

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PANDO
UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO
AREA CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



MONOGRAFÍA

**FACTORES QUE LIMITAN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
OPORTUNO EN PERSONAS POSITIVAS A LEISHMANIASIS EN EL
CENTRO DE SALUD DE SANTA LUCIA, ABRIL A JUNIO 2025**

AUTORA:

Yesica Humaday Salinas

INT. LIC. EN ENFERMERÍA

Lic. Ercilia Llanos Fajardo

DOCENTE U.A.P.

Cobija – Pando - Bolivia

Gestión -2025

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios, gracias a él tenemos la oportunidad de permanecer con vida, quien nos dio la fe, la fortaleza, la salud, y la esperanza para poder terminar con éxito este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por su constante apoyo incondicional en la culminación del presente trabajo de los que recibí apoyo en todo momento de mi formación profesional.

RESUMEN

La leishmaniasis, enfermedad tropical desatendida, afecta principalmente a zonas rurales pobres donde la pobreza, el aislamiento y la desinformación dificultan su diagnóstico y tratamiento. Este estudio busca identificar los factores que limitan la atención oportuna en personas positivas a leishmaniasis en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril-junio 2025.

Para tal propósito, la investigación fue desarrollada bajo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, retrospectivo y sustentada en un método empírico. Se trabajó con una muestra de 25 personas con diagnóstico confirmado de leishmaniasis, seleccionados mediante un muestreo probabilístico. La técnica usada fue el censo, se aplicó un cuestionario estructurado de 9 preguntas cerradas.

El análisis de los resultados evidencia que el 76% de la población acude al centro de salud ante síntomas de leishmaniasis, aunque el 100% desconoce si el personal está capacitado para el diagnóstico, reflejando falta de información institucional. Solo el 8% considera que las pruebas diagnósticas están siempre disponibles, mientras que el 44% no sabe con qué frecuencia se encuentran. Respecto al tratamiento, el 88% lo obtiene en el centro de salud, pero solo el 16% indicó que siempre está disponible en su totalidad, frente al 52% que señaló una disponibilidad ocasional. Además, el 76% reportó que el inicio del tratamiento se da después de más de una semana del diagnóstico, evidenciando demoras significativas en la respuesta terapéutica. En cuanto al acceso físico, el 52% tarda entre 15 y 30 minutos en llegar al centro, descartando la distancia como una barrera importante. Sin embargo, el 40% tiene ingresos provenientes del comercio informal y el 68% atribuye la demora en buscar atención médica a la desconfianza hacia el establecimiento de salud.

Palabras Clave: Leishmaniasis, Diagnóstico, Tratamiento, Acceso.

ABSTRACT

Leishmaniasis, a neglected tropical disease, primarily affects poor rural areas where poverty, geographic isolation, and lack of information hinder timely diagnosis and treatment. This study aims to identify the factors limiting prompt care for individuals with leishmaniasis at the Santa Lucía Health Center, from April to June 2025.

To this end, the research was conducted under a quantitative, descriptive, retrospective approach and was based on an empirical method. A sample of 25 individuals with confirmed leishmaniasis diagnosis was selected through probabilistic sampling. The technique used was a census, and a structured questionnaire with 9 closed-ended questions was applied.

The results show that 76% of the population visits the health center when experiencing leishmaniasis symptoms, although 100% are unaware whether the staff is trained to diagnose the disease, reflecting a lack of institutional communication. Only 8% believe that diagnostic tests are always available, while 44% do not know how frequently they are offered. Regarding treatment, 88% obtain it at the health center, but only 16% stated it is always fully available, compared to 52% who reported occasional availability. Additionally, 76% indicated that treatment begins more than one week after diagnosis, highlighting significant delays in therapeutic response. In terms of physical access, 52% take between 15 and 30 minutes to reach the center, ruling out distance as a major barrier. However, 40% earn income from informal commerce, and 68% attribute delays in seeking care to distrust in the health facility.

Keywords: Leishmaniasis, Diagnosis, Treatment, Access.

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: PROBLEMA A INVESTIGAR	5
1.1. Planteamiento del problema.....	5
1.1.1. Descripción de la situación problemática.....	5
1.1.2. Formulación del problema	7
1.2. Delimitación de la Investigación.....	7
1.2.1. Delimitación Temática	7
1.2.2. Delimitación Temporal.....	7
1.2.3. Delimitación Espacial.....	7
1.3. Objeto de estudio.....	7
1.4. Objetivos.....	8
1.4.1. Objetivo General	8
1.4.2. Objetivos Específicos.....	8
1.5. Justificación del Tema.....	8
1.5.1. Justificación Teórica.....	8
1.5.2. Justificación Social.....	9
1.5.3. Justificación Práctica.....	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	11
2.1. Marco conceptual.....	11
2.1.1. Factores:.....	11
2.1.2. Personal capacitado	11
2.1.3. Acceso a pruebas diagnósticas (laboratorio, insumos).....	11
2.1.4. Distancia al centro de salud	12
2.1.5. Disponibilidad de medicamentos	12
2.1.6. Diagnóstico oportuno	12
2.1.7. Tratamiento oportuno	13
2.2. Marco teórico	13
2.2.1. Agente Etiológico.....	13
2.2.2. Clasificación	14
2.2.3. Vectores.....	14

2.2.4.	Reservorios y hospedadores.....	16
2.2.5.	Modo de transmisión.	17
2.2.6.	Periodo de incubación.	17
2.2.7.	Ciclos de Transmisión.	17
2.2.8.	Barreras para el Diagnóstico Oportuno	19
2.2.9.	Barreras para el Tratamiento Oportuno	23
2.2.10.	Poblaciones Vulnerables y Factores de Riesgo Asociados	26
2.2.11.	Diagnóstico.	27
2.2.12.	Tratamiento	33
2.2.13.	Medidas de prevención y control sobre los vectores.....	39
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO		40
3.1.	Operacionalización de variables	40
3.1.1.	Variable independiente	41
3.1.2.	Variable dependiente	41
3.2.	Enfoque Metodológico	41
3.3.	Tipo de Investigación	41
3.4.	Método de Investigación	42
3.5.	Población y Muestra.....	42
3.5.1.	Población	42
3.5.2.	Muestra	42
3.6.	Técnicas e Instrumentos	43
3.6.1.	Variables y Medición.	44
CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN		45
4.1.	Resultados.....	45
4.1.1.	Resultados del objetivo específico 1.	45
4.1.2.	Resultados del objetivo específico 2	48
4.1.3.	Resultados del objetivo específico 3	51
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		54
5.1.	Conclusiones	54
5.2.	Recomendaciones.....	56
BIBLIOGRAFÍA		57
ANEXOS.....		59

INDICE DE GRAFICOS

Grafica 1. Lugar habitual de atención ante síntomas relacionados con la leishmaniasis en la población atendida en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.....	45
Grafica 2. Percepción de la población sobre la capacitación del personal de salud para el diagnóstico de leishmaniasis en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.....	46
Grafica 3. Frecuencia de disponibilidad de pruebas diagnósticas para leishmaniasis en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.	47
Grafica 4. Origen de adquisición del tratamiento para la leishmaniasis en la comunidad atendida por el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.	48
Grafica 5. Frecuencia de disponibilidad del tratamiento completo para la leishmaniasis en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.	49
Grafica 6. Intervalo de tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en pacientes con leishmaniasis atendidos en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.	50
Grafica 7. Tiempo promedio de desplazamiento desde la vivienda hasta el Centro de Salud de Santa Lucía en la población diagnosticada con leishmaniasis, abril a junio de 2025.....	51
Grafica 8. Fuente principal de ingresos económicos de la población afectada por leishmaniasis atendida en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.....	52
Grafica 9. Factores percibidos por la población que dificultan la búsqueda oportuna de atención médica ante sospecha de leishmaniasis, abril a junio de 2025.	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Lugar habitual de atención ante síntomas relacionados con la leishmaniasis en la población atendida en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.....	45
Tabla 2. Percepción de la población sobre la capacitación del personal de salud para el diagnóstico de leishmaniasis en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.....	46
Tabla 3. Frecuencia de disponibilidad de pruebas diagnósticas para leishmaniasis en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.	47
Tabla 4. Origen de adquisición del tratamiento para la leishmaniasis en la comunidad atendida por el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.	48
Tabla 5. Frecuencia de disponibilidad del tratamiento completo para la leishmaniasis en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.	49
Tabla 6. Intervalo de tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en pacientes con leishmaniasis atendidos en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.	50
Tabla 7. Tiempo promedio de desplazamiento desde la vivienda hasta el Centro de Salud de Santa Lucía en la población diagnosticada con leishmaniasis, abril a junio de 2025.....	51
Tabla 8. Fuente principal de ingresos económicos de la población afectada por leishmaniasis atendida en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.....	52
Tabla 9. Factores percibidos por la población que dificultan la búsqueda oportuna de atención médica ante sospecha de leishmaniasis, abril a junio de 2025.	53

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Encuesta sobre: Factores que limitan el diagnóstico y tratamiento oportuno de la leishmaniasis.....	59
Anexo 2	61

INTRODUCCIÓN.

La leishmaniasis representa una de las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) más significativas a nivel global, afectando a millones de personas, particularmente en regiones empobrecidas. Su presencia es endémica en 99 países, con la leishmaniasis cutánea (LC) reportada en 90 y la leishmaniasis visceral (LV) en 80 (OMS , 2023). En las Américas, la enfermedad se manifiesta como una zoonosis compleja, involucrando una diversidad de especies de parásitos del género *Leishmania*, reservorios animales (como perros domésticos para *Leishmania infantum*), y vectores de mosquitos de la familia *Psychodidae*, siendo *Lutzomyia* el género principal en el Nuevo Mundo. El espectro clínico de la leishmaniasis es amplio, presentándose principalmente en formas cutáneas, mucocutáneas (LMC) y viscerales. La LV, si no se trata, es fatal en más del 90% de los casos, mientras que la LMC puede causar destrucción tisular severa y desfiguración, y la LC resulta en lesiones ulcerosas crónicas que dejan cicatrices permanentes (OMS , 2023)

La detección temprana y precisa, junto con un tratamiento adecuado, son cruciales para prevenir complicaciones graves, reducir las tasas de letalidad, limitar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los individuos afectados. Por el contrario, las demoras en el diagnóstico y el inicio del tratamiento están directamente relacionadas con un aumento de la morbilidad, mayores tasas de mortalidad y la continua diseminación de la enfermedad dentro de las comunidades (OMS , 2023). Esta situación subraya la imperiosa necesidad de abordar las barreras existentes que impiden una gestión eficaz de la leishmaniasis.

La clasificación de la leishmaniasis como una "enfermedad tropical desatendida" (ETD) no es meramente una etiqueta descriptiva, sino un factor crítico que contribuye a la persistencia de las barreras diagnósticas y terapéuticas. Esta designación a menudo implica una subfinanciación sistémica, investigación y desarrollo limitados, y una baja priorización política, lo que directamente dificulta los esfuerzos de control efectivos (Fernandez & Oviedo , 2021). Por ejemplo, las herramientas disponibles para la prevención y el control son limitadas, y la adquisición de medicamentos críticamente necesarios a menudo se ve desafiada por recursos nacionales limitados. La escasez de recursos económicos de los Ministerios de Salud impacta negativamente la detección y el tratamiento. La iniciativa Medicamentos para Enfermedades Desatendidas (DNDi) se enfoca en la leishmaniasis, lo que tácitamente reconoce una falla del

mercado o la falta de inversión farmacéutica tradicional (Mollinedo & Magne , 2021). Esta falta de atención sistémica perpetúa el ciclo de acceso deficiente y alta carga de enfermedad en poblaciones vulnerables. Superar estas barreras requiere un cambio fundamental en la política de salud global y nacional, priorizando la inversión en las ETD para asegurar un acceso equitativo a la atención.

Además, la leishmaniasis está consistentemente vinculada a la pobreza, lo que revela que la pobreza no es solo un factor de riesgo correlativo, sino un determinante fundamental y estructural que exacerba casi todas las demás barreras para el diagnóstico y el tratamiento. Esto sugiere un ciclo de refuerzo donde los malos resultados de salud perpetúan la pobreza y viceversa. Las poblaciones más pobres a menudo residen en áreas rurales y remotas con acceso limitado a servicios de salud.

La pobreza se traduce en "finanzas insuficientes para buscar atención", incluso cuando el tratamiento es "gratuito", debido a "costos asociados" como el transporte y la alimentación. También obliga a "priorizar las actividades generadoras de ingresos" sobre la búsqueda de atención médica, lo que lleva a un retraso en la atención. Las condiciones de vivienda deficientes y la falta de medidas de protección también están ligadas a la pobreza. Esta situación no se limita a la dificultad financiera individual; es un problema sistémico (Mollinedo & Magne , 2021). La pobreza crea una cascada de vulnerabilidades (aislamiento geográfico, falta de fondos para costos indirectos, presión para trabajar, vivienda inadecuada) que se traducen directamente en un diagnóstico y tratamiento tardíos. Las intervenciones efectivas, por lo tanto, deben integrar estrategias de desarrollo socioeconómico con iniciativas de salud, reconociendo que las soluciones médicas por sí solas son insuficientes para abordar una enfermedad tan profundamente arraigada en la pobreza.

La leishmaniasis es un complejo de enfermedades que afecta al ser humano que vive o visita áreas tropicales y subtropicales del país, donde la pobreza, precariedad de sus viviendas, desequilibrios inmunológicos en la población, colonización con desbosque, apertura de caminos, prospección petrolera, actividad minera, fluidez del desplazamiento poblacional a zonas endémicas y viceversa, contribuyen al incremento de casos (Restrepo & Arboleda, 2022).

Las características clínico-epidemiológicas en Argentina son similares a las del área endémica de Bolivia: grupo etario de enfermos y de diagnóstico de las lesiones cutáneas y mucocutáneas, y el similar parásito y la misma fauna de vectores antropófilos. La prevalencia de infección resultó más similar entre sexos que la expresión clínica y la infección asintomática, que puede llegar el 50,8 % de la población en comunidades con una larga permanencia en zonas hiperendémicas (Mollinedo & Magne , 2021).

La monografía se estructura en varios capítulos, cada uno de los cuales aborda aspectos fundamentales para el análisis de los factores que limitan el diagnóstico y tratamiento oportuno de la leishmaniasis en la comunidad de Santa Lucía.

Capítulo I: Problema a investigar. Este capítulo describe la situación problemática de la leishmaniasis, presentando estadísticas y antecedentes tanto a nivel mundial como local. Se formula la pregunta de investigación y se delinea la delimitación temática, temporal y espacial del estudio. Además, se especifican el objetivo general y los objetivos específicos del trabajo.

Capítulo II: Marco Teórico Referencial. Se presenta una revisión de la literatura existente sobre la leishmaniasis, incluyendo definiciones, causas, modos de transmisión y factores que dificultan su diagnóstico y tratamiento oportuno. Se abordan las bases teóricas que sustentan el estudio y se exploran investigaciones previas relevantes.

Capítulo III: Marco Metodológico. En este capítulo se detalla el enfoque de investigación, el tipo y nivel de investigación, y se describe la población y muestra del estudio. También se explican las técnicas de recolección de datos y los procedimientos utilizados para el análisis de la información.

Capítulo IV: Resultados de la investigación. Este capítulo presenta los hallazgos de la investigación. Se analizan los datos recopilados, identificando las principales barreras que limitan el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno de la leishmaniasis en la población estudiada. Los resultados se muestran de manera clara y sistemática, utilizando tablas y gráficos para una mejor comprensión.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones. Este capítulo resume los principales hallazgos de la investigación, destacando los factores limitantes identificados y su impacto en la atención

de la leishmaniasis. Se ofrecen recomendaciones para mejorar el diagnóstico y tratamiento oportuno, dirigidas a las autoridades de salud, profesionales médicos, población afectada y comunidad en general.

Al identificar estos factores, se busca desarrollar estrategias efectivas de prevención y atención que permitan reducir la carga de la leishmaniasis y sus consecuencias en la salud pública. Este estudio pretende también sensibilizar a la comunidad sobre la importancia del diagnóstico temprano y tratamiento adecuado, promoviendo una cultura de vigilancia y cuidado integral, y contribuyendo así a la creación de un entorno más saludable y equitativo en la comunidad de Santa Lucía.

CAPITULO I: PROBLEMA A INVESTIGAR

1.1. Planteamiento del problema.

El problema central de la presente investigación se estructura en dos componentes fundamentales: la descripción detallada de la situación problemática y la subsiguiente formulación del problema, los cuales se abordan a continuación.

1.1.1. Descripción de la situación problemática.

La leishmaniasis, reconocida como una de las principales enfermedades tropicales desatendidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituye una amenaza persistente y de gran relevancia para la salud pública mundial, especialmente en regiones tropicales y subtropicales donde las condiciones socioeconómicas y ambientales favorecen su propagación. Esta patología infecciosa es causada por diversas especies de parásitos del género *Leishmania*, los cuales se desarrollan y multiplican en el interior de los macrófagos humanos, generando distintas manifestaciones clínicas según la especie y la respuesta inmunológica del huésped. (OMS , 2023)

Con manifestaciones clínicas que pueden ser cutáneas, mucocutáneas o viscerales, afecta especialmente a comunidades rurales y marginadas que viven en condiciones de pobreza y con acceso limitado a servicios básicos de salud. A pesar del progreso tecnológico y médico, se siguen reportando más de 700.000 casos nuevos cada año en el mundo, con mayor concentración en regiones de Asia, África, Medio Oriente y América Latina (OMS , 2023).

En América Latina, la carga de la leishmaniasis cutánea y mucocutánea es considerable, y se ve intensificada por factores estructurales como el subdiagnóstico, la limitada cobertura de salud en zonas rurales, la falta de pruebas de laboratorio confirmatorias y el acceso insuficiente a tratamientos eficaces. Países como Bolivia enfrentan serias dificultades para asegurar diagnósticos tempranos y terapias oportunas, lo que contribuye a un aumento de secuelas permanentes, discapacidad y estigmatización social. Esta realidad ha sido documentada por la Organización Panamericana de la Salud, que advierte sobre la carencia de recursos adecuados en muchos sistemas de salud de la región (OPS, 2022).

