesión
- Tiempo de cicatrización de las lesiones y presencia o no de lesiones anteriores.

Fases o pasos metodológicos.

Primera Fase.- Planteamiento del problema observando la realidad actual de la zona, el perfil epidemiológico, la incidencia y prevalencia previa, notificación de casos, estratificación de riesgo y elaboración del protocolo de investigación.

Segunda Fase. - Recolección de datos para el estudio a realizarse utilizando hojas de registro (encuestas).

Tercera Fase. - Análisis de datos con los cuales se elaboraran los resultados y conclusiones acerca de la problemática de investigación, se realizará de acuerdo a los resultados obtenidos y su interpretación en gráficos estadísticos (barras y tortas) con los cuales se tendrá claramente resultados entendibles para posteriormente otorgar recomendaciones objetivas

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.

El presente trabajo se realizó en los servicios de salud mencionados, teniendo conocimiento el personal de salud sobre los procedimientos y la finalidad del mismo.

Instrumentos de Medición:

1- Se realizó la recolección de datos mediante encuestas a los pacientes que acuden a cada centro de salud.

2- El Abordaje a los pacientes en los tres lugares mencionados, con el objetivo de evaluar las lesiones que cicatrizadas en forma espontánea, tenían el antecedente de haber recibido un tratamiento específico ó en ausencia del mismo.

3- Evaluado el tiempo hasta:

- a. La presentación actual de la enfermedad
- b. El acceso a tratamiento medicamentoso
- c. La cura clínica (cicatrización) desde el inicio del tratamiento medicamentoso o casero.

El Montaje de la Base de Datos

Las características poblacionales se han descrito mediante tablas de frecuencias si las variables eran cualitativas y calculando medias, desviaciones típicas, valores máximos y mínimos si las variables eran cuantitativas. Las comparaciones de grupos y las asociaciones entre variables se han evaluado

mediante pruebas chi-cuadrado y t de student. Las estimaciones se han hecho con IC (95%). Los análisis se han realizado usando el paquete estadístico SPSS vs 18 y el EPIDAT 3.1.

Se consideró realizar una encuesta personal en un formulario diseñado para esta actividad, a todos los pacientes del presente estudio.

Se consideró realizar en total 120 encuestas, divididas en los tres sectores del estudio a 40 cada uno. De tal manera tenemos 40 en Chulumani, 40 en Coripata y 40 en Santiago de Tocarón de Coripata.

Los lugares donde se realizaron básicamente las actividades de encuesta son:

- A.- La Población de Chulumani –. El Equipo de Trabajo estuvo compuesto por 1 Médico (Maestrante) 2 Médicos de Apoyo y 2 Auxiliares de Enfermería que básicamente nos dedicamos a la realización del presente estudio.
- B.- Coripata – Nor Yungas. . Esta Población cuenta con un Centro de Salud Hospital de Transito, de primer nivel de salud, que no se compara a la infraestructura de Chulumani. Sin embargo ofrece la capacidad asistencial mínima para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del mismo de acuerdo a protocolo. De igual manera se realizaron las actividades en forma coordinada con el sector de salud, para la atención de casos de leishmaniosis y presencia de lesiones identificadas previamente como de Leishmania. Se contó con un equipo de trabajo similar al caso anterior que colaboró en el presente estudio.
- C.- Santiago de Tocarón – Coripata. Este sector es alejado, aproximadamente a 110 Km. de la Población de Coripata. No cuenta con ninguna atención en Leishmaniosis y por ende la población afectada con esta enfermedad acude a medios caseros y otros con un intento desesperado de solucionar su problema. Resaltar la colaboración de un auxiliar de enfermería y 2 Responsables Populares de Salud de la zona en

la convocatoria de los pacientes y la infraestructura de la escuela de la población para realizar la atención durante las jornadas de trabajo. El equipo de trabajo, el mismo a los casos anteriores.

5.4 ASPECTOS ETICOS

El presente proyecto de investigación, fue aprobado por el Responsable Departamental de Leishmaniosis del Sedes La Paz, así como por el Coordinador de Red de Salud N.- 8 Yungas, quien es la máxima Autoridad en Salud de la zona.

Se procedió a recabar la autorización respectiva del Gobierno Municipal (Responsable de Salud Municipal) especificando que cada paciente firmaría libre y espontáneamente una hoja de consentimiento informado para el presente estudio.

Ningún procedimiento agresivo se realizó a los participantes, solamente entrevista y examen físico.

6. RESULTADOS. -

Se realizaron encuestas a 120 pacientes divididos en 3 subgrupos:

- 1.- en el municipio de Chulumani, 40 pacientes que accedieron al Hospital Municipal con infraestructura reconocida, así como personal de salud que presta actividades en la atención de las Leishmaniosis.
- 2.- En la población de Coripata, en el Centro de Salud Hospital que cuenta con infraestructura básica para la atención de esta enfermedad, 40 pacientes.
- 3.- En la población de Santiago de Tocarani, perteneciente al municipio de Coripata, que no cuenta con atención mínima en Leishmaniosis, 40 pacientes.

