



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**ANÁLISIS COMPARATIVO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE
LEISHMANIASIS CUTÁNEA ENTRE EL PERSONAL MÉDICO DE ZONAS
ENDÉMICAS DEL PRIMER NIVEL DE SALUD (ÁREA PEDRO VICENTE
MALDONADO Y ÁREA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS).**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO
ALMEIDA ZURITA PAULINA MONSERRATH**

DR. NELSON IGNACIO CEVALLOS SALAS
Director

MASTER CÉSAR YUMISEVA
Director metodológico

Septiembre 2016

DEDICATORIA

*A mis padres, Luis y Paulina
quienes sembraron en mí,
el anhelo de luchar por mis ideales
a quienes les debo todo lo que soy,
les estoy eternamente agradecida.*

*A Dayana, mi hermana y amiga incondicional,
mi motor y alegría,
mi compañía durante esta travesía,
todo lo que hago es por ti.*

AGRADECIMIENTO

A Dios, por estar presente y reflejarse en cada acto de mi vida.

A mis padres y hermana quienes con orgullo me han visto convertirme en profesional, gracias por su esfuerzo y sacrificio sin el cual nada de esto hubiera sido posible, gracias por cada palabra de aliento, por su compañía cada día de mi vida.

Mi más sincero agradecimiento al Mst César Yumiseva, por su ayuda y guía en cada paso de la elaboración de esta tesis.

Un agradecimiento muy especial al Dr. Nelson Cevallos, un ejemplo a seguir, gracias por ser el maestro que todo estudiante de Medicina quisiera tener.

ÍNDICE

RESUMEN	6
CAPÍTULO I	8
1. INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO II	10
2. MARCO TEÓRICO.....	10
EPIDEMIOLOGÍA	10
CLASIFICACIÓN	10
AGENTE ETIOLÓGICO	11
CICLO BIOLÓGICO DE LA LEISHMANIA.....	12
EL VECTOR.....	13
RESERVORIO.....	14
TRANSMISIÓN	14
FISIOPATOLOGÍA	15
ASPECTOS CLÍNICOS	16
LEISHMANIASIS CUTÁNEA.....	16
LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA	18
LEISHMANIASIS CUTÁNEA DIFUSA	20
LEISHMANIASIS VISCERAL	20
DIAGNÓSTICO DE LEISHMANIASIS.....	21
DEFINICIÓN DE CASOS DE LEISHMANIASIS.....	22
TRATAMIENTO	22
PREVENCIÓN Y CONTROL	25
CRITERIOS DE CURACIÓN	26
CAPÍTULO III	27
3. METODOLOGÍA	27
3.1. JUSTIFICACIÓN.....	27
3.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	27
3.3. OBJETIVOS.....	28

General.....	28
Específicos.....	28
3.4. HIPÓTESIS.....	28
3.5. DETERMINACIÓN DE VARIABLES.....	29
3.6. MUESTRA.....	35
Universo.....	35
Criterios de inclusión.....	35
Criterios de exclusión.....	36
3.7. TIPO DE ESTUDIO:.....	36
3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	36
3.9. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	36
CAPÍTULO IV.....	38
4. RESULTADOS.....	38
a. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	38
b. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	38
c. CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS ENCUESTADOS SOBRE LEISHMANIASIS.....	40
CAPÍTULO V.....	57
5. DISCUSIÓN DE LOS HALLAZGOS.....	57
6. CONCLUSIONES.....	60
7. RECOMENDACIONES.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS.....	70