El contexto geográfico y social de Bolivia también contribuye a la expansión de la enfermedad. Según datos del INE 2018, el 60% del territorio nacional corresponde a zonas tropicales o subtropicales, lo que ha propiciado migraciones interregionales hacia áreas con alto riesgo de transmisión de la leishmaniasis. Estos desplazamientos afectan principalmente a personas en situación de vulnerabilidad, cuya adaptación a nuevos entornos implica un elevado costo emocional, social y sanitario. La falta de inmunidad, un estado nutricional deficiente y el colapso de redes de contención aumentan su susceptibilidad a infecciones.

La leishmaniasis está catalogada como enfermedad de interés sanitario nacional, pero la respuesta institucional sigue siendo insuficiente. Especialmente en departamentos amazónicos como Pando, las limitaciones geográficas, la precariedad en los establecimientos de salud y la escasez de medicamentos especializados dificultan el acceso a una atención integral. Aunque el Seguro Único de Salud (SUS) garantiza atención médica gratuita, los recortes presupuestarios municipales han comprometido la disponibilidad sostenida de insumos médicos y tratamientos, afectando directamente a los pacientes diagnosticados con leishmaniasis, muchos de los cuales no reciben el tratamiento prescrito, en clara vulneración de su derecho a la salud (Mollinedo & Butron, 2022).

Pando, por su ubicación y clima tropical húmedo, reúne las condiciones ideales para la proliferación del vector transmisor. Los registros del Programa Nacional de Control de Leishmaniasis indican que la incidencia de casos se elevó en los últimos años, especialmente en comunidades rurales donde la incidencia supera con creces el promedio nacional. (Mollinedo & Butron, 2022).

El vector de transmisión, el flebótomo del género *Lutzomyia*, de hábitat silvestre, está presente en diversas comunidades rurales del área amazónica. Los municipios hiper endémicos más afectados por la enfermedad incluyen Bolpebra, Filadelfia, Bella Flor, Santa Rosa del Abuná y Porvenir. Cobija, capital del departamento, concentra más del 50% de los casos reportados anualmente, los cuales provienen principalmente de estos municipios (SEDES Pando, 2022)

Según datos del SNIS/VE Pando, la incidencia de leishmaniasis a nivel departamental fue de 46 por cada 10.000 habitantes en 2018, superando la meta programada de 40 por 10.000. En 2019, la incidencia bajó a 21 por 10.000 habitantes, pero en 2020 volvió a aumentar, alcanzando los

38 por 10.000 habitantes. Estas cifras reflejan una tendencia oscilante, pero persistentemente preocupante, que exige una respuesta más efectiva y sostenida por parte de las autoridades sanitarias (SEDES Pando, 2022).

Según los datos registrados en el SNIS-VE 2025 del Centro de Salud de Santa Lucía, entre enero y mayo se notificaron 25 casos confirmados de leishmaniasis cutánea. Esto equivale a una incidencia de aproximadamente 15 casos por cada 1.000 habitantes, considerando una población asignada de 1.618 personas. De los casos confirmados en este periodo, solo 4 pacientes iniciaron oportunamente el tratamiento, y la misma cantidad logró completarlo de manera satisfactoria.

1.1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores que limitan el diagnóstico y tratamiento oportuno en personas positivas a leishmaniasis en el centro de salud de Santa Lucía, abril a junio 2025?

1.2. Delimitación de la Investigación.

1.2.1. Delimitación Temática

La temática de la presente investigación se relaciona a los factores que limitan el diagnóstico y tratamiento oportuno en personas positivas a leishmaniasis del centro de salud de Santa Lucía.

1.2.2. Delimitación Temporal

La presente investigación tomó como parámetro temporal desde abril a junio 2025.

1.2.3. Delimitación Espacial

La investigación se circunscribe a un espacio geográfico del Centro de Salud de Santa Lucía, ubicado en la localidad de Santa Lucía, municipio de Bella Flor, provincia Nicolás Suárez, del departamento de Pando.

1.3. Objeto de estudio

El estudio se enmarca a los factores que limitan el diagnóstico y tratamiento oportuno en personas positivas a leishmaniasis en la población de estudio.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar los factores que limitan el diagnóstico y tratamiento oportuno en personas positivas a leishmaniasis en el centro de salud de Santa Lucia, abril a junio 2025.

1.4.2. Objetivos Específicos.

- a) Identificar las deficiencias en la infraestructura sanitaria, la disponibilidad de pruebas diagnósticas y la capacitación del personal de salud que limitan el diagnóstico oportuno de la leishmaniasis.
- b) Establecer los factores relacionados con la disponibilidad de medicamentos que inciden en la oportunidad del tratamiento de la leishmaniasis.
- c) Describir la influencia de las barreras geográficas, las condiciones socioeconómicas y la percepción comunitaria sobre la búsqueda de diagnóstico y tratamiento oportuno.

1.5. Justificación del Tema.

1.5.1. Justificación Teórica.

La leishmaniasis es una enfermedad infecciosa desatendida de alta relevancia en salud pública, especialmente en zonas rurales y empobrecidas, donde la infraestructura sanitaria es limitada y las condiciones sociales, ambientales y económicas favorecen su transmisión. Esta afección, causada por protozoarios del género *Leishmania* y transmitida por flebótomos, representa un desafío persistente para los sistemas de salud en América Latina, debido tanto a su carga de enfermedad como a las múltiples barreras que dificultan su diagnóstico y tratamiento oportuno (OPS, 2022).

Diversos estudios han demostrado que los factores limitantes en el abordaje de la leishmaniasis incluyen desde la baja capacitación del personal de salud, la limitada disponibilidad de pruebas diagnósticas en el primer nivel de atención, hasta el desconocimiento por parte de la población sobre los signos y síntomas de la enfermedad. A ello se suma la escasez de tratamientos efectivos

en zonas endémicas y la falta de seguimiento clínico, lo cual propicia la progresión de la enfermedad y eleva la morbilidad (Mollinedo & Butron, 2022).

Desde una perspectiva epidemiológica y sociomédica, el diagnóstico tardío se asocia no solo a deficiencias en la infraestructura sanitaria, sino también a barreras culturales, como creencias tradicionales, estigmatización, y confianza limitada en el sistema de salud formal. Esto se vuelve especialmente crítico en comunidades rurales como Santa Lucía, donde los determinantes sociales de la salud influyen de manera directa en la atención oportuna (OPS, 2022).

Asimismo, la vigilancia epidemiológica ineficiente y la débil articulación intersectorial obstaculizan la implementación de intervenciones preventivas y curativas sostenibles. En este contexto, se vuelve imprescindible indagar los factores específicos que inciden en la comunidad de Santa Lucía, con el fin de diseñar estrategias integrales que fortalezcan el diagnóstico precoz y el acceso efectivo al tratamiento, contribuyendo así a la reducción de la carga de esta enfermedad desatendida (OPS, 2022).

1.5.2. Justificación Social.

La leishmaniasis constituye no solo un problema de salud pública, sino también una amenaza directa para el bienestar y la calidad de vida de las poblaciones más vulnerables, como la comunidad de Santa Lucía. Esta enfermedad afecta de manera desproporcionada a comunidades rurales con bajo acceso a servicios básicos, donde las condiciones socioeconómicas, el desconocimiento de la enfermedad y la falta de infraestructura sanitaria adecuada se convierten en factores determinantes del retraso en su diagnóstico y tratamiento.

Desde un enfoque social, investigar los factores que limitan el abordaje oportuno de la leishmaniasis permite visibilizar las inequidades estructurales que enfrentan los habitantes de Santa Lucía, quienes no solo padecen las manifestaciones físicas de la enfermedad, sino también el estigma, la exclusión social y la pérdida de productividad laboral, generando así un impacto económico y psicológico significativo en las familias afectadas (Valladares & Escobar, 2021).

Esta investigación adquiere relevancia social al centrarse en una población específica, permitiendo el diseño de estrategias de intervención adaptadas al contexto local. La identificación de barreras sociales, culturales y organizativas permitirá orientar políticas

públicas más inclusivas, fortalecer la participación comunitaria en la vigilancia epidemiológica, y fomentar una cultura de autocuidado y prevención, aspectos claves para reducir la carga de la enfermedad en zonas endémicas (Restrepo & Arboleda, 2022).

1.5.3. Justificación Práctica.

La presente investigación posee una justificación práctica relevante, ya que busca generar evidencia concreta y contextualizada sobre las barreras que impiden el diagnóstico y tratamiento oportuno de la leishmaniasis en la comunidad de Santa Lucía. Comprender estos factores permitirá a los profesionales de salud, tomadores de decisiones y autoridades locales diseñar e implementar estrategias efectivas de intervención que respondan a las necesidades reales de la población afectada (OPS, 2022).

En términos operativos, los resultados de este estudio pueden traducirse en mejoras significativas en la vigilancia epidemiológica, capacitación del personal de salud, provisión de insumos diagnósticos y disponibilidad de tratamientos en el primer nivel de atención. Además, puede contribuir al desarrollo de campañas educativas enfocadas en el reconocimiento temprano de síntomas y en la reducción del estigma asociado a esta enfermedad, lo cual incrementaría la demanda oportuna de atención médica (OMS , 2023).

Asimismo, al identificar limitaciones específicas de tipo institucional, logístico y comunitario, esta investigación podrá guiar acciones prácticas como la redistribución de recursos sanitarios, la formulación de protocolos de atención diferenciada y la articulación intersectorial en zonas endémicas. Estas acciones no solo permitirían una respuesta más rápida ante nuevos casos, sino también la prevención de complicaciones asociadas, como la diseminación cutánea o la cronicación de la infección (Mollinedo & Magne , 2021).

Por tanto, este estudio aporta información útil para la toma de decisiones a nivel local y regional, fortaleciendo la gobernanza en salud y permitiendo que los hallazgos puedan ser replicables o adaptables a otras comunidades con condiciones socio-epidemiológicas similares.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. Marco conceptual

2.1.1. Factores:

Los factores que limitan el diagnóstico y tratamiento oportuno de la leishmaniasis constituyen un conjunto de barreras interrelacionadas de origen estructural, institucional, geográfico, económico y sociocultural que afectan directamente la capacidad de respuesta del sistema de salud y la accesibilidad de la población a los servicios médicos. Estas barreras impiden que las personas reconozcan tempranamente los signos clínicos, accedan a pruebas confirmatorias confiables y reciban tratamiento médico de manera inmediata.

2.1.2. Personal capacitado

Se entiende como el conjunto de profesionales y técnicos de la salud (médicos, enfermeros, laboratoristas, promotores comunitarios) con competencias clínicas, diagnósticas y terapéuticas específicas sobre leishmaniasis. Un personal verdaderamente capacitado posee no solo formación técnica, sino también experiencia en el manejo de casos en contextos endémicos, y habilidades en la comunicación intercultural, promoción de la salud, vigilancia epidemiológica y referencia oportuna (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

La capacitación continua es clave para evitar errores diagnósticos, mejorar el enfoque clínico basado en evidencia, y asegurar que los pacientes reciban un tratamiento conforme a guías internacionales. Su ausencia perpetúa prácticas clínicas inadecuadas, como la subestimación de lesiones cutáneas y el uso empírico de antibióticos, lo que retrasa el diagnóstico definitivo (Moreno, 2023).

2.1.3. Acceso a pruebas diagnósticas (laboratorio, insumos)

Este factor se refiere a la capacidad de los centros de salud para realizar pruebas confirmatorias específicas (como el frotis directo, cultivos, PCR o serología) con insumos adecuados, personal entrenado y equipos funcionales. Un acceso efectivo implica una cadena logística eficiente que garantice el abastecimiento de reactivos, la conservación de muestras y la referencia a laboratorios regionales cuando el centro local no cuente con capacidad instalada (Ramos, 2023).

La ausencia o intermitencia de estos recursos genera diagnósticos clínicos presuntivos sin confirmación de laboratorio, lo cual puede derivar en tratamientos erróneos, retrasos en el inicio de la terapia específica, y aumento de los casos crónicos (Salazar, 2022).

2.1.4. Distancia al centro de salud

Este término describe la dimensión geográfica y funcional de la accesibilidad. No se refiere únicamente al número de kilómetros, sino también a la existencia (o no) de rutas transitables, medios de transporte disponibles, tiempos de traslado y costos asociados. En comunidades rurales como Santa Lucía, las distancias pueden implicar varias horas de recorrido a pie o en vehículos no motorizados, lo que dificulta que los pacientes asistan a consultas o regresen para completar tratamientos (Ramos , 2023).

Además, la percepción de lejanía desincentiva la búsqueda de atención temprana, especialmente si el cuadro clínico se considera “leve”, como suele ocurrir en las primeras etapas de la leishmaniasis cutánea. Este retraso reduce las posibilidades de curación completa y aumenta el riesgo de diseminación (Moreno, 2023).

2.1.5. Disponibilidad de medicamentos

Hace referencia a la presencia constante, segura y equitativa de los medicamentos de primera y segunda línea para el tratamiento de la leishmaniasis en los establecimientos de salud. Esto abarca no solo el almacenamiento físico y la gestión del inventario, sino también la planificación de compras, la distribución eficiente y la regulación del uso racional de los fármacos. La leishmaniasis requiere tratamiento prolongado y, en ocasiones, con fármacos de alto costo y toxicidad, como la anfotericina B liposomal, lo que incrementa la presión sobre los sistemas públicos de salud (Ramos , 2023).

La falta de medicamentos genera interrupciones en los esquemas terapéuticos, deserción del tratamiento, aumento del riesgo de recaída y potencial resistencia farmacológica (OMS, 2023).

2.1.6. Diagnóstico oportuno

Es el proceso de identificación precoz de la infección mediante la evaluación clínica y la confirmación laboratorial, dentro de un período breve desde la aparición de los primeros

síntomas (usualmente entre 2 a 4 semanas). Un diagnóstico oportuno depende del conocimiento del paciente sobre la enfermedad, del acceso geográfico a la consulta, de la pericia del personal sanitario y de la disponibilidad de herramientas diagnósticas (Ramos , 2023).

La detección temprana permite iniciar el tratamiento antes de que la enfermedad progrese a formas más severas o se cronifique. En comunidades endémicas, donde la leishmaniasis es a menudo confundida con otras dermatosis, el diagnóstico oportuno representa un reto crucial (Moreno, 2023).

2.1.7. Tratamiento oportuno

Este concepto hace referencia a la administración del tratamiento específico de manera inmediata tras la confirmación diagnóstica, sin demoras por causas administrativas, logísticas o clínicas. La oportunidad terapéutica es clave para detener la progresión de la infección, evitar secuelas, reducir la carga parasitaria y disminuir la transmisión comunitaria (Organización Mundial de la Salud, 2023).

El tratamiento oportuno también implica garantizar la adherencia del paciente, mediante un acompañamiento que incluya monitoreo clínico, manejo de efectos adversos, educación sanitaria y reducción de barreras económicas o sociales que dificulten el cumplimiento del régimen farmacológico (Moreno, 2023).

2.2. Marco teórico

2.2.1. Agente Etiológico

Las Leishmaniasis, son protozoarios unicelulares que tienen dos formas (amastigote y promastigote), que ingresan en los animales o al humano a través de la picadura de varias especies de flebotomos (Ministerio de Salud de Bolivia, 2014).

La forma amastigote, se encuentra dentro de las células del sistema de defensa de los tejidos (piel, hígado, bazo, médula ósea) de los hospederos vertebrados (animal o humano), tienen forma redondeada, sin flagelo, con núcleo y kinetoplasto son inmóviles y miden 2 a 6 micras.

La forma promastigote, es extracelular y se la encuentra en el tubo digestivo del insecto vector (los flebótomos) y en los medios de cultivos; tiene forma alargada, son móviles al tener un flagelo que emerge por la parte anterior del parásito, este mide entre 5 a 20 micras de largo por 1 a 4 micras de ancho, el flagelo puede medir hasta 20 micras.

De acuerdo a estudios realizados, en Bolivia actualmente circulan 5 especies parasitarias: (Ministerio de Salud de Bolivia, 2014).

- **Leishmania braziliensis** es agente de la Leishmaniasis Cutáneo Mucosa (LCM)
- **Leishmania amazonensis** es agente de Leishmania Cutánea (LC) y Leishmania Cutáneo Difusa (LCD) identificada en Bolivia corresponde a la especie amazonensis del complejo mexicano y subgénero Leishmania.
- **Leishmania chagasi** agente de Leishmaniasis Visceral (LV)
- **Leishmania lainsoni** es agente de casos clínicos esporádicos de Leishmaniasis Cutánea (LC).
- **Leishmania guyanensis** agente de Leishmaniasis Cutánea (LC) y Leishmaniasis Mucosa (LM).

2.2.2. Clasificación

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Décima Revisión, las Leishmaniasis se clasifican como: Leishmaniasis Visceral; Leishmaniasis cutánea y Leishmaniasis mucocutánea (Ministerio de Salud de Bolivia, 2014).

2.2.3. Vectores

Los insectos vectores pertenecen a varias especies de flebotomíneos, de diferentes géneros (*Psychodopygus* y *Lutzomyias*), los insectos miden alrededor de 2 a 5 mm, tienen patas largas y cuerpo jorobado, está cubierto de pelos (cerdas finas); en reposo mantiene sus alas paradas, los sexos se diferencian fácilmente al observar el extremo posterior del abdomen; las hembras son hematófagas y solamente algunas especies son transmisoras de la enfermedad.

Así mismo existen aproximadamente 112 especies de flebótomos en Bolivia de las cuales 38 tienen hábito antropofílicos, de estas 8 especies están incriminadas en la transmisión de la enfermedad en humanos; *Lutzomyia (Lu.) carrerai carrerai*, *Lu. llanosmartinsi*, *Lu yucumensis*, *Lu. shawi*, *Lu. longipalpis*, *Lu. ayrozai*, *Lu. flaviscutellata* y *Lu. nuneztovari*.