Después de realizar la recolección de los datos, tenemos los siguientes resultados expresados en los siguientes cuadros.

1.-

**ATENCION DE LAS LEISHMANIASIS POR SEXO
EN MUNICIPIOS DE LOS YUNGAS PACEÑOS
GESTION 2009**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	63	52,5	52,5	52,5
	Masculino	57	47,5	47,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

La atención de las leishmaniasis en municipios endémicos de los yungas de La Paz, Bolivia, según la presencia de casos por género en el presente estudio es de 52.5% (63 casos) el femenino y 47.5 (57 casos) el sexo masculino, con leve predominio del género Femenino.

2.-

**ATENCION DE LAS LEISHMANIASIS POR GRUPO ETAREO
EN MUNICIPIOS DE LOS YUNGAS PACEÑOS
GESTION 2009**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18-35 AÑOS	89	74,2 %	74,2 %	74,2 %
	MAYOR DE 35	31	25,8 %	25,8 %	100,0 %
	Total	120	100,0 %	100,0 %	

En el presente estudio, se observa el predominio del grupo de edades entre los 18 – 35 (población joven) con 74.2% respecto a los mayores de 35 años con 25.8%

3.-

**LUGAR PROBABLE DE INFECCION DE LEISHMANIASIS
EN MUNICIPIOS DE LOS YUNGAS PACEÑOS
GESTION 2009**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	<u>Coripata</u>	<u>34</u>	<u>28,3</u>
	Arapata	11	9,2
	<u>Santiago tocoroni</u>	<u>31</u>	<u>25,8</u>
	Chulumani	12	10,0
	Tajma	12	10,0
	Huancané	8	6,7
	Chirca	7	5,8
	Ocobaya	5	4,2
	Total	120	100,0

Apreciamos que Coripata y, Santiago Tocaróni presentan mayor frecuencia en cuanto a lugares probables de infección de la enfermedad y Ocobaya, Chirca y Huancané con menos en el presente estudio.

4.-

**MEDICAMENTOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS LEISHMANIASIS
MUNICIPIOS DE LOS YUNGAS PACEÑOS
GESTION 2009**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Glucantime	42	35,0
	Ninguno	40	33,3
	Pentostam	38	31,7
	Total	120	100,0

La terapéutica utilizada en los municipios endémicos de los Yungas Paceños en el presente estudio, nos muestra al antimonio de meglumine (Glucantime) con 35%, y al estibogluconato de sodio (pentostam) 31,7% y sin medicamento 33,3%

5.-

**TIEMPO DE TRATAMIENTO ANTILEISHMANIASICO
EN MUNICIPIOS DE LOS YUNGAS PACEÑOS
GESTION 2009**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	40	33,3
	Si	80	66,7
	Total	120	100,0

En el presente estudio, se encontraron datos que muestran que según protocolo de tratamiento el tiempo de tratamiento es de 20 días; y de estos, los pacientes en un 33,3% no cumplieron en su totalidad. Por otro lado el 66.7% llegó a cumplir en su totalidad.

6.-

**ADMINISTRACION DEL TRATAMIENTO DE ACUERDO A PROTOCOLO
EN MUNICIPIOS DE LOS YUNGAS PACEÑOS
GESTION 2009**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	54	45,0
	Si	66	55,0
	Total	120	100,0

Del total de pacientes encuestados tenemos a 55% (66 casos) con tratamiento y a 45% (54 casos) sin tratamiento.

7.-

**MEDICACION CASERA ANTILEISHMANIASICA UTILIZADA
EN MUNICIPIOS DE LOS YUNGAS PACEÑOS
GESTION 2009**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Crema Caseras	2	1,7
	Hipoclorito de Sodio	3	2,5
	Hojas de Coca	2	1,7
	Hojas de Matico	2	1,7
	Hojas de Plantas	1	,8
	Lejia	1	,8
	Ninguna	82	68,3
	Pólvora	2	1,7
	Resina de Piñon	1	,8
	<u>Resina de Plantas</u>	<u>21</u>	<u>17,5</u>
	Resina de Soliman Macho	3	2,5
	Total	120	100,0

La utilización de medicamentos caseros en pacientes del presente estudio, es diversa, con el intento de producir la cicatrización de las lesiones, ante la ausencia de medicación específica e infraestructura adecuada para la atención de leishmaniosis.

8.-

**CICATRIZACION DE LAS LESIONES CON MEDICACION CASERA
EN MUNICIPIOS DE LOS YUNGAS PACEÑOS
GESTION 2009**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	1	1
	No	119	99,
	Total	120	100,0

La cicatrización de lesiones de leishmaniosis, utilizando medicación casera en el presente estudio, no reporta resultados positivos, ni se consolida en el tiempo

como producto de los mismos. Apreciamos que el 99% no presenta cicatrización de lesiones utilizando medicamentos caseros y solo el 1% si.