RESUMEN

Objetivo. Determinar el nivel de conocimientos sobre Leishmaniasis cutánea y comparar el mismo entre el personal médico de zonas endémicas del primer nivel de salud. **Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo transversal analítico con 31 médicos pertenecientes a los centros de salud de Pedro Vicente Maldonado y Santo Domingo de los Tsáchilas, para evaluar y cuantificar el nivel de conocimientos que poseen en relación a etiología, diagnóstico y tratamiento de Leishmaniasis cutánea. El material e instrumentos utilizados para la recolección de datos fue mediante un cuestionario, que fue creado por el autor del trabajo de investigación. De acuerdo al número de respuestas correctas se calificó el nivel de conocimientos, a través de la Escala de Estaninos. **Resultados.** Al comparar el nivel de conocimientos entre esas dos poblaciones se evidencia un nivel más alto en Pedro Vicente Maldonado en relación a Santo Domingo de los Tsáchilas, sin embargo en general el nivel en los dos lugares tiene un predominio hacia la baja. **Conclusiones.** La educación médica continua es necesaria para el manejo integral de Leishmaniasis cutánea. Los resultados del estudio revelan que a pesar de que todos los profesionales encuestados trabajan con pacientes diagnosticados de Leishmaniasis cutánea, existen deficiencias importantes en su conocimiento. Para ello, se deberían contemplar diversas estrategias, entre las que se incluyan la actualización, capacitación y educación médica continua. De esta forma se podría promover la competencia profesional para incrementar la calidad de la atención médica.

ABSTRACT

Objective. To determine the level of knowledge of cutaneous Leishmaniasis and compare it among medical personnel of endemic areas first level of health. **Material and methods.** A cross-sectional, descriptive study was done with 31 doctors from the health centers Pedro Vicente Maldonado and Santo Domingo de los Tsachilas, to evaluate and quantify the level of knowledge they possess in regards to the etiology, diagnosis and the treatment of cutaneous Leishmaniasis. The equipment and instrument that was utilized to collect this data was a questionnaire, which was created by the author of this research paper. Based on the number of right answers received, the level of knowledge was classified through the Estaninos Scale. **Results.** When comparing the level of knowledge between these two populations, a higher level of understanding was found in Pedro Vicente Maldonado compared to Santo Domingo de los Tsachilas, however, the overall level of knowledge between both places is minimal. **Conclusions.** Constant medical education is necessary to manage the fundamentals of cutaneous leishmaniasis. The results of the study show that although all professionals who were part of the research work with patients diagnosed with cutaneous leishmaniasis, there is a significant gap in their knowledge. For this reason, various strategies should be considered, including upgrading, training and continuing their medical education. Through this, professional competence can be promoted, in order to increase the quality of health care.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La Leishmaniasis constituye un importante problema de salud pública; factores económicos, culturales y sociales están relacionados con su desarrollo, transmisión y difícil control.¹

La infección por Leishmania puede causar un conjunto de patologías clínicas que pueden comprometer piel, mucosas y vísceras.

La forma más frecuente de la misma es la cutánea, produciendo lesiones de tipo ulceroso en zonas expuestas del cuerpo, que dejan cicatrices de por vida y son causa de discapacidad grave.²⁻³

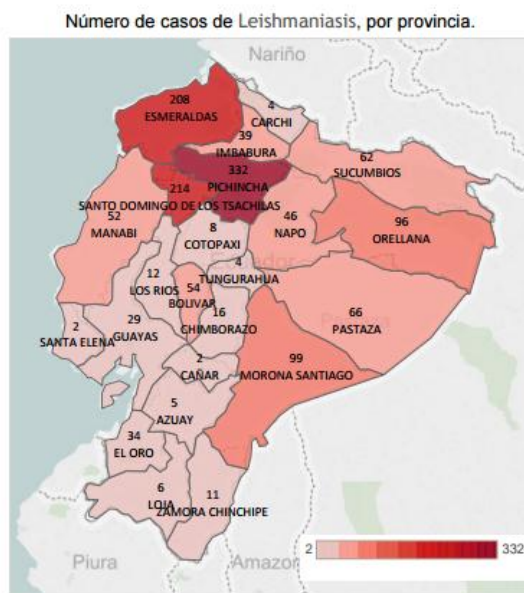
El incremento de la incidencia ha llevado a que la clasifique la Organización Mundial de la Salud(OMS) como una de las grandes endemias, actualmente en la categoría 1, y es considerada una de las cinco enfermedades infecciosas más importantes, para la cual no existe control adecuado.³