En la zona de los Valles Interandinos (Yungas), 2 especies de las 17 antropofílicas que se encontraron, tienen un papel vectorial importante: (Ministerio de Salud de Bolivia, 2014)

- *Lutzomyia longipalpis* especie dominante en peridomicilio, hábitos domésticos y peri domésticos, abunda en época seca, actividad albo crepuscular, moderados índices de zoofílicos y antropofílicos, sus tasas de infección que varían entre 0,19 a 4.2, es vector de *Leishmania chagasi* (Ministerio de Salud de Bolivia, 2014).
- *Lutzomyia nuneztovari anglesi* es la especie más importante de los flebótomos antropofílicos, predominante en los cafetales y foresta residual, agresiva durante todo el año, tiene dos picos anuales: marzo - abril y septiembre - octubre; con hábitos nocturnos, ingresa a las viviendas después de las 20 horas y las abandona antes de las 6 de la mañana. Es vector de *Leishmania amazonensis* y *Leishmania braziliensis*.

En la zona de la Amazonía (Alto Beni), 3 especies antropofílicas de las 21 descritas han sido incriminadas como vectores:

- *Lutzomyia carrerai* es la especie antropofílica predominante en Alto Beni y **Pando** (cuenca Amazónica) sobre todo en el fin de la estación de lluvias, tiene agresividad diurna, influenciada por factores meteorológicos (lluvia).
- *Lutzomyia yucumensis* descrita en Alto Beni se la encuentra en las últimas cordilleras sub andinas (Alto Beni y Yapacani), y en las galerías del Beni; es el humano que con su actividad va al vector.
- *Lutzomyia llanosmartinsi*, tiene el mismo comportamiento agresivo antropofílico que *L. yucumensis*.

El número de especies antropofílicas disminuye a medida que incrementa la altitud, de 21 especies de la Amazonía pasan a 18 en Alto Beni y 11 en el fondo de los Valles y 3 en la cima

de los montes de los Yungas. La densidad de las especies sigue la misma tendencia así como las picaduras por hombre/hora son de 40 a 250m., 3,47 a 900m., 12 a 1.400m., y de 2,6 a 2000m.

Antiguamente esta enfermedad era considerada sólo del área rural, en su mayoría en “Los Yungas” del Departamento de La Paz. En la actualidad la proliferación de focos endémicos a otros municipios (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 7 departamentos (Pando, Beni, Santa Cruz, La Paz, Cochabamba, Chuquisaca y Tarija) (Ministerio de Salud de Bolivia, 2014).

2.2.4. Reservorios y hospedadores

Los reservorios de los parásitos responsables de la leishmaniasis comprenden a todos aquellos animales que habitan en regiones endémicas, los cuales generalmente no presentan signos clínicos evidentes de la enfermedad. Esta condición de portadores asintomáticos permite que los vectores, como los flebótomos (moscas de la arena), se infecten al alimentarse de su sangre, facilitando así la persistencia y continuidad del ciclo de transmisión del parásito en la naturaleza. Estos reservorios pueden incluir una amplia gama de especies, desde pequeños mamíferos silvestres como roedores y marsupiales, hasta animales más grandes como los cánidos.

En el contexto del continente americano, conocido como el 'Nuevo Mundo', la leishmaniasis es considerada también una zoonosis, es decir, una enfermedad que puede ser transmitida de animales a humanos. Esto se debe a que no solo se ha identificado la presencia del parásito en animales silvestres, sino que también se ha documentado su aparición clínica en animales domésticos, particularmente en perros, los cuales pueden actuar como importantes reservorios urbanos (Fernandez & Oviedo , 2021).

La proximidad de estos animales al ser humano incrementa el riesgo de transmisión, especialmente en zonas donde las condiciones sanitarias son deficientes y la presencia del vector es elevada. Por ello, el control de la leishmaniasis requiere un enfoque integral que contemple no solo la vigilancia epidemiológica en humanos, sino también en animales domésticos y silvestres, además del control vectorial y el mejoramiento de las condiciones ambientales (Fernandez & Oviedo , 2021).

2.2.5. Modo de transmisión.

Al tratarse de una enfermedad de transmisión vectorial, el Flebótomo hembra adquiere el parásito al picar a animales infectados (reservorio). La sangre ingerida con parásitos llega a su intestino, allí las Leishmanias sufren una serie de cambios, transformándose y reproduciéndose. Cuando este insecto pica a otro vertebrado (animal o humano), introduce saliva con la picadura y con ella ingresan parásitos por la piel. Los parásitos son alcanzados rápidamente por los leucocitos donde comienzan a burlar la defensa de estas células (Organización Mundial de la Salud, 2023)

2.2.6. Periodo de incubación.

El periodo de incubación de esta enfermedad es variable. Para los humanos en promedio, la aparición de signos y síntomas clínicos es de 2 a 3 meses, pudiendo tener periodos cortos como 2 semanas y tan largos como 50 años (Ministerio de Salud de Bolivia, 2014).

2.2.7. Ciclos de Transmisión.

Actualmente la Leishmaniasis en Bolivia se manifiesta en dos ciclos:

2.2.7.1. Ciclo silvestre.

Se cumple cuando las personas interrumpen los nichos epidemiológicos y entomológicos, ingresando al bosque sin mecanismos de protección y prevención para extraer recursos naturales (madera, palmito, almendra, oro, etc.), agricultura (colonización; siembra y cosecha de coca, arroz, cítricos, caña de azúcar, etc.), pecuaria (crianza de bovinos), construcción de caminos y desarrollo de proyectos económicos (petróleo, gas, comercio informal) y finalmente actividades particulares (caza, pesca, turismo). En este caso las leishmaniasis son fundamentalmente una zoonosis de animales silvestres, que pueden afectar al humano el momento que este entra en contacto con el ciclo biológico del parásito (Mollinedo & Magne , 2021).

2.2.7.2. Ciclo doméstico rural y urbano.

Se cumple en regiones rurales y urbanas colonizadas durante los procesos migratorios de la población por motivos de trabajo definitivo, conformando pequeñas comunidades, poblaciones

dispersas semiurbanas y rurales, donde los medios de cultivos próximos a las viviendas y restos de foresta contribuyen a la procreación del vector; en este foco aparentemente roedores, perros y otros animales en contacto directo y estrecho con las personas, juegan un papel importante como reservorios de la enfermedad (Mollinedo & Magne , 2021)

2.2.7.3. Leishmaniasis en perros.

A importancia de diagnosticar la infección y reconocer la enfermedad en los perros, radica en que son los reservorios urbanos conocidos de leishmaniasis visceral, son la principal fuente de infección para los vectores, y porque pueden seguir siendo infectantes a pesar del tratamiento que mejora su condición clínica.

La incidencia en los perros es siempre superior a la incidencia en humanos y usualmente la infección en perros precede a los brotes en humanos. Los perros infectados, con o sin síntomas, pueden transmitir la enfermedad.

El período de incubación en los perros infectados, es de 3 meses a varios años, con una media de 3 a 7 meses (Organización Panamericana de la Salud, 2023). No existen síntomas específicos de la enfermedad, por lo que debe haber confirmación diagnóstica por métodos parasitológicos o serológicos. Se pueden presentar signos cutáneos como alopecia y costras especialmente alrededor de los ojos, seborrea, dermatitis, úlceras que no cicatrizan (semejantes a las que se observan en la leishmaniasis cutánea por *L. braziliensis*), crecimiento atípico de uñas (oñicogriposis), signos oculares como queratoconjuntivitis y uveítis, pérdida de apetito, astenia, adenomegalias, y con el avance de la enfermedad fiebre, diarrea, hepato-esplenomegalia, falla renal y sangrado espontáneo los que conducen al óbito.

Los tratamientos farmacológicos administrados a perros afectados con leishmaniasis visceral han demostrado ser eficaces para la mejora clínica de los síntomas en los animales, como la reducción de lesiones cutáneas, linfadenopatías y pérdida de peso. Sin embargo, diversos estudios evidencian que, a pesar de la aparente recuperación clínica, estos animales continúan siendo reservorios del parásito *Leishmania infantum*, manteniéndose infectantes para el vector flebótomo. Esta situación representa un riesgo epidemiológico, ya que los perros tratados

pueden seguir participando activamente en la cadena de transmisión de la enfermedad hacia humanos y otros animales (Moreno, 2023).

Por otra parte, el uso de fármacos antileishmánicos destinados originalmente al tratamiento en humanos, como el antimonio de meglumina o la miltefosina, en terapias veterinarias no reguladas, incrementa considerablemente el riesgo de selección de cepas resistentes. Esta resistencia farmacológica representa un desafío importante para la salud pública, ya que puede reducir la eficacia de los tratamientos en personas infectadas, dificultar el control de brotes y comprometer las estrategias terapéuticas actuales. Por tanto, el uso racional y regulado de medicamentos, tanto en humanos como en animales, es fundamental para preservar la eficacia terapéutica y evitar la propagación de formas resistentes del parásito (Moreno, 2023).

2.2.8. Barreras para el Diagnóstico Oportuno

El diagnóstico temprano y preciso de la leishmaniasis es un pilar fundamental para su control, pero se enfrenta a una multitud de obstáculos que dificultan su implementación efectiva.

2.2.8.1. Falta de Conciencia y Conocimiento

Una barrera significativa es la baja conciencia entre la población general sobre los síntomas de la leishmaniasis, lo que a menudo lleva a la confusión con otras enfermedades febriles como la malaria o la fiebre tifoidea. Esta identificación errónea resulta en autodiagnóstico, automedicación o una espera pasiva de la resolución espontánea, retrasando significativamente la búsqueda de atención formal. Existen conceptos erróneos prevalentes sobre los modos de transmisión (por ejemplo, contacto con hojas, alimentos contaminados, estiércol animal, o incluso la creencia de que la malaria "evoluciona" a leishmaniasis) (Valladares & Escobar, 2021).

La vergüenza asociada con las lesiones cutáneas también puede disuadir a las personas de buscar ayuda a tiempo. Muchos pacientes recurren inicialmente a curanderos tradicionales o remedios locales, lo que puede retrasar aún más el acceso a la atención biomédica y, en algunos casos, agravar la enfermedad, complicando el diagnóstico posterior. Los esfuerzos de educación sanitaria a menudo se basan en instalaciones, lo que impide llegar eficazmente a las poblaciones vulnerables, en particular a los trabajadores móviles, que tienen un alto riesgo, pero son menos

propensos a visitar los centros de salud regularmente. La información proporcionada puede ser demasiado general, carecer de detalles específicos sobre la leishmaniasis o ser entregada de manera inconsistente (Villarreal & Sanchez , 2023).

La interacción entre la baja conciencia pública sobre los síntomas de la leishmaniasis y la capacitación y conciencia inadecuadas del personal de salud crea un bucle de retroalimentación peligroso. Los pacientes retrasan la búsqueda de atención debido a la falta de reconocimiento, y cuando lo hacen, los proveedores pueden diagnosticar erróneamente debido a conocimientos insuficientes o herramientas de diagnóstico inadecuadas, lo que retrasa aún más el tratamiento correcto y perpetúa el ciclo de la enfermedad.

Los pacientes a menudo "no lograron reconocer los síntomas de LV, confundiéndolos con otras enfermedades como la malaria", lo que lleva a "autodiagnosticarse y automedicarse... en lugar de buscar atención en un centro de salud". Simultáneamente, "los trabajadores de la salud en todos los niveles no estaban adecuadamente informados o preparados para la LV" , lo que llevó a "diagnósticos erróneos y tratamiento para otras enfermedades". Este es un ciclo negativo que se refuerza.

El retraso del paciente en buscar atención significa que la enfermedad progresa, lo que la hace potencialmente más difícil de tratar. Cuando finalmente se presentan, la falta de preparación del sistema de salud (capacitación, herramientas) conduce a más retrasos o diagnósticos incorrectos. Este círculo vicioso asegura que los casos se detecten tarde, aumentando la morbilidad, la mortalidad y la probabilidad de transmisión continua, ya que los individuos no tratados siguen siendo reservorios. Abordar esto requiere estrategias integradas que mejoren simultáneamente la alfabetización en salud pública y la capacidad del personal de salud (OPS, 2022).

2.2.8.2. Limitaciones en la Capacitación del Personal Sanitario

Una barrera sistémica crítica es la capacitación y conciencia insuficientes entre los trabajadores de la salud en todos los niveles con respecto a la leishmaniasis. Este déficit de conocimiento a menudo conduce a diagnósticos erróneos, reconocimiento tardío y tratamiento inapropiado para otras enfermedades comunes, incluso cuando los pacientes presentan síntomas sugestivos. Los médicos en áreas rurales y endémicas a menudo carecen de experiencia específica en el

diagnóstico y manejo de la leishmaniasis, lo que contribuye aún más a los retrasos en el diagnóstico. Además, los trabajadores de la salud locales pueden no tener acceso o no estar familiarizados con las directrices nacionales de control de la leishmaniasis, lo que dificulta las prácticas estandarizadas de diagnóstico y manejo (Organización Mundial de la Salud, 2023).

2.2.8.3. Desafíos en la Disponibilidad y Accesibilidad de Pruebas Diagnósticas

La centralización de pruebas avanzadas es un obstáculo importante; los kits de pruebas diagnósticas para la leishmaniasis visceral (LV) están disponibles principalmente solo en hospitales de nivel superior, no en centros de atención primaria de salud o instalaciones privadas. Esto requiere múltiples visitas del paciente y derivaciones a laboratorios urbanos especializados, lo cual a menudo es inviable para quienes viven en áreas remotas. Los centros de salud rurales con frecuencia carecen del equipo mínimo necesario para procedimientos diagnósticos invasivos, como aspirados esplénicos o de médula ósea, lo que obliga a derivaciones costosas y que consumen mucho tiempo. Si bien los aspirados esplénicos ofrecen mayor sensibilidad, la aspiración de médula ósea es una alternativa más segura (Moreno, 2023).

Los métodos convencionales también presentan limitaciones; el examen microscópico tradicional de frotis de tejido teñidos, aunque es un estándar de oro por su especificidad, puede arrojar resultados falsos negativos, especialmente cuando las cargas parasitarias son variables o las lesiones son más antiguas. Esto exige experiencia en la interpretación. Las pruebas serológicas (por ejemplo, ELISA, IFAT, RDTs) son valiosas para el diagnóstico de LV, pero son menos fiables para las formas cutáneas o mucocutáneas.

Una limitación significativa es su incapacidad para diferenciar entre infecciones activas y pasadas, y pueden producir falsos negativos en infecciones en etapa temprana o en pacientes inmunocomprometidos. Si bien los métodos moleculares como la PCR ofrecen alta sensibilidad y especificidad para detectar ADN de *Leishmania*, su implementación en entornos con recursos limitados se ve obstaculizada por procedimientos que consumen mucho tiempo, altos costos de equipos y reactivos, y exigentes requisitos de infraestructura (Organización Mundial de la Salud, 2023). La ausencia de programas estructurados de monitoreo de la resistencia a insecticidas en mosquitos *Anopheles* implica una posible brecha en la comprensión de la eficacia del control

vectorial, lo que indirectamente afecta la prevención de la enfermedad y, por lo tanto, la carga diagnóstica general.

La centralización de herramientas de diagnóstico avanzadas en hospitales urbanos y la ausencia de pruebas rápidas, asequibles y fáciles de usar en entornos de atención primaria reflejan una falla sistémica en la asignación de recursos y la política de salud. Esta priorización de soluciones centralizadas y de alta tecnología sobre las descentralizadas y accesibles para enfermedades desatendidas impacta desproporcionadamente a las poblaciones rurales con recursos limitados, donde la carga de la enfermedad suele ser más alta.

El problema no es solo logístico (por ejemplo, carreteras deficientes para transportar equipos) sino estructural. La "falta de pruebas de diagnóstico precisas y factibles plantea un desafío significativo para los servicios de atención médica de la leishmaniasis visceral (LV) en áreas endémicas". El sistema actual requiere múltiples visitas y derivaciones, lo que aumenta la carga para el paciente y retrasa el diagnóstico. Esto apunta a una desconexión fundamental entre el lugar donde se concentra la carga de la enfermedad (áreas remotas, rurales y empobrecidas) y el lugar donde se encuentra la capacidad de diagnóstico (Ramos , 2023). Sugiere que las políticas de salud y los modelos de asignación de recursos a menudo no tienen en cuenta adecuadamente las necesidades y realidades específicas de las poblaciones desatendidas. Esta falla sistémica conduce a un diagnóstico tardío, una mayor gravedad de la enfermedad y una transmisión continua.

Superar esto requiere un cambio de política deliberado hacia la descentralización de los diagnósticos, la inversión en tecnologías de punto de atención apropiadas y la distribución equitativa de los recursos a las instalaciones de atención primaria de salud en las regiones endémicas.

2.2.8.4. Complejidad de la Presentación Clínica

El amplio espectro de presentaciones clínicas, particularmente para la leishmaniasis cutánea, puede imitar varias otras afecciones de la piel (por ejemplo, infecciones micobacterianas atípicas, infecciones fúngicas, lepra, sarcoidosis, neoplasias cutáneas). Esta ambigüedad diagnóstica a menudo conduce a diagnósticos erróneos o al reconocimiento tardío de la

leishmaniasis (Moreno, 2023). Para algunos individuos, especialmente aquellos con infecciones previas o inmunidad parcial, los síntomas pueden ser leves o atípicos, lo que dificulta la sospecha clínica.

2.2.9. Barreras para el Tratamiento Oportuno

El acceso a un tratamiento oportuno, completo y eficaz para la leishmaniasis se ve impedido por una serie de desafíos interconectados que abarcan aspectos geográficos, económicos, sistémicos y socioculturales.