9.-

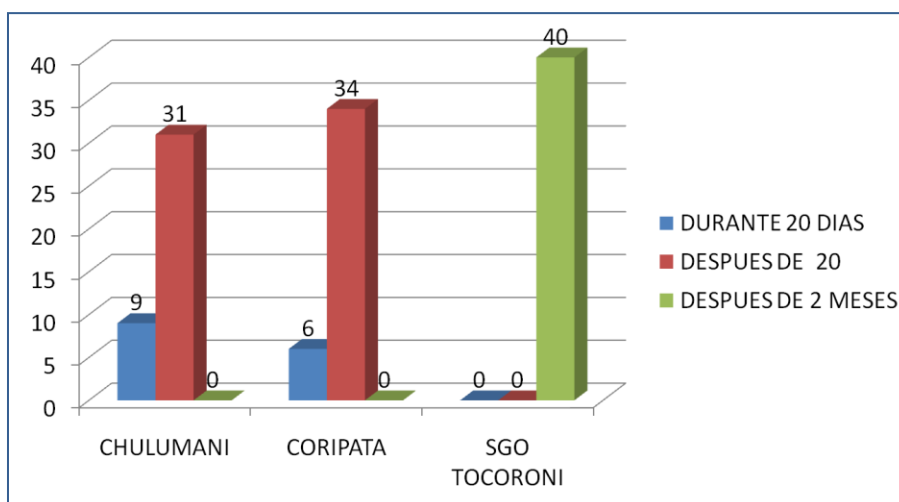
TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LAS LEISHMANIASIS

En el estudio, se encontró que el 67% presenta cicatrización de las lesiones al concluir el tratamiento según protocolo y el restante 33% hasta los dos meses post-tratamiento.

10.-

TIEMPO DE CICATRIZACION DE LEISHMANIASIS CON TRATAMIENTO EN MUNICIPIOS DE LOS YUNGAS GESTION 2009

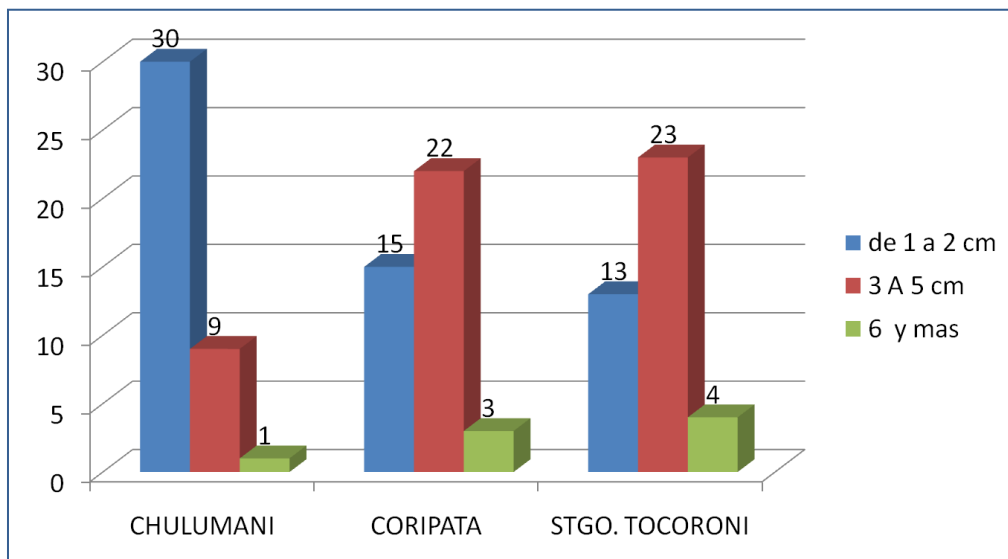
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Antes de los 20 días	9	7,5
	Despues de 1 mes	1	,8
	Despues de 2 meses	8	6,7
	Despues de 3 meses	19	15,8
	Despues de 4 meses	6	5,0
	Despues de 5 meses	3	2,5
	Despues de 6 meses	3	2,5
	Despues de los 20 días	71	59,2
	Total	120	100,0



Los Resultados muestran que utilizando el medicamento según protocolo en el presente estudio, la cicatrización de las lesiones se da antes de los 20 días y la mayoría al cumplir estos días, y el tiempo de cicatrización después de los 20 días en el presente estudio está en el margen de los 21 hasta los 30 días.

11.-

TAMAÑO DE LAS LESIONES DE LEISHMANIASIS EN MUNICIPIOS DE LOS YUNGAS GESTION 2009



En el presente estudio, apreciamos diferencias entre los lugares comparados respecto a la cantidad de cicatrices (la cantidad es diferente entre Chulumani y tocoroni) diferencia media de 0,4 cicatrices. Chulumani y Coripata tienen un Hospital de segundo y primer nivel respectivamente, con infraestructura adecuada para la atención de pacientes con Leishmania, y donde los pacientes acuden en forma precoz con alguna pequeña diferencia, generalmente con pocas lesiones y en estadio inicial. Lo contrario ocurre en Santiago de Tocaróni.