Aproximadamente el 95% de los casos de Leishmaniasis cutánea se producen en el continente americano, Oriente Medio y Asia Central. Se estima que anualmente aparecen 0,7 a 1,5 millones de casos nuevos a nivel mundial.⁴

Nuestro país es considerado endémico en Leishmaniasis cutánea. De acuerdo a los datos de la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, publicados en la gaceta No. 53, hasta el miércoles 6 de enero del 2016, se reportaron 1401 casos, Pichincha es la provincia con mayor número de casos en el país con 332, seguida de la provincia Santo Domingo de los Tsáchilas con

214 casos como se evidencia en el gráfico que se presenta a continuación. En la Semana No. 53(miércoles 30 de diciembre al miércoles 06 de enero), se han notificado 19 casos de Leishmaniasis, el mayor número de estos corresponden a la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas. Las personas entre 20 y 49 años son los más afectados. Del total de casos notificados Pichincha, Esmeraldas y Santo Domingo acumulan el 53.82%, al comparar el mismo período en años anteriores se observa un aumento en el número de casos.

Gráfico 1: Número de casos de Leishmaniasis por provincia.



Fuente: Gaceta epidemiológica semana N53

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

LEISHMANIASIS

DEFINICIÓN

Enfermedad de piel, mucosas o vísceras, causada por protozoarios intracelulares del género *Leishmania*, se transmite al ser humano por vectores de los géneros *Lutzomyia* y *Phlebotomus*; el cuadro clínico depende de la especie parasitaria y del estado inmunológico del huésped.⁵⁶⁻⁵⁷

EPIDEMIOLOGÍA

Esta parasitosis forma parte del grupo de enfermedades tropicales descuidadas. Es prevalente en 98 países, presente en todos los continentes. Se estiman 1.2 millones de casos nuevos al año, aunque el subreporte de la misma es importante. Unos 300000 casos corresponden a la enfermedad visceral y un millón a la forma cutánea.⁵

En adolescentes y adultos jóvenes se presenta con mayor frecuencia. La forma cutánea tiene un predominio por los niños, en especial, menores de 5 años y la forma mucocutánea por los mayores de 15 años. Es considerada como una enfermedad ocupacional en las personas que se trasladan por motivo de trabajo a las zonas endémicas.⁶

No existe predilección por alguna etnia o sexo. Sin embargo, las estadísticas muestran mayor incidencia en los hombres, posiblemente como resultado del contacto ocupacional.³⁵⁻³⁶

CLASIFICACIÓN

Se presenta en tres formas principales:

-Leishmaniasis visceral (kala azar): Se caracteriza por episodios irregulares de alza térmica, anorexia, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia y anemia. Es altamente endémica en India y África oriental. Anualmente se producen en el mundo entre 200000 y 400000 nuevos casos, más del 90% de ellos en: Bangladesh, India, Sudán y Brasil.

-Leishmaniasis cutánea: Es la forma más común, produce lesiones de predominio ulceroso en las zonas expuestas del cuerpo. Aproximadamente un 95% de los casos se produce en América y Asia. Más del 75% de los nuevos casos aparecen en: Afganistán, Argelia, Brasil, Colombia, Irán y Siria.

-Leishmaniasis mucocutánea: Genera la destrucción parcial o total de las membranas mucosas de nariz, boca y faringe. La mayoría de los casos se producen en el Brasil, Bolivia y Perú.¹¹

AGENTE ETIOLÓGICO

El agente etiológico es un protozoario del género *Leishmania*, que pertenece al reino Protista, y a la familia Trypanosomatidae.¹³

La *Leishmania* se divide en dos subgéneros, según su desarrollo en el intestino de los flebótomos: *Leishmania*, en el intestino medio o anterior, y *Viannia*, cuando incluye el intestino posterior.¹³ Para clasificar a las especies es necesario tomar en cuenta distintas variables: a) Biológicas: morfología, desarrollo, crecimiento; b) Bioquímicas: electroforesis de isoenzimas, análisis de material genético; c) Inmunológicas: reactividad del parásito con anticuerpos monoclonales- biclonales y serotipificación.