2.2.9.1. Barreras Geográficas y de Acceso

Los pacientes con leishmaniasis residen predominantemente en áreas rurales y remotas, geográficamente distantes de los centros de tratamiento. Estas regiones a menudo se caracterizan por redes viales deficientes y una grave escasez de opciones de transporte fiables, lo que obliga a los pacientes a emprender viajes arduos, a veces caminando durante días, para llegar a un centro de salud. La necesidad de derivar a los pacientes a instalaciones de nivel superior para servicios especializados, como transfusiones de sangre para pacientes con LV gravemente anémicos, añade cargas logísticas y financieras significativas a familias que ya están en dificultades (Aymara Mollinedo & Mollinedo , 2021).

2.2.9.2. Cargas Económicas y Financieras

A pesar de que el tratamiento de la leishmaniasis a menudo es oficialmente gratuito en muchos entornos endémicos (por ejemplo, Etiopía, Guatemala, Colombia), los pacientes incurren en costos asociados sustanciales. Estos incluyen transporte, alimentación durante la hospitalización, tarifas de admisión y costos de pruebas complementarias (por ejemplo, análisis de sangre) o medicamentos (por ejemplo, hematínicos). Una barrera crítica es la pérdida de ingresos diarios debido a la enfermedad y la duración prolongada del tratamiento, particularmente para los trabajadores móviles estacionales cuyos contratos a menudo estipulan el pago solo al finalizar el trabajo, lo que desincentiva la búsqueda temprana de atención. Los trabajadores móviles pueden no ser elegibles para los planes de seguro de salud locales, y los incentivos más amplios para los pacientes, como el reembolso de los gastos de viaje o el apoyo

alimentario, a menudo están ausentes, dejando la carga financiera completamente en el paciente y su familia (Restrepo & Arboleda, 2022).

La política de tratamiento "gratuito" para la leishmaniasis a menudo se ve socavada por costos indirectos sustanciales, como el transporte, la alimentación y la pérdida de salarios. Este "costo oculto" crea una barrera financiera significativa que afecta desproporcionadamente a las poblaciones más pobres, lo que lleva a un tratamiento retrasado o incompleto y, en última instancia, compromete los esfuerzos de salud pública.

Las referencias explícitas en los documentos indican que, incluso cuando el tratamiento es gratuito, existen "altos costos de transporte y otros costos asociados", incluyendo "costos de alimentos, costos de tarjeta de admisión, análisis de sangre y transfusión". Además, se destaca la "insuficiencia de fondos para la búsqueda de atención" y la "priorización de actividades generadoras de ingresos" debido a la pérdida de salarios (OPS, 2022). Esto revela una desconexión crítica entre la política (medicamentos gratuitos) y la realidad de la experiencia del paciente.

2.2.9.3. Deficiencias del Sistema de Salud

Los Ministerios de Salud en los países endémicos a menudo enfrentan graves limitaciones de recursos económicos, lo que lleva a una escasez crónica de suministros esenciales para la atención médica (por ejemplo, agujas) y personal calificado. Las fallas en los sistemas de adquisición y cadena de suministro de medicamentos resultan en frecuentes escaseces de fármacos y retrasos en el tratamiento, lo que afecta el acceso y la adherencia del paciente (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

Los sistemas de derivación subóptimos y el flujo de información ineficiente entre los diferentes niveles de atención médica contribuyen a los retrasos y a una atención fragmentada. Los pacientes a menudo enfrentan tiempos de espera inaceptablemente largos e inciertos tanto para el diagnóstico como para el inicio del tratamiento (que van de 6 a 12 meses en algunos casos reportados), lo que genera frustración, baja adherencia y abandono del tratamiento. Los desafíos logísticos, como que los trabajadores de la salud solo proporcionen viales parciales de medicamentos debido a problemas de transporte, resultan en cursos de tratamiento incompletos,

lo que puede fomentar la resistencia a los medicamentos y el fracaso del tratamiento (OMS , 2023).

2.2.9.4. Desafíos Relacionados con los Regímenes de Tratamiento

Las características inherentes de los regímenes de tratamiento tradicionales de la leishmaniasis (larga duración, inyecciones dolorosas y efectos secundarios graves) no son meras molestias para el paciente, sino barreras fundamentales para la adherencia al tratamiento. Los tratamientos de primera línea, como los antimoniales pentavalentes, requieren una administración prolongada (por ejemplo, 20-30 días de inyecciones diarias intravenosas o intramusculares), que a menudo son dolorosas y onerosas para los pacientes. Estos medicamentos se asocian con efectos secundarios tóxicos significativos, incluida cardiotoxicidad, nefrotoxicidad y hepatotoxicidad, lo que requiere un monitoreo cuidadoso y puede llevar a la interrupción del tratamiento (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

El aumento de la resistencia a los medicamentos, particularmente a los antimoniales, plantea una amenaza creciente para la eficacia del tratamiento y hace necesaria el desarrollo y la adopción de terapias alternativas. Si bien existen tratamientos más nuevos, más efectivos y menos tóxicos, como la anfotericina B liposomal, su alto costo y el requisito de hospitalización limitan su accesibilidad en entornos con recursos limitados. La miltefosina oral es otra opción prometedora, pero también es costosa y potencialmente teratogénica. La complejidad, la larga duración y los efectos adversos de los regímenes de tratamiento son los principales contribuyentes a la escasa adherencia de los pacientes, lo que afecta directamente las tasas de curación y, de forma indirecta, fomenta la resistencia (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Las características inherentes de los regímenes de tratamiento tradicionales de la leishmaniasis (larga duración, inyecciones dolorosas y efectos secundarios graves) son barreras fundamentales para la adherencia al tratamiento. Esta escasa adherencia, a su vez, contribuye directamente a la aparición de resistencia a los medicamentos y a la persistencia de la transmisión de la enfermedad, creando un ciclo que socava los esfuerzos de control a pesar de la disponibilidad de medicamentos. Los documentos detallan las desventajas de los tratamientos tradicionales: "Duración prolongada del tratamiento; dolor durante la inyección, efectos adversos tóxicos;

resistencia a los medicamentos" para los antimoniales pentavalentes. Se describe que consisten en "una serie de inyecciones intravenosas durante 20 días" con "efectos secundarios, como alteración de la función renal y hepática o arritmia". Los documentos también afirman explícitamente: "La mala adherencia es una barrera importante para el tratamiento adecuado de la leishmaniasis cutánea", enumerando "Regímenes de tratamiento complejos", "efectos adversos del tratamiento" y "larga duración de la lesión" como inhibidores clave. Además, se señala la "mala adherencia" como una desventaja de la miltefosina y se menciona la "resistencia a los medicamentos" como un problema para los antimoniales y la paromomicina (OMS , 2023).

2.2.9.5. Factores Socioculturales y Adherencia al Tratamiento

Una práctica común es el uso inicial de remedios tradicionales o curanderos locales, lo que retrasa el compromiso con el sistema de atención médica formal. Las creencias culturales arraigadas sobre la causa de la enfermedad pueden influir en los comportamientos de búsqueda de atención médica y la aceptación de los tratamientos biomédicos (OPS, 2022).

El miedo al dolor asociado con las inyecciones (particularmente el antimonio de meglumina) puede disuadir a los pacientes de iniciar o completar el tratamiento. Las lesiones desfigurantes de LC y LMC pueden generar vergüenza social y rechazo comunitario, lo que afecta la disposición del paciente a buscar o adherirse al tratamiento. En algunos contextos, las mujeres y los niños pueden requerir el acompañamiento de un familiar masculino para acceder a las clínicas, lo que retrasa aún más la atención. La ausencia de mensajes y materiales de salud adaptados culturalmente, o las barreras lingüísticas, pueden dificultar la comunicación efectiva sobre la enfermedad y su tratamiento. Factores psicológicos como el estrés vital, los sentimientos de desesperanza y las emociones negativas pueden inhibir significativamente la adherencia del paciente a los regímenes de tratamiento (Organización Mundial de la Salud, 2023).

2.2.10. Poblaciones Vulnerables y Factores de Riesgo Asociados

La carga de la leishmaniasis recae desproporcionadamente en grupos demográficos y socioeconómicos específicos, cuya vulnerabilidad se ve acentuada por una combinación de factores biológicos, sociales y geográficos.

2.2.10.1. Poblaciones Rurales y Remotas

La mayor parte de la carga de leishmaniasis afecta a comunidades que residen en áreas rurales y remotas. Estas poblaciones suelen tener un acceso severamente limitado a atención médica adecuada y a medidas preventivas, lo que exacerba su vulnerabilidad (Moreno, 2023).

2.2.10.2. Trabajadores Móviles y Migrantes

Los individuos dedicados a actividades agroforestales se identifican como de mayor riesgo de exposición. Los migrantes y trabajadores móviles estacionales enfrentan un riesgo significativamente elevado de contraer enfermedades transmitidas por vectores. Por ejemplo, estudios sobre malaria (análogos debido a contextos de transmisión similares) muestran que los migrantes tienen entre 4 y 9 veces más riesgo de contraer *P. vivax* y entre 7 y 30 veces más de *P. falciparum* (Moreno, 2023).

2.2.11. Diagnóstico.

En Leishmaniasis se consideran los siguientes diagnósticos:

2.2.11.1. Diagnóstico Clínico.

La Leishmaniasis por el polimorfismo de las lesiones forma parte del síndrome verrugoso, gran simuladora de las dermatosis cutáneas y mucocutáneas, por tanto, es imprescindible determinar minuciosamente las características de las lesiones (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

2.2.11.2. Formas Clínicas.

Para lograr una descripción clínica adecuada, se ha visto conveniente clasificarla en dos grandes grupos: **Leishmaniasis típicas frecuentes y atípicas infrecuentes.**

Dentro las formas típicas frecuentes tenemos a: Leishmaniasis cutánea, mucocutáneas, visceral y anérgica difusa.

Leishmaniasis Cutánea. Es la forma más frecuente de Leishmaniasis cutánea, las lesiones se presentan en el lugar de la picadura, generalmente en áreas desprotegidas de la piel al alcance

del vector, posterior a la picadura del flebótomo se presenta una pápula eritematosa, seguida de un nódulo pruriginoso, que alrededor del día 16 comienza a ulcerarse tomando las características clínicas de Leishmaniasis cutánea, estas pueden ser únicas o múltiples de diferente forma y diámetro: bordes elevados e indurados, indoloras, fondo granulomatoso con secreción de líquido seroso, hemático o purulento, cubiertas de costras hemáticas o serohemáticas; en el adulto generalmente se localiza en las extremidades inferiores y en los niños es más frecuente en cara y los brazos; algunas veces se suman adenopatías y/o linfadenitis regional (Mollinedo & Butron, 2022).

En este grupo además existen variantes clínicos ejemplo: la cutánea diseminada o difusa que tiene las mismas características clínicas anteriormente mencionadas.

Leishmaniasis cutánea diseminada. La forma diseminada de la leishmaniasis cutánea es poco frecuente. Las especies reconocidas como causantes de esta forma clínica son la *L. (V.) brasiliensis*, *L. (L.) amazonensis*, *L. (V) guyanensis* y *L. (V) mexicana*.

Esta presentación clínica se caracteriza por la aparición de lesiones múltiples, la enfermedad en estos pacientes se inicia con una o más lesiones con características clásicas de las úlceras granulomatosas con bordes elevados (Mollinedo & Butron, 2022). Después del desarrollo de las lesiones primarias, se produce un fenómeno, más o menos agudo, probablemente debido a la diseminación del parásito a través de la sangre o los vasos linfáticos (mecanismo metastásico), que se establece en unos pocos días, a veces en 24 horas, causando lesiones a distancia tanto cutáneas o inclusive mucosas. Otros aspectos importantes que pueden ser observados en esta forma clínica son la presencia de lesiones mucosas concurrentes y las manifestaciones sistémicas como: fiebre, malestar general, dolores musculares, anorexia y pérdida de peso (Mollinedo & Butron, 2022).

En la forma diseminada los pacientes tienen altos títulos de anticuerpos séricos anti *Leishmania*, respuesta variable a la intradermorreacción de Montenegro que puede ser positiva o negativa. Un aspecto importante observado en el examen histopatológico es la presencia de afectación folicular debido a la expresión clínica tipo acneiforme.

Leishmaniasis Mucosa o Mucocutánea. Se presenta varios meses o muchos años después de haber cicatrizado la forma cutánea. La mayoría de las lesiones mucosas aparecen en los 2 primeros años después de haber cicatrizado la lesión cutánea, por lo que es muy importante en todo paciente con sospecha clínica de LM buscar la cicatriz característica de LC. En algunos pacientes se puede presentar en forma simultánea con las lesiones cutáneas, en otros no hay evidencia de cicatrices previas ni historia de enfermedad (Mollinedo & Butron, 2022).

El sitio inicial y más frecuentemente afectado es la mucosa del tabique nasal. Hay sensación de nariz tapada, prurito o dolor, costras serohemáticas, secreción acuosa y sangrado por la nariz, muchas veces llega a la perforación de tabique nasal, lo que determina caída del pirámide nasal ocasionando el aspecto semiológico de nariz de tapir paulatinamente van afectando el paladar blando, paladar duro, úvula y todo lo que es la orofaringe, con lesiones generalmente destructivas, granulomatosas, que muchas veces exacerbaban los rafe medio y transversal del paladar duro formando la Cruz de Escobel y otras veces son mutilantes. Secundariamente de acuerdo a la gravedad del cuadro y a todo el proceso se presenta disfonía, afonía, dificultad para comer, incluso llegar a una insuficiencia respiratoria (Mollinedo & Butron, 2022). Dentro de esta forma clínica existen los siguientes tipos de lesiones:

- **Polipoide:** caracterizada por la presencia de neo formaciones mucosas, localizadas en la úvula o en los vestíbulos nasales a manera de pólipos mucosos.
- **Pseudorinofima:** Que se presenta con un aumento de volumen del dorso de la nariz, con lesiones erosivo-costrosas en vestíbulos nasales y a veces con ausencia del tabique nasal.
- **Macroqueilia:** Con eritema y edema, a veces ulceraciones del labio superior
- **Forma proliferativa:** Con gran tejido de granulación en paladar blando, úvula y orofaringe
- **Formas ulceronecróticas:** con necrosis de tejidos en nariz o labios, creando cierre de los órganos afectados como la microstomía por ejemplo.
- **Formas inaparentes o subclínicas o abortivas:** donde no existe manifestación cutánea previa, producidas por la picadura del flebótomo directamente en la mucosa afectada.

Las formas mucosas no evolucionan espontáneamente hacia la curación, sino que pueden progresar afectando la calidad de vida del paciente (Mollinedo & Butron, 2022).

Los casos con varios años de evolución, con compromiso mucoso extenso o que recaen luego de tratamiento se deben considerar graves o muy graves, el seguimiento debe extenderse por varios años, pues pueden volver a recaer. Como la recaída después de tratamiento es frecuente, es muy importante reconocer la sintomatología asociada con las secuelas para no administrar medicamentos antileishmanias innecesariamente.

En Bolivia la forma mucosa representa el 8% de todos los casos de Leishmaniasis reportados, que podrían estar relacionados al diagnóstico tardío, tratamientos inadecuados e inoportunos de las formas cutáneas (Mollinedo & Butron, 2022).

2.2.11.3. Examen parasitológico directo (EPD) frotis.

El examen parasitológico directo consiste en detectar al microscopio las formas amastigotes de Leishmanias provenientes de una muestra obtenida por raspado de los bordes de la lesión. Las muestras son extendidas sobre un porta objetos, fijadas con alcohol absoluto y teñidas con un colorante hematológico como el de Giemsa (Mollinedo & Butron, 2022).

La sensibilidad de la técnica varía entre el 15 a 70%. La variabilidad de la sensibilidad depende de los siguientes factores: el tiempo de evolución de las lesiones cutáneas (la sensibilidad del examen parasitológico directo es mayor en lesiones recientes en relación a las lesiones crónicas), el grado de sobreinfección (en las úlceras más sobre infectadas la sensibilidad es menor debido a la existencia de material purulento y tejido necrosado, donde posiblemente existan parásitos pero lisados o deformados difíciles de detectar), la experiencia del personal de laboratorio para identificar las características morfológicas de los amastigotes y la habilidad de elegir el sitio de la lesión con mayor actividad parasitaria (Mollinedo & Butron, 2022).

El método de toma de muestra adecuado es el del raspado del borde de la lesión cutánea y/o mucosa con un palito estéril (aplicador de madera) por las ventajas que presenta: sensibilidad 37%, método menos traumático (poco invasivo) para el paciente y bajo costo (Mollinedo & Butron, 2022).

Para Leishmaniasis visceral se recomienda hacer el aspirado de médula ósea y bazo, por personal capacitado.

La sensibilidad es variable de acuerdo al tipo de muestra:

- Piel y mucosas (50-80%)
- Mucosas 10 a 30 %
- Aspirados de bazo (93-99%)
- Médula ósea (53-86%)
- Ganglio linfático (53-65%)

Se recomienda repetir hasta 3 veces el EPD cuando el resultado es negativo y persiste la sospecha clínica, debido a que la sensibilidad aumenta, cuando se repite el análisis en lesiones clínica sugerente (Mollinedo & Butron, 2022).

2.2.11.4. Cultivo

El método de cultivo de *Leishmania* constituye una técnica diagnóstica de laboratorio que permite la observación y aislamiento del parásito en condiciones controladas, ofreciendo una alta especificidad y sensibilidad en comparación con otros procedimientos convencionales. Este método requiere de medidas de bioseguridad rigurosas, así como del cumplimiento estricto de normas técnicas, debido al riesgo potencial de manipulación de agentes infecciosos. A diferencia del examen parasitológico directo, el cultivo demanda condiciones más sofisticadas y controladas de laboratorio, ya que el desarrollo del parásito depende de un ambiente estéril, temperatura adecuada (entre 23 y 26 °C), pH óptimo y medios de cultivo específicos como el NNN (Novy-MacNeal-Nicolle) o el Schneider, enriquecidos con suero fetal bovino. (Mollinedo & Butron, 2022).