Tabla de contingencia Medicamento Utilizado * Tiempo de cicatrización

			Tiempo de cicatrización		Total
			Antes de los 20 días	mas de 20 días	
Medicamento Utilizado	Glucantime	Recuento	6	29	35
		Frecuencia esperada	4,4	30,6	35,0
		% dentro de Medicamento Utilizado	17,1%	82,9%	100,0%
	Pentostam	Recuento	4	41	45
		Frecuencia esperada	5,6	39,4	45,0
		% dentro de Medicamento Utilizado	8,9%	91,1%	100,0%
Total	Recuento	10	70	80	
	Frecuencia esperada	10,0	70,0	80,0	

Pruebas de chi-cuadrado

	<i>Valor</i>	<i>gl</i>	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,226 ^a	1	,268		
Corrección por continuidad	,588	1	,443		
Razón de verosimilitudes	1,217	1	,270		
Estadístico exacto de Fisher				,320	,221
N de casos válidos	80				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,38.

Tabla de contingencia Medicamento Utilizado * Tiempo de cicatrización

			Tiempo de cicatrización		Total
			Antes de los 20 días	mas de 20 días	
Medicamento Utilizado	Glucantime	Recuento	6	29	35
		Frecuencia esperada	4,4	30,6	35,0
		% dentro de Medicamento Utilizado	17,1%	82,9%	100,0%
	Pentostam	Recuento	4	41	45
		Frecuencia esperada	5,6	39,4	45,0
		% dentro de Medicamento Utilizado	8,9%	91,1%	100,0%
Total	Recuento	10	70	80	
	Frecuencia esperada	10,0	70,0	80,0	

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

		N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		ANOVA	valor
					Límite inferior	Límite superior		
Edad	Chulumani	40	28,28	9,024	25,39	31,16	0.90	0.914
	Coripata	40	28,03	9,950	24,84	31,21		
	S. Tococoni	40	27,40	9,564	24,34	30,46		
	Total	120	27,90	9,447	26,19	29,61		
Tiempo de Residencia en Trópico Basado en Años	Chulumani	40	15,85	6,208	13,86	17,84	2.519	0.085
	Coripata	40	14,05	5,953	12,15	15,95		
	S. Tococoni	40	13,08	4,520	11,63	14,52		
	Total	120	14,33	5,681	13,30	15,35		
Cantidad de cicatrices	Chulumani	40	1,30	,516	1,13	1,47	4.203	0.017
	Coripata	40	1,48	,506	1,31	1,64		
	S. Tococoni	40	1,70	,791	1,45	1,95		
	Total	120	1,49	,635	1,38	1,61		
Tamaño de las cicatrices en 2	Chulumani	40	2,430	1,7106	1,883	2,977	0.191	0.827
	Coripata	40	2,313	,7501	2,073	2,552		
	S. Tococoni	40	2,478	1,0254	2,150	2,805		
	Total	120	2,407	1,2218	2,186	2,628		

La cantidad de cicatrices es diferente entre Chulumani y Tococoni, con una diferencia media de 0.4 cicatrices (IC95%: 0.06-0.74)

Comparaciones múltiples

Bonferroni

Variable (I) dependiente	(J) Lugar_Entrevista	Lugar_Entrevista	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Cantidad de decisiones correctas	Chulumani	Coripata	-,175	,138	,625	-,51	,16
		S. Tococoni	-,400*	,138	,014	-,74	-,06
	Coripata	Chulumani	,175	,138	,625	-,16	,51
		S. Tococoni	-,225	,138	,320	-,56	,11
	S. Tococoni	Chulumani	,400*	,138	,014	,06	,74
	Coripata	,225	,138	,320	-,11	,56	

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Tiempo de cicatrización y localización

Tabla de contingencia localización 2 * Tiempo de cicatrización

			Tiempo de cicatrización		Total
			Antes de los 20 días	mas de 20 días	
Localización 2	Cuerpo	Recuento	1	7	8
		Frecuencia esperada	,7	7,3	8,0
		% dentro de localizacion2	12,5%	87,5%	100,0%
	Extremidades	Recuento	7	76	83
		Frecuencia esperada	6,9	76,1	83,0
		% dentro de localizacion2	8,4%	91,6%	100,0%
	Cabeza/Cuello	Recuento	2	27	29
		Frecuencia esperada	2,4	26,6	29,0
		% dentro de localizacion2	6,9%	93,1%	100,0%
Total		Recuento	10	110	120
		Frecuencia esperada	10,0	110,0	120,0
		% dentro de localizacion2	8,3%	91,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,261 ^a	2	,878
Razón de verosimilitudes	,244	2	,885
N de casos válidos	120		