Las leishmanias se presentan en dos formas diferentes. Una promastigota, móvil y flagelada, comúnmente asociada al vector invertebrado, se multiplica en él y se traslada a la parte anterior del mosquito y permanece ahí hasta ser inoculada. Y la otra, amastigota, inmóvil,

intracelular, dentro de los macrófagos y otras células del sistema retículoendotelial del huésped.¹⁴

CICLO BIOLÓGICO DE LA LEISHMANIA

Todos los tipos de leishmanias presentan un ciclo de vida similar, completa su ciclo biológico usando dos huéspedes. Existen tres variedades de ciclos: Uno silvestre, en el que la leishmania circula entre los reservorios naturales, y se mantiene gracias a la intervención de los vectores propios de la zona endémica. Un segundo ciclo, en el que los vectores infectados afectan tanto al hombre como a los animales. Puede producirse un tercero, en el que el propio enfermo con leishmaniasis se constituye en reservorio.³

Todo inicia cuando el vector ingiere sangre de un vertebrado infectado, junto con macrófagos llenos de amastigotes. Después de uno a dos días ocurre la transformación de amastigote a promastigote. Estos últimos se dividen rápidamente, algunos de ellos permanecen libres en la luz intestinal; otros se adhieren a la pared. La ubicación del parásito en el intestino varía de acuerdo a cada especie. Terminada la replicación, los promastigotes migran al esófago y la faringe.¹⁴

El momento en el que el mosquito infectado pica a un huésped le inocula entre 10 y 100 promastigotes los mismos que ingresan en la dermis. La saliva del vector juega un papel fundamental en el establecimiento de la infección, disminuyendo la producción del óxido nítrico por los macrófagos activados.^{14,17-19} Cuando los vectores se encuentran totalmente infectados, se congestionan de tal manera, que se les torna difícil alimentarse, por lo que como mecanismo de supervivencia realiza múltiples picaduras. Los promastigotes no migran hacia los macrófagos, permanecen en el espacio intercelular y activan el complemento. Varios de ellos

son eliminados por los neutrófilos, una mínima cantidad se transforman en amastigotes en pocas horas, permanecen así durante un día y medio y, posteriormente, comienzan a reproducirse.¹⁷

La incorporación del parásito y los macrófagos es importante en la invasión de las células del huésped. Se han identificado gran variedad de receptores en la superficie del parásito, entre ellos la glicoproteína 63 y el lipofosfoglicano, que son usados para adherirse a los macrófagos.²⁰ Las especies de Leishmania han desarrollado varios mecanismos para resistir la actividad digestiva y antimicrobiana de las células fagocíticas a través de estos receptores²¹

El amastigote carece de flagelos y de membrana ondulante y, por tanto, es inmóvil. Se multiplican por fisión binaria dentro de los macrófagos. La cantidad de estos puede variar de 20 a 150, lo que ocasiona la distensión y ruptura del macrófago, ocurrido esto ingresan en nuevas células del sistema fagocitario, donde reinician su división. El ciclo se reanuda cuando el flebótomo pica a un huésped para alimentarse de sangre.^{3,13,19}

EL VECTOR

La transmisión es a través de la picadura de flebótomos, moscas de aproximadamente 2,5 mm de largo, color pajizo o gris, prefieren los ambientes húmedos, abundan en zonas tropicales. Su ciclo de vida tiene 4 estadios: huevo, larva, pupa y adulto. Se reconocen cinco géneros de flebótomos: Phlebotomus, Sergentomya, Lutzomyia, Warileya y Brumptomya. Como vectores de la leishmania solo dos: En Europa, Asia y África, el género Phlebotomus, y en América, el género Lutzomya.⁸