El cultivo es una técnica parasitológica que se basa en la detección las formas promastigotes de *Leishmania* mediante el uso de medios de cultivos enriquecidos. Constituye una técnica confirmatoria para el diagnóstico de leishmaniasis, debido a que las formas amastigotes provenientes de una lesión sospechosa o de aspirado medular al ser inoculados en los medios de cultivo enriquecidos se transforman en promastigotes, los cuales se multiplican facilitando su detección.

La sensibilidad del método de cultivo es variable, depende, de la selección del medio de cultivo a utilizar, de la habilidad del personal de laboratorio para elegir el sitio de mayor actividad parasitaria en la lesión, el tiempo de evolución de las lesiones y el grado de sobreinfección de las lesiones cutáneas o mucosas. En relación al EPD la especificidad y sensibilidad es mayor para todos los tipos de muestras (Mollinedo & Butron, 2022).

2.2.11.5. Histopatología

El estudio histopatológico en la leishmaniasis cutánea y mucocutánea, presenta una sensibilidad del 70 a 75%, donde se observa la presencia de amastigotes en los histiocitos (llamados cuerpos de Leishman-Donovan) y en el medio extracelular; además de describir las características histológicas de las lesiones donde es frecuente encontrar infiltrado mixto de células inflamatorias denso y difuso, compuesto de histiocitos y células gigantes multinucleadas, linfocitos y células plasmáticas (Mollinedo & Butron, 2022). La histopatología también es útil para ayudar a identificar otras patologías que se plantean como diagnóstico diferencial de las Leishmaniasis.

2.2.11.6. Métodos Inmunológicos

La utilidad de las pruebas serológicas en el diagnóstico de la Leishmaniasis tegumentaria americana es cuestionable, debido a la baja producción de anticuerpos específicos, como está ampliamente documentado; sin embargo, la única que tiene algún nivel de consenso como apoyo para el diagnóstico es la Intradermo Reacción de Montenegro (IDRM).

2.2.11.7. Intradermo-reacción de Montenegro (IDRM)

Es una prueba de hipersensibilidad retardada mediada por células; la prueba consiste en la aplicación de 0.1 cc de una suspensión antigénica denominada Leishmania (30 ug/ml) en la dermis del antebrazo, 48 a 72 horas después de la inoculación en casos positivos se desarrolla una reacción maculo popular en el punto de inoculación. Se considera la prueba reactiva cuando el diámetro de la induración es igual o mayor a 5 milímetros (Mollinedo & Butron, 2022).

La IDRM como todo método inmunológico constituye un método de apoyo en el diagnóstico de leishmaniasis cutánea, por lo tanto, para su utilización es importante tomar en cuenta las ventajas y desventajas que presenta.

2.2.12. Tratamiento

La administración oportuna y completa de los medicamentos específicos tiene la finalidad de eliminar al parásito de las lesiones, evitar la cronicidad y las complicaciones, coadyuvando al control de la enfermedad, para la reinserción biopsicosocial del paciente.

La decisión de hacer uso de medicamentos específicos debe ir precedida por la confirmación de laboratorio de al menos una prueba parasitológica e inmunológica positiva. Sin embargo, sabemos que para la Leishmaniasis Cutánea se debe ver al parásito para confirmar el diagnóstico; en cambio para la Leishmaniasis Mucosa es difícil visualizarlo, por lo que las pruebas inmunológicas pueden ser criterios de diagnóstico junto a los criterios epidemiológicos y clínicos (OPS, 2022).

La aplicación del medicamento y el seguimiento deben ser realizados por personal de salud capacitado. Por lo general el tratamiento con medicamentos de primera línea (antimoniales) es ambulatorio, salvo situaciones especiales donde requiera la evaluación especializada; en cambio el tratamiento con medicamentos de segunda línea (Anfotericina B) deben realizarse en establecimientos de Salud con capacidad resolutive (intrahospitalaria) (OPS, 2022).

Actualmente los medicamentos disponibles para tratamiento de la Leishmaniasis en las Américas son: Antimoniales Pentavalentes, Desoxicolato de Anfotericina B, Anfotericina B Liposomal, Anfotericina B Complejo Lipídico, Miltefosina, Isotianato de Pentamidina, Ketoconazol, Itraconazol entre otros.

En Bolivia las evidencias obtenidas han demostrado que los medicamentos más efectivos para el tratamiento de las Leishmaniasis son: Antimoniato de Meglumina y Anfotericina B, aunque algunas experiencias fueron realizadas con: Miltefosina, Ketoconazol, Itraconazol, pentoxifilina, isotianato de pentamidina, entre otros cuyos resultados aún no son concluyentes; a excepción de la Miltefosina donde ya existen estudios concluyentes que demuestran su eficacia (OPS, 2022).

2.2.12.1. Medicamentos.

a) **Antimoniales Pentavalentes.** Los antimoniales pentavalentes son las drogas anti leishmaniasis de primera línea desde hace más de 70 años. Estos están disponibles en el mercado bajo la forma de estibogluconato de sodio y el antimonio de meglumina. Los mismos son químicamente similares, y su toxicidad y eficacia están relacionados con el contenido de antimonio pentavalente (Sb^{5+}): la solución de antimonio de meglumina contiene 81 a 85 mg/ml de Sb^{5+} por ml, mientras que la solución de estibogluconato de sodio contiene 100 mg/ml de Sb^{5+} por ml (OPS, 2022).

La inyección se puede administrar por vía intramuscular, intravenosa o por infusión lenta para evitar riesgo de trombosis. Una pequeña fracción permanece en el cuerpo alrededor de un mes, como metabolito activo, aunque existe la posibilidad de que queden concentraciones residuales por más tiempo (6 meses) (OPS, 2022).

Los antimoniales están en altas concentraciones en plasma, hígado y bazo; la vida media es de 8 horas en adultos y 5 horas en niños, con una tasa rápida de absorción. La excreción se realiza a través de la orina (80% en 6 horas) y se completa entre 24 y 76 horas después de administrados, siendo la eliminación más rápida en los niños (OPS, 2022).

La respuesta al tratamiento con antimoniales varía considerablemente dependiendo de la especie y cepa del parásito, del estado inmunológico del paciente y de la forma clínica de la enfermedad.

La resistencia a los antimoniales es un problema creciente principalmente con las especies de *Leishmania* que son antroponóticas y está asociada al uso de tratamientos incompletos en los casos de dosificación diaria (menos de 20 mg x kilo), días de administración (menos de 20 días en LC o de 30 días en LM), o interrupciones durante el tratamiento.

Los antimoniales pentavalentes en el paciente se convierten en trivalentes, estos reducen la formación de energía (ATP) del parásito.

Desde hace varios años el tratamiento instaurado para las diferentes formas clínicas consiste en la utilización y administración diaria de **Antimonio de Meglumina** (medicamento de

1ra línea) indicada para las formas cutáneas y mucosas iniciales, dosis 20 mg/kg/día, la dosis debe ser exacta para cada paciente por lo que se debe controlar el peso periódicamente, su administración es Intra Muscular, pero se debe valorar la resistencia del paciente ya que puede haber reacción local como una flebitis y esto desencadenar el abandono del tratamiento, por lo que se puede intercalar la medicación por la vía intra venosa diluyendo el compuesto en 200 cc de solución fisiológica se pasa en 2 horas a goteo lento, 20 dosis para las formas cutáneas primarias y 30 dosis para las formas mucosas (OPS, 2022).

b) Anfotericina B. Este medicamento es de uso exclusivo a nivel intrahospitalario y en establecimientos que cuentan con personal entrenado, debido a que su manejo requiere de cuidado por los efectos adversos. Actualmente existen cuatro diferentes formulaciones: Anfotericina B desoxicolato, Anfotericina B liposomal, Dispersión coloidal de Anfotericina B, Anfotericina B de Complejo lipídico y sus características son las siguientes:

c) Anfotericina B desoxicolato. Es un medicamento muy efectivo, con tasas de curación entre 65% y 98%, pero de uso limitado por los efectos adversos y debe ser realizado por personal entrenado, paciente hospitalizado y centro hospitalario equipado. Actúa alterando la permeabilidad de la membrana celular del parásito de esta manera ocasionando lisis celular. Es indicado para formas cutáneas reactivadas, mucosas graves y muy graves, también en leishmaniasis cutáneas con patología cardíaca donde está contraindicado el antimonio de meglumina o estibogluconato de sodio (OPS, 2022).

Se administra de manera inter diaria a dosis de 0.5 a 1 mg/kg/ inter diario, I.V diluido en 500cc de solución glucosada al 5% a goteo lento 20 gotas por minuto, antes y después de la administración de la anfotericina B se realiza fluido terapia con 1.000cc de solución fisiológica a chorro, además de administración de antihistamínicos y antiinflamatorios para contrarrestar los efectos colaterales de la misma (Organización Mundial de la Salud, 2023)

d) Formulaciones lipídicas de anfotericina B. Varias formulaciones, incluyendo la anfotericina B liposomal, complejo lipídico de anfotericina B y anfotericina B de dispersión coloidal, son similares en su eficacia a la anfotericina B desoxicolato, pero

mucho menos tóxicos. La mayoría de los ensayos clínicos en leishmaniasis se han realizado con la formulación liposomal de anfotericina B, por esto es importante hacer estudios con otras formulaciones lipídicas (Organización Mundial de la Salud, 2023).

- e) **Anfotericina B liposomal.** Es una formulación lipídica de anfotericina B y fosfatidilcolina deshidrogenada de soya, distearoilfosfatidilglicerol y colesterol y que se utiliza por vía intravenosa para el tratamiento de la LV, con una eficacia superior al 98%. Las pequeñas vesículas de lípidos que contienen el medicamento son fagocitadas por los macrófagos, fusionándose a la membrana del fagosoma para liberar el medicamento directamente sobre el parásito (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Se administra de 2 a 3 mg/kg/día hasta 20 a 40 mg/kg de dosis total por I.V. inter diaria V diluido en 500cc de solución glucosada al 5% a goteo lento 20 gotas por minuto, antes y después de la administración de la anfotericina B se realiza fluido terapia con 1.000cc de solución fisiológica a chorro, además de administración de antihistamínicos y antiinflamatorios para contrarrestar los efectos colaterales de la misma (Organización Mundial de la Salud, 2023).

2.2.12.2. Consideraciones previas al inicio de tratamiento.

A todo paciente con leishmaniasis, antes de iniciar tratamiento se debe realizar una evaluación de rutina, la anamnesis determinará la condición clínica actual de la enfermedad y antecedentes personales (patologías cardíacas, renales o hepáticas), contraindicaciones, enfermedades sistémicas y otros hallazgos importantes detectados, para evitar cualquier efecto secundario, se debe descartar cualquier disfunción cardíaca, hepática y renal con exámenes complementarios

Pacientes diagnosticados clínica y laboratorialmente de leishmaniasis, se solicitará exámenes de laboratorio, por los menos los básicos, pero si el paciente es mayor a 50 años se solicita pruebas como: hemograma, glicemia, creatinina, hepatograma, pruebas hepáticas y pancreáticas, electrolitos, examen general de orina, coproparasitológico seriado, electrocardiograma y valoración cardiológica. Si en caso aparecieran efectos adversos al tratamiento, se debe notificar de manera inmediata a su nivel de atención superior (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Una vez iniciado el tratamiento los exámenes de laboratorio deben hacerse durante el 7mo a 10mo día de tratamiento y siempre guiados por la clínica.

Entonces la evaluación del paciente se la debe realizar antes, durante y después del tratamiento; hasta los 3 meses posteriores de culminación del tratamiento completo. En caso de aparecer efectos adversos se debe notificar de manera inmediata al nivel superior de atención.

Si existen efectos secundarios, se debe solicitar exámenes que estén marcados por la clínica, como ser: ECG, aminotransferasas (TGO y TGP), amilasa, lipasa, creatinina y repetir estas pruebas de ser necesarias cada cinco dosis. A mitad de tratamiento suelen presentarse con mayor frecuencia estas alteraciones. Si se presentaran, se debe suspender el tratamiento hasta su normalización de los valores alterados. Luego de una evaluación, se reinicia el tratamiento hasta completar el tratamiento o se debe considerar el cambio de medicamento (Restrepo & Arboleda, 2022).

El tratamiento está contraindicado durante el embarazo y lactancia, por tanto, en pacientes mujeres en edad reproductiva se debe descartar el embarazo o periodo de lactancia. Antes, durante y tres meses después del tratamiento, es importante que la paciente utilice algún método de planificación familiar.

2.2.12.3. Medicamentos de segunda línea

Miltefosina. Si bien este medicamento por el momento no está disponible, a la fecha se ha demostrado su efectividad y seguridad en su uso para los pacientes con Leishmaniasis, en algún momento podremos disponer de su uso, el mismo de igual forma que todos los medicamentos deben ser usados bajo criterio médico de personal entrenado. (Organización Mundial de la Salud, 2023)

Mecanismo de acción. Actualmente, el mecanismo de acción exacto de la miltefosina no se encuentra completamente esclarecido. Sin embargo, diversos estudios in vitro han demostrado que, a concentraciones extremadamente bajas, este fármaco presenta una acción sinérgica con el factor estimulante de colonias (CSF), así como con las interleucinas 2 (IL-2) y 3 (IL-3), además de otros factores de crecimiento hematopoyéticos. Esta interacción potencia la proliferación de las células progenitoras derivadas de linfocitos T, lo cual sugiere un efecto

inmunomodulador que podría contribuir a su eficacia terapéutica en determinados contextos clínicos (Organización Mundial de la Salud, 2023).

En cuanto a su actividad antitumoral, se postula que la miltefosina actúa mediante la inhibición de enzimas clave implicadas en la biosíntesis y transcripción de fosfolípidos esenciales para la estructura y función de la membrana celular. Esta alteración afecta directamente la integridad y viabilidad de las células neoplásicas. Además, la inhibición de la enzima proteína C kinasa (PKC), una molécula central en la señalización celular, impide la proliferación y diferenciación celular, mecanismos fundamentales en la progresión de diversos tipos de cáncer (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Esta combinación de efectos bioquímicos podría explicar la versatilidad farmacológica del compuesto en distintas áreas terapéuticas, incluyendo la leishmaniasis y ciertas neoplasias (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Indicaciones y posología

Dosis y pautas de administración:

Administrar durante 28 días por vía oral con comidas.

Niños de 30-44 kg: 50 mg dos veces al día

Niños ≥ 45 kg: 50 mg tres veces al día

Niños ≥ 3 años y > 9 kg: 1,5-2,5 mg/kg/día cada 8-12 horas (dosis máxima 150 mg/día)

No hay datos de seguridad en menores de 9 kg.

Contraindicaciones:

Hipersensibilidad a la miltefosina o a alguno de los excipientes.

Síndrome de Sjögren-Larsson.

Insuficiencia renal y hepáticas severas (por falta de estudios específicos).

Precauciones:

- Se han descrito elevaciones de creatinina y enzimas hepáticas durante el tratamiento, por lo que es necesario monitorización función renal y hepática semanal.

- Para evitar síntomas gastrointestinales administrar con comida y 20 mg de domperidona 30 minutos antes.
- Control oftalmológico antes y tras tratamiento (riesgo de lesión del epitelio retiniano pigmentario). (Organización Mundial de la Salud, 2023)

2.2.13. Medidas de prevención y control sobre los vectores

La eco biología de los flebotominos es compleja y está sujeta a diversos factores que influyen sobre la dinámica y comportamiento vectorial, las acciones a realizar pretenden reducir la transmisión actuando sobre los vectores adaptados en el domicilio o peri domicilio; para lo cual es necesario identificar las especies de *Lutzomyias* incriminadas en la transmisión al igual que sus hábitos, criaderos, relación con el humano y actividad (Mollinedo & Magne , 2021)

Medidas de prevención: Debido a que las *Lutzomyias* se desarrollan en lugares con desechos sólidos u orgánicos, maleza, troncos, corteza de árboles, fisuras de paredes húmedas, se deberá identificar estos, para eliminarlos o tratarlos por medio de limpieza.

El control físico en el domicilio y peri domicilio humano está dirigido a reordenar el medio para eliminar los potenciales criaderos y lugares de reposo de las *Lutzomyias*, ejemplo: eliminación de matorrales (limpieza de malezas alrededor de las viviendas, chaquear), eliminar materiales orgánicos en descomposición (basuras), taponamiento de pircas, mejoramiento de la vivienda con la colocación de mallas milimétricas en puertas y ventanas, construcción de corrales de animales lejos de las viviendas donde los grupos poblacionales están en mayor riesgo (Mollinedo & Magne , 2021).

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Infraestructura sanitaria	Conjunto de recursos físicos, tecnológicos y humanos disponibles en un centro de salud para la atención médica	Percepción de los encuestados sobre el estado y adecuación de las instalaciones del centro de salud.	Condición de la infraestructura
Capacitación del personal de salud	Nivel de formación académica, técnica y experiencia del personal sanitario en el manejo de la leishmaniasis	Opinión del encuestado sobre el grado de preparación del personal en su centro de salud.	Tipo de personal capacitado
Disponibilidad de pruebas diagnósticas	Acceso regular a exámenes clínicos y de laboratorio que confirmen la leishmaniasis	Frecuencia con que las pruebas están disponibles en el centro de salud.	Frecuencia de disponibilidad
Acceso inicial ante síntomas	Primer lugar al que la persona acude cuando presenta signos de leishmaniasis	Opción de búsqueda de atención ante síntomas sospechosos.	Lugar de atención inicial
Disponibilidad de medicamentos	Existencia constante de fármacos específicos para tratar la leishmaniasis en los establecimientos de salud.	Frecuencia y facilidad para obtener el tratamiento farmacológico completo.	Fuente del medicamento y frecuencia de disponibilidad
Tiempo de inicio del tratamiento	Período entre el diagnóstico clínico y el comienzo del tratamiento farmacológico.	Respuesta del encuestado sobre el lapso entre diagnóstico y tratamiento.	Tiempo transcurrido hasta iniciar tratamiento
Conducta ante ausencia de medicamentos	Estrategias que adopta el paciente al no encontrar tratamiento disponible.	Comportamiento del paciente ante el desabastecimiento.	Alternativa de solución

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores
Barreras geográficas	Obstáculos físicos que dificultan el acceso a servicios de salud, incluyendo distancia y medios de transporte.	Tiempo y forma de desplazamiento hacia el centro de salud.	Medio de transporte y tiempo de llegada
Condición socioeconómica	Situación económica del hogar según tipo de ingresos percibidos.	Fuente principal de ingresos del encuestado.	Tipo de ingreso económico
Percepción comunitaria sobre atención médica	Opinión de los pobladores respecto a las causas por las que otros no buscan atención oportuna.	Razones percibidas por el encuestado que limitan la búsqueda de atención.	Motivos de no atención médica

3.1.1. Variable independiente

- Factores que limitan el diagnóstico y tratamiento oportuno de la leishmaniasis.