Tabla de contingencia localización 2 * Tiempo de cicatrización

			Tiempo de cicatrización		Total
			Antes de los 20 días	mas de 20 días	
Localización 2	Cuerpo	Recuento	1	7	8
		Frecuencia esperada	,7	7,3	8,0
		% dentro de localizacion2	12,5%	87,5%	100,0%
	Extremidades	Recuento	7	76	83
		Frecuencia esperada	6,9	76,1	83,0
		% dentro de localizacion2	8,4%	91,6%	100,0%
	Cabeza/Cuello	Recuento	2	27	29
		Frecuencia esperada	2,4	26,6	29,0
		% dentro de localizacion2	6,9%	93,1%	100,0%
Total	Recuento	10	110	120	
	Frecuencia esperada	10,0	110,0	120,0	

- a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,67.

7 DISCUSIÓN.

La accesibilidad por parte de los pacientes a servicios asistenciales es muy limitada, mencionando la geográfica, disponibilidad de medios de transporte y producto de escasos programas de educación en salud, para prevenir enfermedades que representan la mayor causa de morbimortalidad en esta zona. En el área de enfermedades tropicales, en específico leishmaniosis, la mayoría de los pacientes afectados por este problema suman una serie de problemas adicionales a su enfermedad.

Con la presentación de los resultados encontrados, podemos afirmar a continuación lo siguiente:

La presentación de casos por género, en ambos casos en el presente estudio casi es similar, con leve predominio del sexo femenino. La explicación es que las mujeres ya están incorporadas plenamente en las actividades de los varones e incursionan en las zonas de riesgo para contraer Leishmaniosis, y no como hace unas gestiones atrás donde solo los varones que trabajaban en área tropical eran afectados.

Respecto a los grupos etáreos; el grupo más afectado es el productivo y joven (18 a 35 años) respecto a los otros, que también presentan casos pero en menor cantidad. Las características de ser migrantes, que realizan asentamientos nuevos formando nuevas familias y ser el mayor grupo productivo trabajador los hace susceptibles para contraer Leishmaniosis y con mayor frecuencia.

No existe asociación entre el tipo de tratamiento y tiempo de cicatrización, apreciándose que si bien la utilización de medicamentos de acuerdo a protocolo normado garantiza la cicatrización, también se tienen casos que demoran en cicatrizar, inclusive un poco más del tiempo límite establecido (no es uniforme en tiempo); ahora en aquellos casos que cicatrizan espontáneamente sin tratamiento,

también es diferente en el tiempo. (Guía Práctica de Leishmaniosis - PNCL 2007).

En cuanto al medicamento utilizado, tampoco existe asociación, puesto que con glucantime y pentostam para los casos cutáneos estudiados, se observa que es diferente en cuanto al tiempo de cicatrización de las lesiones, ya que tenemos casos en los cuales la cicatrización es en menor tiempo utilizando ya sea glucantime o pentostam y en otros en mayor tiempo. Para ambos de acuerdo a protocolo normado.

Existe significancia respecto a la cantidad de cicatrices por lugar (la cantidad es diferente entre Chulumani y tocoroni) diferencia media de 0,4 cicatrices. Chulumani tiene un Hospital de segundo nivel con infraestructura adecuada para la atención de pacientes con Leishmania, y donde los pacientes acuden en forma precoz, generalmente con pocas lesiones y en estadio inicial. Lo contrario ocurre en Santiago de Tocarani, donde la población no cuenta con servicio de salud que realice atención a la Leishmaniosis y no hay resolución de casos, cicatrizan espontáneamente y hay presencia de casos de Leishmaniosis con múltiples lesiones, mismas que demoran en cicatrizar cuando se realiza la terapéutica.

Se aprecia una directa relación entre la disponibilidad de estructura, servicios asistenciales y el manejo adecuado de casos de leishmaniosis tegumentaria en el trópico de los Yungas Paceños, La Paz, Bolivia. (Municipios de Chulumani y Coripata). Además, mencionar que su mal uso o no cumplimiento de normas establecidas perjudica al mismo y con los consiguientes resultados negativos del tratamiento.

La mayoría de la población y en particular los pacientes prefieren acudir directamente a hospitales con mayor infraestructura y disponibilidad de servicios médicos, en especial en leishmaniosis, dejando de lado los servicios de salud cercanos pero que no cuentan con lo mencionado. A esto se suma la poca presencia y permanencia continua de personal de salud.

La respuesta de tratamiento antileishmania, utilizando medicamentos de acuerdo a un protocolo es más evidente y se traduce en una pronta cicatrización de las lesiones en el Hospital de segundo nivel y centro de salud de primer nivel; y no así en el comunitario.

Asimismo, mencionaremos que la utilización de medicina casera en un intento de solucionar este problema de salud, no tiene ningún efecto ni da ningún resultado positivo relacionado a la cicatrización de las lesiones compatibles con Leishmaniosis, especialmente tomando el tiempo en el cual algunas lesiones cicatrizaron parcialmente utilizando estas medicinas caseras. Según tablas obtuvimos El 8% (1 paciente) de cicatrización con medicina casera y 92% (119) con tratamiento medicamentoso. (Sin embargo este 1% podría no deberse a la medicación casera, sino a la cicatrización espontánea que se da en muchos casos sin tratamiento).

El uso de los medicamentos establecidos para el tratamiento oficial de las leishmaniosis debe ser utilizado de acuerdo a lo normado, puesto que inclusive la administración en servicio y a cargo de un personal de salud, por el tiempo adecuado tiene importancia y está en relación con la cicatrización de las lesiones. De acuerdo al tiempo de tratamiento que es de 20 días se tiene que el 33% no cumplió con este, y el 67% llegó a cumplir en su totalidad.

Los pacientes del municipio de Chulumani, en el presente estudio, acudieron al Hospital (Segundo Nivel de Atención en Salud) A, que cuenta con infraestructura especializada para la atención de la leishmaniosis, con laboratorio, para el diagnóstico, para el seguimiento al tratamiento y con disponibilidad de medicamentos para el tratamiento, refrendando el comentario acerca de la accesibilidad.

- Para los encuestados del Municipio de Coripata B, estos acuden al Centro de Salud Hospital de Coripata (primer nivel de atención en salud) donde encontramos lo mínimo en infraestructura y servicios asistenciales para leishmaniosis.

- En tercer lugar C. tenemos a la comunidad de Santiago de Tocaróni perteneciente al municipio de Coripata, pero con la característica de no tener acceso a servicios mínimos ni infraestructura para la atención de las Leishmaniasis. Es así que los encuestados refieren no haber recibido ningún tipo de atención médica ni en diagnóstico ni en tratamiento, teniendo que recurrir según menciona a la medicina casera, con pocos o ningún resultado, puesto que sus lesiones cicatrizaron en un tiempo muy prolongado y no existe relación directa con una posible cicatrización por el uso de estos insumos caseros. Sin embargo debemos mencionar que el uso de insumos naturales está arraigado en las comunidades y su uso está establecido para diferentes enfermedades, y mucho más ante la ausencia de atención a cargo de los servicios asistenciales ya sean públicos o privados.
- **Realizando un análisis comparativo de los resultados encontrados en el presente estudio**, con literatura previa existente del medio. mencionamos a Mollinedo S.; Torrez M.; Holguin E.; Vargas F.; Leishmaniasis en Bolivia X. Epidemiología de fin de siglo; Revista del Colegio Médico de Bolivia; donde se menciona que la localización de las lesiones primarias difiere de acuerdo a la zona estudiada: En los Yungas Paceños en una población de ambos sexos, en todos los grupos de edad, la localización de las lesiones es uniforme: cabeza y tronco 29 %, miembros superiores 34 %, miembros inferiores 34 %, situación que apoya el criterio de transmisión nocturna intra domiciliar y además la diversidad de cantidad de lesiones diferentes en otra situada muy distante con poca accesibilidad. En el presente estudio se puede corroborar esto, comparando las poblaciones de Chulumani y Santiago de Tocaróni.
- A propósito de la atención de las Leishmaniasis en los Yungas Paceños; Se menciona en el anterior reporte que las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), y entre estas la Leishmaniasis; son indicadores del bajo nivel de desarrollo socioeconómico de la población y revelan infraestructuras de atención débiles, con políticas, estrategias y programas

poco eficaz. En Bolivia las Leishmaniasis antiguamente era conocida como una enfermedad rural rara, desarrollada en un solo foco “Los Yungas” en el Departamento de La Paz; en la actualidad la proliferación de focos endémicos (Villa Tunari, Ivirgazama, Eterazama, Puerto Villarroel, Chimore, Yapacani, Sapecho, Palos Blancos, Caranavi, Covendo, Bermejo, Madidi, Inicua, Yucumo, Puerto Cavinás, Porvenir, Araras, etc.) han alcanzado grandes áreas de 6 departamentos, situación que nos hace calificar esta enfermedad como **EMERGENTE**.

En las zonas de **antigua colonización** (Coroico, **Chulumani**, Irupana, Ocobaya, **Coripata**, Cajuata, Ixiamas, San Buenaventura, Tumupasa, Riberalta, Reyes, Guayaramerin, Cobija, Rurrenabaque, etc.), se había mantenido un silencio más o menos importante respecto al número de casos de la enfermedad, sin embargo en la última década el número de reportes han aumentado, los reportes oficiales de **casos notificados** son patentes de este incremento. Sin embargo el sub. registro y falta del reporte obligatorio de la enfermedad nos conduciría a multiplicar estas cifras por 4 o 5 (Desjeux, 1998), para tener los **casos estimados** más aproximados a la realidad.