3.1.2. Variable dependiente

- Diagnóstico y tratamiento oportuno de la leishmaniasis.

Esta variable representa el nivel de oportunidad y eficacia con que la población accede a servicios de diagnóstico y recibe tratamiento médico para la leishmaniasis.

3.2. Enfoque Metodológico

El enfoque metodológico adoptado en la presente investigación es **cuantitativo**, lo cual implica la recolección y el análisis de datos numéricos con el propósito de obtener resultados objetivos, medibles y generalizables (Cusi, 2018). Este enfoque es pertinente considerando que se busca identificar y analizar los factores que limitan el diagnóstico y tratamiento oportuno en personas con leishmaniasis en el centro de salud de Santa Lucía.

3.3. Tipo de Investigación

La investigación es de **tipo descriptivo y retrospectivo**. El enfoque **descriptivo** tiene como finalidad caracterizar las condiciones sociodemográficas, estructurales y de acceso a servicios de salud que inciden en la oportunidad del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis en la

comunidad de Santa Lucía. Este tipo de investigación permite observar y documentar las características del fenómeno tal como ocurre en la realidad, sin manipular variables, facilitando así la comprensión de los factores limitantes que afectan a los pacientes (Hernandez, Fernandez, & Sampieri, 2014).

Por otra parte, el enfoque **retrospectivo** se fundamenta en el análisis de hechos ya ocurridos, específicamente los casos positivos de leishmaniasis diagnosticados entre abril y junio de 2025. Este diseño posibilita evaluar la experiencia pasada de los pacientes en relación con el sistema de salud: tiempos de atención, disponibilidad de medicamentos, barreras geográficas o económicas, entre otros (Hernandez, Fernandez, & Sampieri, 2014).

3.4. Método de Investigación

El método de investigación es **empírico**, ya que se basa en la recolección directa de información proveniente de los propios actores involucrados, es decir, de personas con diagnóstico confirmado de leishmaniasis. A través de encuestas estructuradas se obtiene información concreta sobre las experiencias vividas por los pacientes en relación con el proceso de diagnóstico y tratamiento (Cusi, 2018).

3.5. Población y Muestra

3.5.1. Población

La población objeto de estudio está conformada por personas vulnerables a contraer la enfermedad en la comunidad de Santa Lucía. Según datos del Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE, 2023), la población total asignada al área de influencia del centro de salud es de aproximadamente 1618 habitantes.

3.5.2. Muestra

La muestra estará conformada por 25 personas con diagnóstico confirmado de leishmaniasis en el periodo de estudio. Se empleará un **muestreo probabilístico** para asegurar que todos los individuos diagnosticados tengan igual oportunidad de ser seleccionados, reduciendo así posibles sesgos (Hernandez, Fernandez, & Sampieri, 2014). Esta estrategia garantiza una representación equitativa y mejora la validez de los resultados. La elección de personas

previamente diagnosticadas asegura la pertinencia de la información, ya que todos han experimentado directamente las limitaciones en el diagnóstico y tratamiento oportuno, permitiendo así un análisis más preciso del problema investigado.

3.6. Técnicas e Instrumentos

Técnica

La técnica utilizada para la recolección de datos fue el **censo**, aplicado a la totalidad de personas diagnosticadas con leishmaniasis, tanto durante como antes del periodo de estudio. Esta técnica permitió abarcar de manera exhaustiva todos los casos registrados, asegurando la recolección de información completa, precisa y representativa (Hernandez, Fernandez, & Sampieri, 2014). Gracias a este abordaje integral, fue posible identificar de forma detallada las condiciones que dificultaron el diagnóstico y el tratamiento oportuno en el centro de salud de Santa Lucía, considerando factores individuales, estructurales y del sistema sanitario local.

Instrumento

El instrumento aplicado fue un **cuestionario** estructurado, elaborado por la investigadora, compuesto por 9 preguntas cerradas y de opción múltiple. Este instrumento fue diseñado con base en los objetivos de investigación y las variables previamente definidas, abarcando aspectos como:

- Información sociodemográfica del paciente.
- Tiempo transcurrido desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico.
- Factores relacionados con el acceso al centro de salud.
- Disponibilidad de medicamentos y personal de salud.
- Percepción del servicio recibido.

El cuestionario fue aplicado mediante visitas domiciliarias y en el centro de salud durante el horario habitual de atención, garantizando un entorno familiar para los participantes y facilitando la recolección de información confiable. El uso de este instrumento permitió

sistematizar los datos obtenidos y generar una base empírica sólida para el análisis de los factores que inciden en la atención oportuna de la leishmaniasis.

3.6.1. Variables y Medición.

La variable independiente del presente estudio, correspondiente a los factores que limitan el diagnóstico y tratamiento oportuno de la leishmaniasis, abarca una serie de dimensiones interrelacionadas que pueden influir directamente en la atención oportuna de los casos en la comunidad de Santa Lucía. Esta variable se mide a partir de diversas áreas: los factores sociodemográficos, como el nivel educativo, ocupación e ingresos; los factores de conocimiento y percepción, incluyendo el grado de información sobre la leishmaniasis, sus síntomas, formas de transmisión y la percepción de riesgo individual; el acceso a servicios de salud, considerando la disponibilidad de centros y personal capacitado, la frecuencia con que se encuentran medicamentos y finalmente los factores culturales y de creencias, que involucran el uso de remedios caseros, la preferencia por prácticas tradicionales y la existencia de estigmas relacionados con la enfermedad. Cada una de estas dimensiones se evalúa mediante preguntas estructuradas en el cuestionario, que permiten obtener datos cuantitativos codificables, facilitando así la medición objetiva de las barreras estructurales, geográficas, económicas y socioculturales que inciden en la demora del diagnóstico o en la no búsqueda del tratamiento. Este enfoque permite captar la complejidad de los factores limitantes en el contexto rural, con énfasis en la realidad social y sanitaria específica de la población estudiada.

La variable dependiente, correspondiente al diagnóstico y tratamiento oportuno de la leishmaniasis, se mide mediante indicadores temporales y de comportamiento en relación con el acceso y uso efectivo de los servicios de salud ante la presencia de síntomas compatibles con esta enfermedad. Su medición considera aspectos clave como el tiempo que transcurre desde la aparición de los síntomas hasta la primera consulta médica, el intervalo entre esta consulta y la confirmación del diagnóstico, y finalmente, el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento específico. Estos indicadores permiten establecer el nivel de oportunidad en el proceso de atención, elemento fundamental para el control efectivo de la enfermedad.

CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.Resultados

4.1.1. Resultados del objetivo específico 1.

Tabla 1.

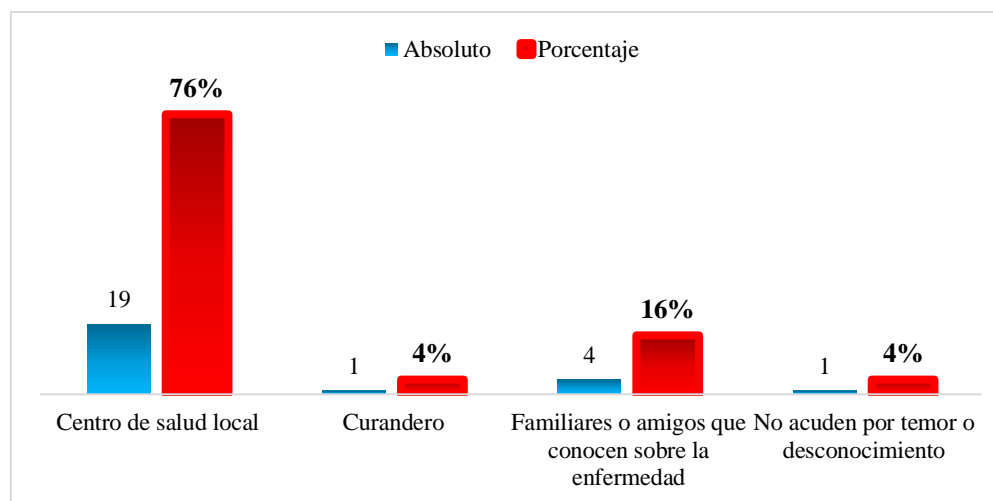
Lugar habitual de atención ante síntomas relacionados con la leishmaniasis en la población atendida en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Centro de salud local	19	76%
Curandero	1	4%
Familiares o amigos que conocen sobre la enfermedad	4	16%
No acuden por temor o desconocimiento	1	4%
TOTAL	25	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario aplicado

Grafica 1.

Lugar habitual de atención ante síntomas relacionados con la leishmaniasis en la población atendida en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.



Fuente: Resultados del Cuestionario aplicado

Interpretación: Según la encuesta aplicada a la población, el 76% manifestó acudir al centro de salud local ante síntomas relacionados con la leishmaniasis. Un 16% busca orientación en familiares o amigos, mientras que el 4% acude a curanderos y otro 4% no busca atención por temor o desconocimiento. La mayoría de los encuestados acude al centro de salud, aunque persisten barreras culturales y de percepción que dificultan el acceso temprano a la atención médica formal.

Tabla 2.

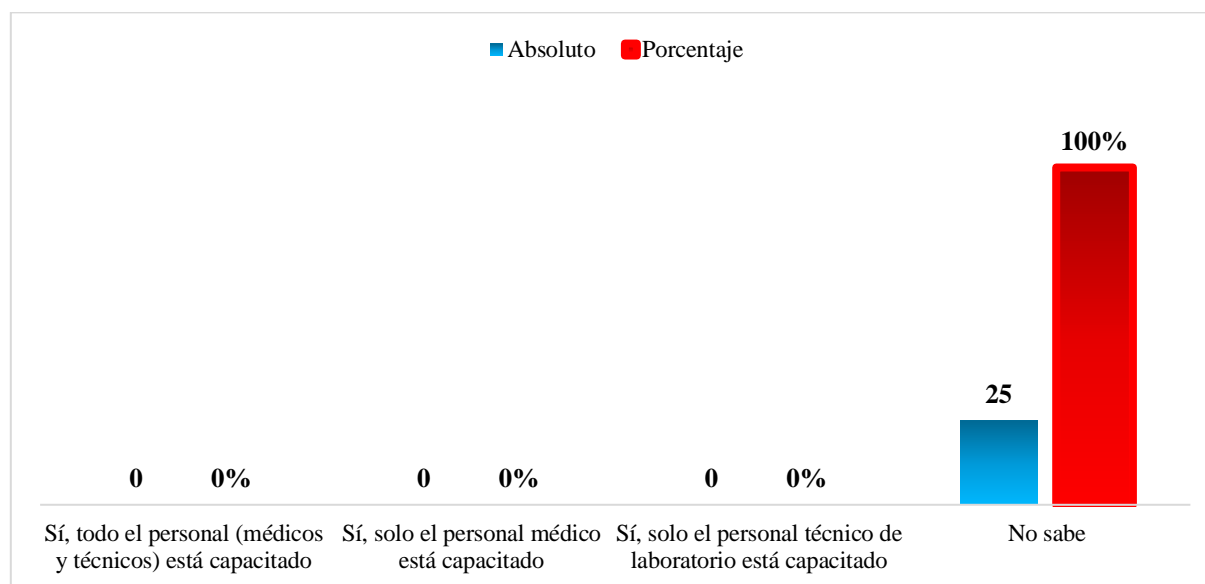
Percepción de la población sobre la capacitación del personal de salud para el diagnóstico de leishmaniasis en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sí, todo el personal (médicos y técnicos) está capacitado	0	0%
Sí, solo el personal médico está capacitado	0	0%
Sí, solo el personal técnico de laboratorio está capacitado	0	0%
No sabe	25	100%
TOTAL	25	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario aplicado

Grafica 2.

Percepción de la población sobre la capacitación del personal de salud para el diagnóstico de leishmaniasis en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.



Fuente: Resultados del Cuestionario aplicado

Interpretación: Según la encuesta aplicada a la población, el 100% de los encuestados indicó no saber si el personal del Centro de Salud de Santa Lucía está capacitado para realizar el diagnóstico de leishmaniasis, lo que evidencia una falta de información y comunicación con los usuarios del servicio. La ausencia de información sobre la capacidad diagnóstica del personal refleja una desconexión entre los servicios de salud y la comunidad, afectando la confianza y el uso oportuno del sistema sanitario.

Tabla 3.

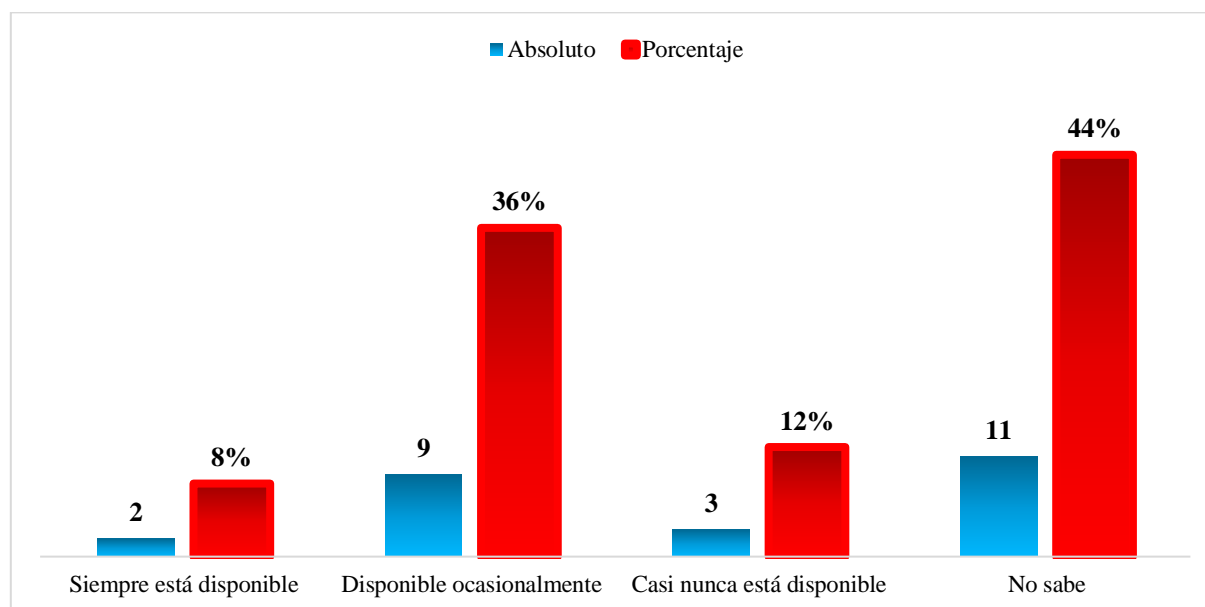
Frecuencia de disponibilidad de pruebas diagnósticas para leishmaniasis en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre está disponible	2	8%
Disponible ocasionalmente	9	36%
Casi nunca está disponible	3	12%
No sabe	11	44%
TOTAL	25	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario aplicado

Grafica 3.

Frecuencia de disponibilidad de pruebas diagnósticas para leishmaniasis en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.



Fuente: Resultados del Cuestionario aplicado

Interpretación: Según la encuesta aplicada a la población, el 44% manifestó no saber con qué frecuencia está disponible la prueba diagnóstica para leishmaniasis. El 36% indicó que está disponible ocasionalmente, el 12% señaló que casi nunca está disponible y solo el 8% afirmó que siempre está disponible. Existe una limitada percepción sobre la disponibilidad diagnóstica, lo que sugiere deficiencias en la comunicación institucional y posibles fallas en el acceso continuo a pruebas específicas para detectar la leishmaniasis.

4.1.2. Resultados del objetivo específico 2

Tabla 4.

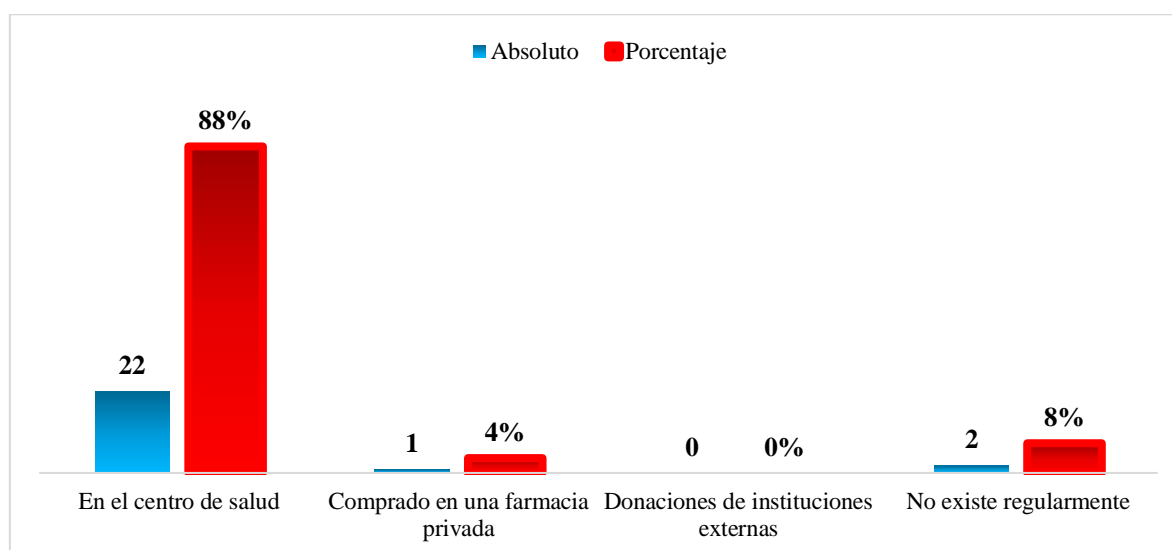
Origen de adquisición del tratamiento para la leishmaniasis en la comunidad atendida por el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
En el centro de salud	22	88%
Comprado en una farmacia privada	1	4%
Donaciones de instituciones externas	0	0%
No existe regularmente	2	8%
TOTAL	25	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario aplicado

Grafica 4.

Origen de adquisición del tratamiento para la leishmaniasis en la comunidad atendida por el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.



Fuente: Resultados del Cuestionario aplicado

Interpretación: Según la encuesta aplicada a la población, el 88% señaló que el tratamiento para la leishmaniasis se obtiene en el centro de salud. El 8% indicó que el medicamento no está disponible de forma regular y el 4% reportó adquirirlo en farmacias privadas. El acceso al tratamiento está mayormente centralizado en el sistema público, aunque persisten limitaciones en la regularidad del suministro y casos aislados de adquisición por cuenta propia.

Tabla 5.

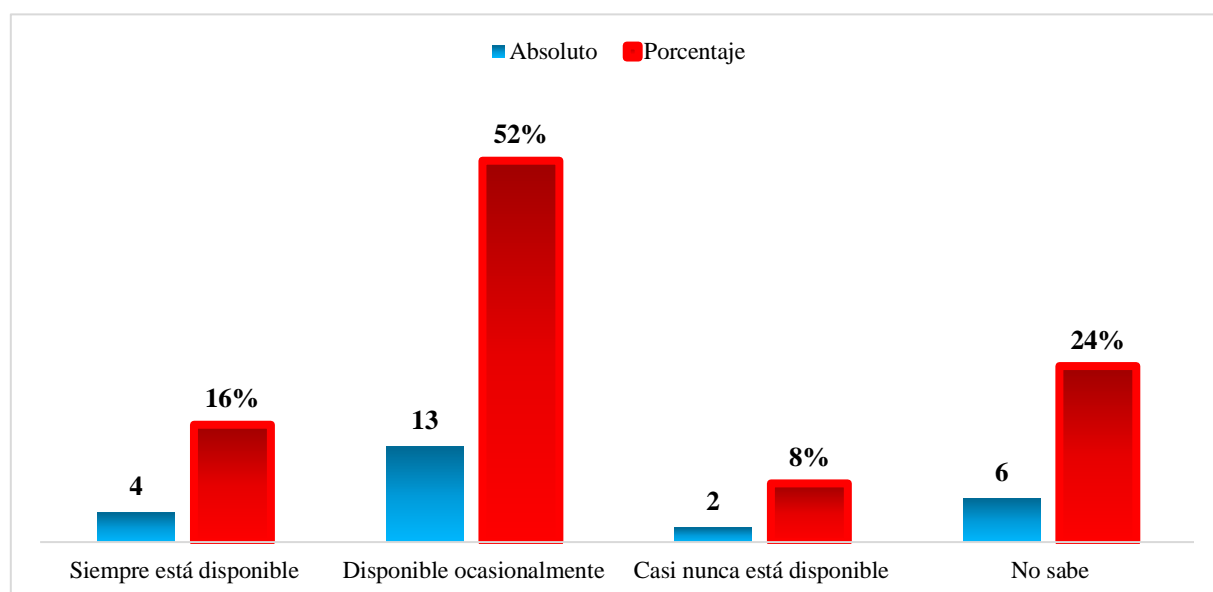
Frecuencia de disponibilidad del tratamiento completo para la leishmaniasis en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre está disponible	4	16%
Disponible ocasionalmente	13	52%
Casi nunca está disponible	2	8%
No sabe	6	24%
TOTAL	25	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario aplicado

Grafica 5.

Frecuencia de disponibilidad del tratamiento completo para la leishmaniasis en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.



Fuente: Resultados del Cuestionario aplicado

Interpretación: Según la encuesta aplicada a la población, el 52% indicó que el tratamiento completo para la leishmaniasis está disponible ocasionalmente. El 24% manifestó no saber sobre su disponibilidad, el 16% señaló que siempre está disponible y el 8% afirmó que casi nunca está disponible. La disponibilidad irregular del tratamiento refleja deficiencias en el abastecimiento sostenido, acompañadas por desconocimiento comunitario sobre la continuidad del acceso terapéutico.

Tabla 6.

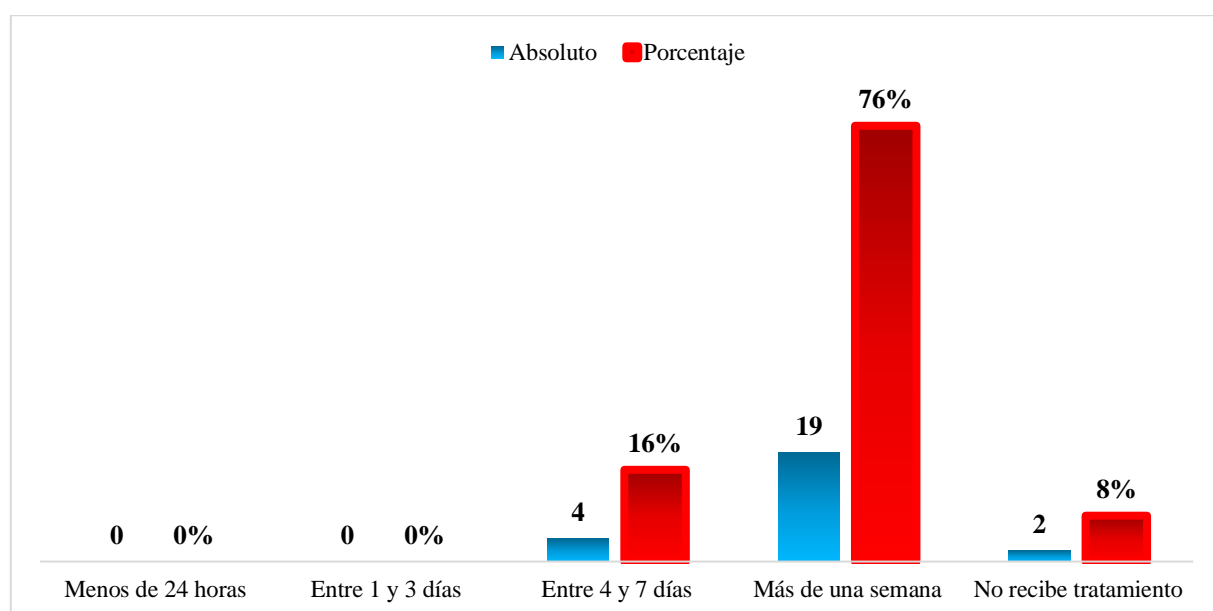
Intervalo de tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en pacientes con leishmaniasis atendidos en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 24 horas	0	0%
Entre 1 y 3 días	0	0%
Entre 4 y 7 días	4	16%
Más de una semana	19	76%
No recibe tratamiento	2	8%
TOTAL	25	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario aplicado

Grafica 6.

Intervalo de tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en pacientes con leishmaniasis atendidos en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.



Fuente: Resultados del Cuestionario aplicado

Interpretación: Según la encuesta aplicada a la población, el 76% reportó que el inicio del tratamiento ocurre después de más de una semana del diagnóstico. El 16% indicó un inicio entre 4 y 7 días, mientras que el 8% manifestó no recibir tratamiento. El inicio tardío del tratamiento evidencia retrasos significativos en la respuesta terapéutica, lo que compromete la efectividad clínica y la prevención de complicaciones asociadas a la leishmaniasis.

4.1.3. Resultados del objetivo específico 3

Tabla 7.

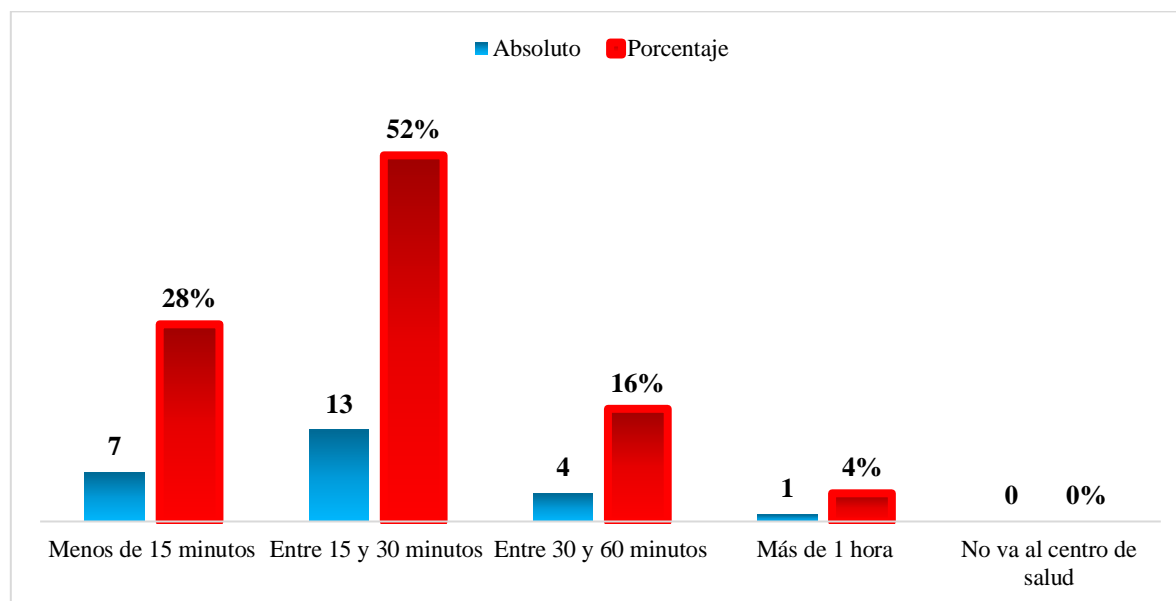
Tiempo promedio de desplazamiento desde la vivienda hasta el Centro de Salud de Santa Lucía en la población diagnosticada con leishmaniasis, abril a junio de 2025.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 15 minutos	7	28%
Entre 15 y 30 minutos	13	52%
Entre 30 y 60 minutos	4	16%
Más de 1 hora	1	4%
No va al centro de salud	0	0%
TOTAL	25	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario aplicado

Grafica 7.

Tiempo promedio de desplazamiento desde la vivienda hasta el Centro de Salud de Santa Lucía en la población diagnosticada con leishmaniasis, abril a junio de 2025.



Fuente: Resultados del Cuestionario aplicado

Interpretación: Según la encuesta aplicada a la población mencionan que el 52% tarda entre 15 y 30 minutos en llegar al Centro de Salud de Santa Lucía, el 28% menos de 15 minutos, el 16% entre 30 y 60 minutos, y el 4% más de una hora. La mayoría de las personas diagnosticadas acceden al centro de salud en tiempos relativamente cortos, lo que sugiere que la distancia no representa una barrera crítica para el diagnóstico oportuno.

Tabla 8.

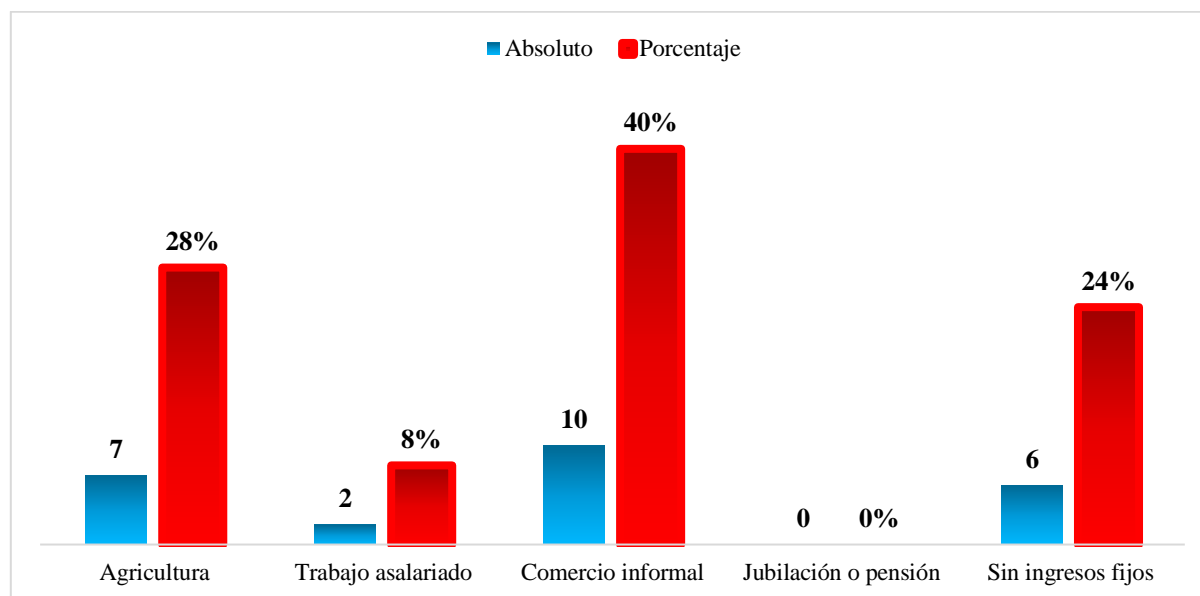
Fuente principal de ingresos económicos de la población afectada por leishmaniasis atendida en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Agricultura	7	28%
Trabajo asalariado	2	8%
Comercio informal	10	40%
Jubilación o pensión	0	0%
Sin ingresos fijos	6	24%
TOTAL	25	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario aplicado

Grafica 8.

Fuente principal de ingresos económicos de la población afectada por leishmaniasis atendida en el Centro de Salud de Santa Lucía, abril a junio de 2025.



Fuente: Resultados del Cuestionario aplicado

Interpretación: Según la encuesta aplicada a la población mencionan que el 40% obtiene sus ingresos del comercio informal, el 28% de actividades agrícolas, el 24% no cuenta con ingresos fijos y el 8% trabaja bajo relación salarial. Ninguna persona reportó ingresos por jubilación o pensión. Predominan las actividades informales y sin ingresos estables como principales fuentes económicas, lo que podría influir en la priorización del cuidado de la salud, a pesar de que el diagnóstico y tratamiento son gratuitos.

Tabla 9.

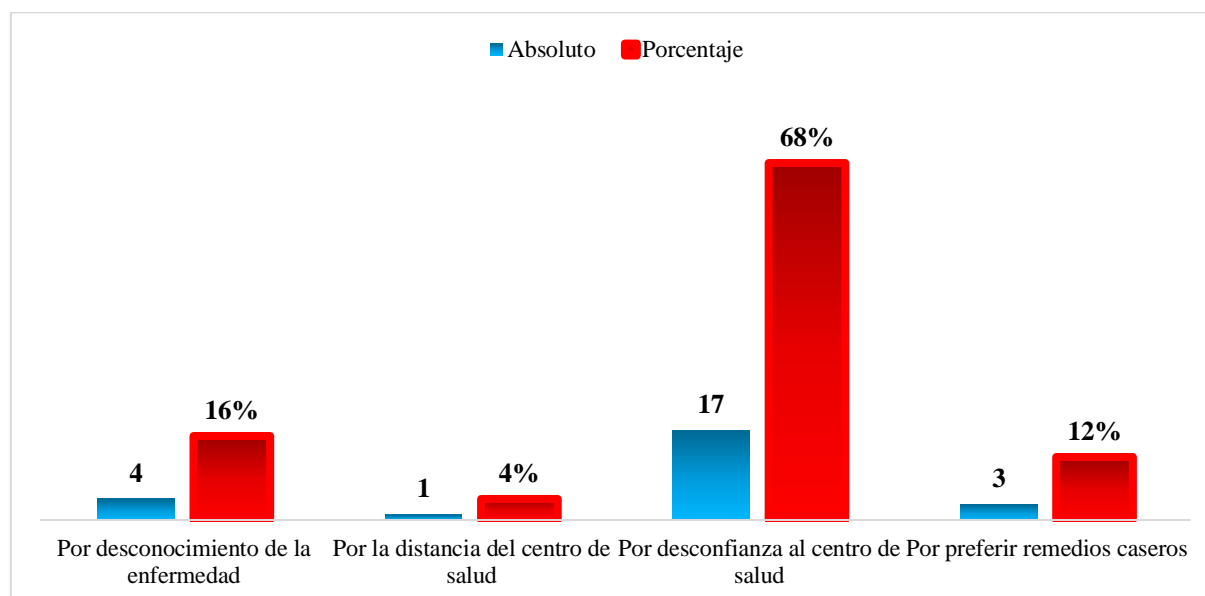
Factores percibidos por la población que dificultan la búsqueda oportuna de atención médica ante sospecha de leishmaniasis, abril a junio de 2025.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Por desconocimiento de la enfermedad	4	16%
Por la distancia del centro de salud	1	4%
Por desconfianza al centro de salud	17	68%
Por preferir remedios caseros	3	12%
TOTAL	25	100%

Fuente: Resultados del Cuestionario aplicado

Grafica 9.

Factores percibidos por la población que dificultan la búsqueda oportuna de atención médica ante sospecha de leishmaniasis, abril a junio de 2025.