- La Guía práctica de manejo de las Leishmaniasis en Bolivia del Programa Nacional de Control (2007), instruye un manejo integral, de acuerdo a su protocolo de todos los casos, enfatizando en la administración del tratamiento en los servicios de salud, supervisados, con seguimiento y utilizando medicamentos recomendados. En el presente estudio podemos comprobar que la atención de casos de Leishmaniasis en municipios de los Yungas de La Paz; si se realizan con estas recomendaciones tienen un resultado positivo (cicatrización de casos) y lo contrario ocurre si no se cumplen estas aseveraciones, amén de considerar la accesibilidad o no a estos servicios de salud estatal.
- Respecto a la atención de esta enfermedad, utilizando medicinas “caseras”, existen reportes y últimas intervenciones en la zona de los yungas, concretamente en el municipio de Palos blancos, donde se utiliza productos

sintetizados de algunas plantas ante la necesidad de contar con un medicamento que sea accesible y de fácil administración. La UMSA (Facultad de Bioquímica), en coordinación con el Servicio de Dermatología del Hospital de Clínicas Universitario de La Paz, el Hospital Municipal de Palos Blancos y la ONG O.S.C.A.R, realizan la atención piloto de pacientes de acuerdo a un protocolo. Los resultados preliminares muestran un alentador panorama. Sin embargo como es de conocimiento público en el mundo de la Medicina Tropical, no es suficiente un resultado positivo a plazo corto utilizando estas plantas o resinas (sea la forma o preparado) puesto que el control pos tratamiento en meses, años será quien determine si el resultado final es positivo. En el presente estudio encontramos evidentemente población afectada por esta patología que acude a estas medinas caseras y supuestamente consiguieron una cicatrización de sus lesiones; sin embargo el tiempo, resultado final, beneficios; aún están en tela de juicio por lo expresado.

8 CONCLUSIONES.

Una vez conocidos los resultados más importantes del presente estudio y ante la firmeza de las apreciaciones en el sector de los resultados obtenidos y sus discusiones arribamos a las siguientes conclusiones:

- Existe una directa relación entre la disponibilidad de estructura, servicios asistenciales y la atención adecuada de casos leishmaniosis tegumentaria en el trópico de los Yungas Paceños, La Paz, Bolivia. (Municipios de Chulumani y Coripata, en el segundo, primer nivel de salud y Comunitario).
- La infraestructura de salud existente en las áreas de estudio y el acceso de sus poblaciones a ellas está en directa y estrecha relación, puesto que determina en el presente estudio la cicatrización o no de las lesiones de leishmaniosis en un tiempo determinado. Además de mencionar que su mal uso o no cumplimiento de normas establecidas perjudica al mismo y con los consiguientes resultados negativos del tratamiento.
- De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que la mayoría de los encuestados refieren haber acudido a un servicio de salud a fin de solucionar su problema de salud, de acuerdo a la disponibilidad del mismo y considerando la accesibilidad al servicio y obviamente considerando la capacidad de oferta y la demanda de los mismos.

9. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

- Considerando los resultados encontrados en el presente estudio, y no teniendo mucha referencia bibliográfica local con la cual podemos comparar o tener de referencia con los hallazgos de este trabajo, sugerimos a futuro realizar otras intervenciones de seguimiento y/o comparación para refrendar los resultados o negarlos.
- Se debe considerar plenamente a la zona del presente estudio en área endémica de Leishmaniosis, por la ocurrencia permanente de casos.

- Considerar el abastecimiento regular y continuo de medicamentos antileishmaniasicos al sector y a actualización, así como capacitación del recurso humano sobre el manejo de esta enfermedad.
- Se debe fortalecer a los establecimientos del presente estudio, especialmente al Sector donde no existe ni infraestructura ni recursos humanos para la atención de la Leishmaniosis.
- Es indispensable un apoyo técnico calificado y capacitado para estas tareas, que incluye investigaciones de tipo: epidemiológica, entomológica y de laboratorio, especialmente en áreas sin cobertura.

10. BIBLIOGRAFIA

Desjeux, P.; S. Mollinedo, F. Le Pont, A. Paredes and G. Ugarte, (1.987), cutaneous leishmaniasis in Bolivia. A study of 185 human cases from Alto Beni (La Paz Department) Isolation and isoenzyme characterization of 26 strains of *Leishmania braziliensis braziliensis*. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 81, 742-746.

Martinez, E.; Le Pont, F.; Torrez, M.; Telleria, J.; Vargas, F.; Muñoz, M.; De Doncker, S.; Dujardin, J.C.; Dujardin, J.P., (1998), A new focus of cutaneous leishmaniasis due to *Leishmania amazonensis* in a Sub Andean region of Bolivia; Acta Tropica 71, 97-106.