Fuente: Resultados del Cuestionario aplicado

Interpretación: Según la encuesta aplicada a la población mencionan que el 68% identifica la desconfianza hacia el centro de salud como principal barrera para buscar atención médica, el 16% el desconocimiento de la enfermedad, el 12% la preferencia por remedios caseros y el 4% la distancia geográfica. La percepción negativa hacia el centro de salud y el bajo conocimiento sobre la leishmaniasis se destacan como los principales factores que limitan la búsqueda oportuna de atención médica.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Los resultados evidencian que el 76% de la población acude al centro de salud ante síntomas relacionados con la leishmaniasis, lo cual refleja una tendencia favorable hacia el uso del sistema sanitario formal. Sin embargo, esta predisposición no se traduce en un diagnóstico oportuno, debido a otros factores limitantes. El 100% de los encuestados manifestó desconocer si el personal de salud está capacitado para diagnosticar la enfermedad, lo cual revela una profunda desconexión comunicacional entre el centro de salud y la comunidad. A ello se suma la percepción sobre la baja disponibilidad de pruebas diagnósticas: solo el 8% afirmó que siempre están disponibles, frente a un 36% que reportó disponibilidad ocasional y un 12% que indicó que casi nunca están disponibles. Además, el 44% no sabe con qué frecuencia se cuenta con dichas pruebas. En conjunto, estos resultados reflejan que, pese al acceso físico al establecimiento, las limitaciones en recursos diagnósticos y la falta de información clara restringen la capacidad de respuesta institucional.
- El análisis de los datos revela que el 88% de la población accede al tratamiento para la leishmaniasis a través del centro de salud, lo cual demuestra que el sistema público constituye la principal fuente terapéutica en la comunidad. No obstante, esta fortaleza se ve debilitada por la irregularidad en el suministro. El 52% reportó que el tratamiento completo solo está disponible ocasionalmente, mientras que el 16% señaló disponibilidad constante, y el 8% indicó que casi nunca está disponible. Esta inconsistencia compromete la continuidad del tratamiento y expone a los pacientes a recaídas o secuelas. Más preocupante aún, el 76% de los encuestados indicó que el tratamiento se inicia más de una semana después del diagnóstico, y el 8% reportó no haber recibido tratamiento. Estos retrasos representan un riesgo para la evolución clínica del paciente y revelan deficiencias en la cadena de atención terapéutica. En síntesis, aunque el tratamiento es gratuito y accesible, su entrega no es oportuna ni garantizada de manera sostenida.

- Los resultados muestran que el 52% de los pacientes tarda entre 15 y 30 minutos en llegar al centro de salud, y el 28% menos de 15 minutos, lo que indica que la ubicación geográfica no representa una barrera significativa para la atención. Sin embargo, otros factores sociales y económicos sí inciden. El 40% de los encuestados depende del comercio informal, el 24% no cuenta con ingresos fijos y solo el 8% tiene un empleo asalariado. Esta realidad económica precaria puede afectar la priorización de la salud, a pesar de que el diagnóstico y tratamiento son gratuitos. Además, el 68% identificó la desconfianza hacia el centro de salud como la principal razón para no buscar atención médica oportuna, seguido por el desconocimiento de la enfermedad (16%) y la preferencia por remedios caseros (12%). Estos datos reflejan una percepción institucional negativa profundamente arraigada y una falta de educación en salud, que actúan como barreras sociales críticas para el acceso temprano a los servicios de diagnóstico y tratamiento.

Conclusión general. Los factores que limitan el diagnóstico y tratamiento oportuno de la leishmaniasis en el Centro de Salud de Santa Lucía se centran principalmente en la percepción negativa hacia los servicios de salud, la escasa información sobre las capacidades del establecimiento, la disponibilidad irregular de insumos diagnósticos y terapéuticos, y la falta de comunicación efectiva con la comunidad. Aunque la accesibilidad geográfica es adecuada y el tratamiento es gratuito, persisten barreras estructurales y socioculturales que afectan el manejo integral de la enfermedad.

5.2. Recomendaciones.

- Se recomienda que el personal de salud del Centro de Salud de Santa Lucía, junto a las autoridades locales de salud, desarrollen estrategias comunicacionales orientadas a mejorar la percepción de la comunidad sobre la preparación del personal para el diagnóstico de leishmaniasis. Esto podría incluir ferias de salud, talleres comunitarios y sesiones informativas con participación activa de líderes locales. También se sugiere incorporar protocolos de información visible dentro del centro (como afiches, infografías y cartillas) que indiquen la disponibilidad de servicios y personal capacitado, para reducir la incertidumbre de la población.
- Se propone fortalecer el sistema de abastecimiento de medicamentos antileishmaniasicos mediante convenios interinstitucionales con proveedores regionales y nacionales, asegurando una provisión continua y adecuada del tratamiento completo. Las autoridades municipales deben implementar un sistema de monitoreo y reposición de insumos críticos en tiempo real, para evitar interrupciones que comprometan la continuidad terapéutica. Igualmente, es crucial establecer protocolos de atención que acorten el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, priorizando a los pacientes con lesiones avanzadas o en zonas de alta transmisión. Finalmente, se recomienda capacitar al personal de salud en gestión de stocks y farmacovigilancia para garantizar una respuesta terapéutica eficiente y oportuna.
- Es imprescindible diseñar campañas comunitarias de educación sanitaria con enfoque intercultural, que aborden directamente los mitos, temores y creencias locales en torno a la leishmaniasis y al sistema de salud. Estas campañas deben ser lideradas por promotores comunitarios formados en salud, con el apoyo de líderes vecinales y representantes sociales, para aumentar su legitimidad y alcance. Asimismo, se sugiere establecer espacios de diálogo entre la comunidad y el centro de salud para reconstruir la confianza institucional, promoviendo actividades participativas que fomenten la corresponsabilidad en salud. Por otro lado, los programas de educación deben enfatizar la importancia del diagnóstico temprano y del abandono del uso de remedios caseros, los cuales retrasan el tratamiento adecuado y aumentan el riesgo de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Pediatría*. (17 de 09 de 2021). Recuperado el 10 de 03 de 2023, de <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/miltefosina>
- Aymara Mollinedo, Z., & Mollinedo, P. (2021). Leishmaniasis en Pando-Bolivia - frontera con Brasil y Perú. *Atualidades em Medicina Tropical na América do Sul: Vetores*, 266-285.
- Cusi, E. (2018). *Semillas para la investigación 2*. Pando, Bolivia: Sodespo Pando.
- Fernandez, Z., & Oviedo, M. (2021). Leishmaniasis visceral en Trujillo, Venezuela, conocimientos, actitudes, prácticas y estrategias de prevención y control. *Enfermedades tropicales*, 64(4), 32-45.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (sexta ed.). (LIMUSA, Ed.) México DF: McGRAW-HILL.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Sampieri. (2014). *Metodología de la Investigación. sexta ed. LIMUSA, editor. México DF: ; 2014*. (Sexta ed.). (McGRAW-HILL, Ed.) Mexico: LIMUSA.
- Ministerio de Salud de Bolivia. (2014). Programa Nacional de Vigilancia y Control de la Leishmaniasis. La Paz Bolivia: Normas técnicas de leishmaniasis.
- Mollinedo, S., & Magne, M. (2021). Leishmaniasis en Tarija (Bolivia). *Biomédica*, 40(1), 45-61.
- Mollinedo, J., & Butron, R. (2022). Leishmaniasis en Bolivia. *Revista medica de La Paz*, 32(1), 21-31.
- Moreno, J. (2023). Determinantes geográficos del acceso a servicios de salud en América Latina. 5(2), 21-37.
- OMS. (12 de enero de 2023). *Datos y cifras de leishmaniasis*. Recuperado el 30 de Mayo de 2025, de [who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis)
- OPS. (5 de agosto de 2022). *Leishmaniasis: la OPS publica recomendaciones de tratamiento actualizadas para las Américas*. Obtenido de paho.org/es/noticias/5-8-2022-leishmaniasis-ops-publica-recomendaciones-tratamiento-actualizadas-para-americas
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis. 7(3), 10-28.
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Determinantes sociales y estructurales en el control de la leishmaniasis en la región. *OPS*, 7(3), 12-34.

- Pereira , C. (2021). Leishmaniasis en pediatría. *Asociacion Española de Pediatría*, 21(9), 12-15.
- Ramos , E. (2023). Formación del personal de salud para la atención de enfermedades tropicales en Bolivia. 3(1), 18-32.
- Restrepo , B., & Arboleda, M. (2022). La leishmaniasis conocimientos y prácticas en poblaciones de la costa del Pacífico de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 6(3), 63-69.
- SEDES Pando. (2022). Plan Estratégico Institucional Servicio Departamental de Salud Pando 2021 2025. Cobija Pando.
- Valladares, W., & Escobar, P. (2021). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la Leishmaniasis, en los departamentos de Cortés y Colón, Honduras. *Revista de Universidad de Honduras*, 65-69.
- Villarreal, N., & Sanchez , M. (2023). Evaluación de conocimientos y prácticas sobre leishmaniasis tegumentaria en un área endémica de Venezuela. *Biomedica*(28), 347-357.

ANEXOS

Anexo 1 Encuesta sobre: **Factores que limitan el diagnóstico y tratamiento oportuno de la leishmaniasis**

Objetivo Específico 1

1. ¿Cuál es el principal lugar al que acude usted o su familia cuando presentan síntomas relacionados con la leishmaniasis?

- a) Centro de salud local
- b) Curandero
- c) Familiares o amigos que conocen sobre la enfermedad
- d) No acuden por temor o desconocimiento

2. ¿Conoce si su centro de salud cuenta con personal capacitado para realizar el diagnóstico de leishmaniasis?

- a) Sí, todo el personal (médicos y técnicos) está capacitado
- b) Sí, solo el personal médico está capacitado
- c) Sí, solo el personal técnico de laboratorio está capacitado
- d) No sabe

3. ¿Con qué frecuencia está disponible la prueba diagnóstica para leishmaniasis en su centro de salud?

- a) Siempre está disponible
- b) Disponible ocasionalmente
- c) Casi nunca está disponible
- d) No sabe

Objetivo Específico 2

4. ¿Dónde suele obtenerse el medicamento para tratar la leishmaniasis en su comunidad?

- a) En el centro de salud
- b) Comprado en una farmacia privada
- c) Donaciones de instituciones externas
- d) No existe regularmente

5. ¿Con qué frecuencia se encuentra disponible el medicamento completo para tratar la leishmaniasis?

- a) Siempre está disponible

- b) Disponible ocasionalmente
- c) Casi nunca está disponible
- d) No sabe

6. ¿Cuánto tiempo transcurre entre el diagnóstico y el inicio efectivo del tratamiento con medicamentos?

- a) Menos de 24 horas
- b) Entre 1 y 3 días
- c) Entre 4 y 7 días
- d) Más de una semana
- e) No recibe tratamiento

Objetivo Específico 3

7. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar al centro de salud desde su vivienda habitualmente?

- a) Menos de 15 minutos
- b) Entre 15 y 30 minutos
- c) Entre 30 y 60 minutos
- d) Más de 1 hora
- e) No va al centro de salud

8. ¿Cuál es su fuente principal de ingresos económicos?

- a) Agricultura
- b) Trabajo asalariado
- c) Comercio informal
- d) Jubilación o pensión
- e) Sin ingresos fijos

9. ¿Por qué cree que algunas personas no buscan atención médica a tiempo ante sospecha de la leishmaniasis?

- a) Por desconocimiento de la enfermedad
- b) Por la distancia del centro de salud
- c) Por desconfianza al centro de salud
- d) Por preferir remedios caseros

Anexo 2

FICHAS EPIDEMIOLOGICAS



MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS
POR VECTORES (LEISHMANIASIS)

N°000000

FICHA CLÍNICA EPIDEMIOLOGICA (DIAGNÓSTICO)							Formulario N° 1 (Hoja 1)		
1. DATOS DEL PACIENTE							Edad/Sexo	Peso	
Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Nombres		M	F	Kg	
Carnet de Identidad	Teléfono		Embarazo		Si	Semanas de gestación			
Ocupación	Fecha de nacimiento		No						
2. RESIDENCIA ACTUAL DEL PACIENTE									
País		Departamento		Municipio		Localidad			
3. DATOS EPIDEMIOLOGICOS									
LUGAR Y FECHA PROBABLE DE INFECCIÓN (<i>picadura del mosquito, inicio de clínica</i>)					CASO		BÚSQUEDA		
Fecha	Departamento	Municipio	Localidad		Autóctono	Importado	Activa	Pasiva	
FECHA DE NOTIFICACIÓN: Día: Mes: Año:									
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS									
a) Metabólico b) Cardiológico c) Nefrológico e) Otro (Patología de base)									
Leishmaniasis anterior: Cutánea <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Cutánea mucosa <input type="checkbox"/> Visceral <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>									
Clasificación del caso: Nuevo <input type="checkbox"/> Re-infección <input type="checkbox"/> Recaída <input type="checkbox"/> Fracaso Terapéutico <input type="checkbox"/>									
4. DATOS CLÍNICOS: Describe las características de las lesiones									
Dibujar el (los) lugar(es) y el diámetro Inicial de la lesión		FORMA CLÍNICA			NÚMERO Y UBICACIÓN DE LAS LESIONES				
		Cutánea	Extremidades Superiores		Cabeza				
Mucosa	Extremidades Inferiores		Cara						
	Muco-cutánea	Tórax Abdomen		Cuello					
		Tabique Nasal		Paladar					
		Orofaringe		Labios					
		Breve descripción de las lesiones encontradas							
		Descripción inicial, seguimiento y evolución de la lesión:							
5. EXÁMENES DE LABORATORIO					6. LEISHMANIASIS VISCERAL				
FECHA DE TOMA DE MUESTRA: / /					SINTOMAS SI - NO			Breve descripción del cuadro clínico de la Leishmaniasis Visceral:	
TIPO DE PRUEBA	FECHA RESULTADO			POSITIVO	NEGATIVO				
FROTIS	DÍA	MES	AÑO			Fiebre:			
HISTOPATOLOGÍA						Hepatomegalia:			
CULTIVO						Esplenomegalia:			
PCR						Otros síntomas:			
INMUNOCROMATOGRAFÍA									
Otros									
7. DATOS DEL SERVICIO DE SALUD Y DEL PERSONAL ENCARGADO DE LABORATORIO									

Servicio de Salud Red de Salud

Responsable de la atención del paciente Firma y sello

Sello de la Institución

Nombre y firma del paciente

Adjuntar con la Ficha Clínica Epidemiológica:

- a) Carnet de identidad (Fotocopia)
- b) Reporte de laboratorio
- c) Consentimiento informado (Firmado)



**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS
POR VECTORES (LEISHMANIASIS)**

N°000000

FICHA CLÍNICA EPIDEMIOLOGICA (TRATAMIENTO)						Formulario N° 1 (Hoja 2)																									
1. DATOS DEL PACIENTE						Edad/Sexo																									
Nombres			Apellido Paterno		Apellido Materno		Peso																								
MIRANDA			NOGALES		ABRAHAM		kg.																								
2. RESIDENCIA ACTUAL DEL PACIENTE						N° Teléfono/Cel.																									
País		Departamento		Municipio		Localidad																									
BOLIVIA		COCHABAMBA		ENTRE RIOS		ENTRE RIOS																									
3. ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD																															
TRATAMIENTO PARA LEISHMANIASIS ANTERIORMENTE?			SI	NO	¿QUE MEDICAMENTO?		¿POR CUANTO TIEMPO?																								
QUE FORMA CLÍNICA?			Cutánea	Mucosa	Cutánea mucosa		Visceral																								
4. TRATAMIENTO ACTUAL																															
CONDICIÓN DEL TRATAMIENTO			Caso nuevo <input checked="" type="checkbox"/>	Fracaso Terapéutico	Reacción Adversa	Retratamiento																									
5. ESQUEMA DE TRATAMIENTO A UTILIZAR																															
Nombre del medicamento		Dosis mg/kg		mL/día		Cantidad total de ampollas																									
GLUCANTIME		20 mg		15		60																									
(Leishmania Cutánea 20 días, Leishmania Mucosa 30 días)																															
ANTIMONATO DE MEGLUMINA (20 mg/kg/peso)		CONTROL DIARIO DE TRATAMIENTO (30 DIAS)																													
FECHA INICIO TRATAMIENTO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
AMFOTERICINA - B - LIPOSOMAL (2-3mg/kg/peso) EN HOSPITAL		CONTROL DIARIO DE TRATAMIENTO (30 DIAS)																													
FECHA INICIO TRATAMIENTO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
MILTEFOSINA 2,5 mg/kg/peso		CONTROL DIARIO DE TRATAMIENTO (30 DIAS)																													
FECHA INICIO TRATAMIENTO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Otro Medicamento		CONTROL DIARIO DE TRATAMIENTO (30 DIAS)																													
FECHA INICIO TRATAMIENTO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Encierre o subraye la procedencia del medicamento: a) Ministerio de Salud y Deportes b) Gobernación c) Municipio d) ONG e) Otro																															
NÚMERO DE LOTE:				FECHA DE VENCIMIENTO: / /																											
Escriba (si es el caso), los efectos e/diversos al tratamiento: C= Cefalea V= Vómitos N= Nauzeas P= Pírcosis D= Diarrea M= Micosis A= Artralgias F= Fiebre I= Irritación N°= Neutropenia EC= Erupciones Cutáneas AN= Anemia, u otros.																															
6. CONDICIÓN DE EGRESO				7. DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN DESPUÉS DE CONCLUIDO EL TRATAMIENTO																											
TRATAMIENTO TERMINADO		SI		NO																											
ABANDONO		SI		NO																											
PACIENTE TRANSFERIDO		SI		NO																											
FRACASO O FALLA TERAPÉUTICA		SI		NO																											
FALLECIDO		SI		NO																											
OBSERVACIONES:																															
8. DATOS DEL PERSONAL DE SALUD RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO																															

Servicio de Salud

CENTRO DE SALUD ENTRE RIOS

Red de Salud

V - IVIRGARZAMA

Nombre del responsable del tratamiento

DRA. LIDIA TERRAZAS SALDAÑA

Firma y sello

--