Martinez E.; Le Pont F.; Mollinedo S. andf Cupolillo E.; A first case of cutaneous leishmaniasis due to *Leishmania (Viannia) lainsoni* in Bolivia; Transactions of the Royal Society of Tropical Medecine and Hygiene (2001) 95, 375-377

Mollinedo S.; Torrez M.; Holguin E.; Vargas F.; Leishmaniosis en Bolivia X. Epidemiología de fin de siglo; Revista del Colegio Médico de Bolivia

Guía Práctica de Leishmaniosis - PNCL 2007.

Mollinedo Sergio; Manual de Leishmaniasis para el Responsables Populares de Salud; Unidad de Parasitología INLASA-Ayuda en Acción ; 1998.

Mollinedo Sergio; Manual de Diagnóstico de las Leishmaniasis ; Unidad de Parasitología, INLASA-Ayuda en Acción ; 1998.

Torrez, M., Lopez, M., Le Pont, F., Martinez, E., Muñoz, M., Hervas, D., Yaksic, N., Arevalo, J., Sossa, D., Dedet, J.P., Dujardin, J.P.(1 .998), *Lutzomyia nunestovari* anglesi (Diptera Psychodidae) as a probable vector of *Leishmania braziliensis* in the Yungas, Bolivia. Acta Trópica 71, 311-316.

Desjeux P.; Le Pont F.; Mollinedo S.; (1.986) Visceral leishmaniasis in the La Paz Departement of Bolivia; Mem Inst. Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro; Vol 81: 96.

Desjeux P.; Le Pont F.; Mollinedo S. (1.989); Etude epidemiologique des Leishmanioses du Departement de La Paz Bolivie; Raports Commissions des Communautes Europeennes; 248 - 252.

Desjeux P.; Le Pont F.; Mollinedo S.; Tibayrenc M. (1.986); Les leishmania de Bolivie.

Le Pont F.; Mollinedo S.; Mouchet J.; Desjeux P.; (1.989); Leishmaniose en Bolivie. IV. Le chien dans les cycles des Leishmanioses en Bolivie; Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Vol 84 (3): 417-421, Jul/Sept.

Le Ray, D., Bermudez H., 1.986. Leishmanioses en Bolivie. Summaries of the final reports, Commission of the European Communities, EUR 12 143 EN,: 241- 247

Mollinedo Sergio; Manual práctico de tratamiento de las Leishmaniasis para Responsables Populares de Salud; Unidad de Parasitología INLASA-Ayuda en Acción, 1998.

11. ANEXOS

METSIBO-CEPIES-UMSA-U. BARCELONA

ANEXO 1

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

-Fecha de la entrevista (día de inclusión en el estudio): _ / _ / __

Nombre y Apellidos.....

-Sexo: () masculino () femenino. Lugar de la entrevista.....

-Fecha de nacimiento: _ / _ / __ edad.....-Lugar de nacimiento:

-Tiempo de permanencia en el área-trópico/subtrópico (meses):.....

-Tiempo de exposición en área endémica (incluya otras donde ha vivido).....

- Estada en áreas tropicales en el último año: () no () sí -incluye la residencia local _ dónde..... cuándo:

- Presencia de cicatriz típica de leishmaniosis: () no () sí

- Número de Cicatrices

- Localización de la(s) cicatriz(ces).....

- Tamaño de la(s) cicatriz(ces) (en cms 2)

.....

- ¿Cuándo adquirió la leishmaniosis?

.....

- ¿Dónde piensa que adquirió la leishmaniosis?

.....

- ¿Cuál fue la primera asistencia que buscó y lo que fue hecho?.....

Centro de salud si () no ()

- ¿El diagnóstico fue confirmado?

.....

- ¿Dónde fue hecho el diagnóstico y cómo fue la atención?.....

- ¿El caso fue resuelto con el tratamiento o cicatrizó en forma espontánea?

.....

- Para los que fueron tratados, preguntar sobre el tratamiento:

Medicamento utilizado, tiempo.

- quién administraba las dosis: personal de salud.....Empírico.....

El tratamiento fue completo o incompleto.....

- ¿Ha realizado en casa algún tratamiento alternativo (medicina tradicional)? ¿Cuál?

.....¿Cuándo?.....

- ¿La lesión remitió después del tratamiento?..... ¿Cuánto tiempo después?.....

- ¿Tuvo leishmaniosis en otra ocasión anterior o esta fue la primera vez?.....¿Sospecha?

.....¿Confirmada?.....

Nombre del Encuestador.....

METSIBO – CEPIES – UMSA – U. BARCELONA

TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZADO

Yodeaños de edad, con
residencia en la población de.....de la provincia.....del
Departamento de La Paz-Bolivia, Autorizo al personal de salud que dirige esta
investigación y aplica el cuestionario, a recabar la información que consideren
pertinente y posteriormente a divulgarlo, habiendo sido informado de los
pormenores del presente, y no existiendo acciones que represente daño hacia mi
salud y/o de mis dependientes, firmo la misma al pie del presente, a losdías
del mes de del año.....

Firma del Paciente entrevistado

Firma del Personal de Salud
Responsable