En Ecuador, a la *Lutzomyia* se la conoce con el nombre de 'manta blanca'. Puede encontrarse en áreas desérticas, selva y en áreas peridomésticas. Sin embargo, prefiere los lugares húmedos oscuros, en los que existe abundante vegetación. Descansa de día en los rincones, construcciones de piedra, muros o troncos de los árboles, y vuela al atardecer. Las hembras son las únicas hematófagas y más activas a la caída del día. Su forma de vuelo es muy particular, a manera de brincos o saltos y mantiene un vuelo bajo y silencioso. El área de su vuelo puede abarcar hasta 200 metros; sin embargo, puede ser transportado por el viento a distancias mayores. Son, por lo general, de aparición vespertina y desaparecen progresivamente hacia la noche.¹¹

RESERVORIO

Gran variedad de animales silvestres y domésticos han sido implicados como reservorios de las especies de *Leishmania*.

En zonas andinas, se ha encontrado infectado al perro doméstico y a una gran variedad de roedores. En varios estudios concuerdan, que los parásitos aislados en el hombre y en la rata pertenecen a la misma especie.¹³

En América del Sur se han encontrado como reservorios de la *L. amazonensis* a los marsupiales y principalmente a los roedores; de la *L. guyanensis*, al perezoso y marsupiales; de la *L. brasiliensis*, a perros y equinos.²⁷⁻²⁸

TRANSMISIÓN

Todas las especies de *Lutzomyia* pueden ser potencialmente vectores. Las que pican al humano para alimentarse son capaces de transmitir la enfermedad, mientras que las que nunca o solo

ocasionalmente pican al hombre juegan un papel fundamental en el mantenimiento de las leishmanias en los reservorios.¹³ Las especies silvestres solo ataca a los hombres que penetran en su hábitat. Existen algunas que se adaptan al domicilio humano. La transmisión de la enfermedad está a cargo de las hembras.

FISIOPATOLOGÍA

Tanto el parásito como el huésped intervienen en el desarrollo de la infección. Las leishmanias son capaces de infectar y sobrevivir dentro de los macrófagos. En el humano hay fenotipos sensibles y resistentes. Las lesiones que curan espontáneamente están asociadas con una respuesta positiva de las células T antígeno específicas. Los promastigotes cuando son inoculados, para escapar de la respuesta inmune inespecífica del huésped, penetran en los macrófagos. Otros promastigotes no migran hacia los macrófagos, sino que permanecen en el espacio intercelular y activan el complemento por la vía alterna, e inician la acumulación de neutrófilos y macrófagos. La proteína C3 del complemento se deposita en la superficie del protozooario y reconoce ciertos receptores de membrana del macrófago para facilitar su adhesión. Una vez que los promastigotes se fijan al macrófago son encapsulados en una vacuola, que se une a los lisosomas los mismos que contienen enzimas proteolíticas que son capaces de digerir las leishmanias. A pesar de ello, los parásitos pueden resistir a la agresión y dividirse dentro de las vacuolas hasta que los macrófagos infectados pierdan su función, mueran y liberen amastigotes que a su vez pueden atacar otras células.

Las que si son destruidas por los macrófagos liberan antígenos específicos. La importancia de la piel como sitio inmunorregulatorio en las tres formas clásicas de leishmaniasis es crucial en la determinación de la respuesta inmune relacionada al tipo de citoquinas generado contra los

parásitos de leishmania. La remisión de la infección y la protección contra una nueva infección está regulada por el crecimiento poblacional de los T helper CD4+ leishmania específicos tipo Th1 que producen IFN, este último activa a los macrófagos.¹⁸

El principal mecanismo inmune que tiene el huésped frente a la leishmania es la activación de los macrófagos por el IFN. La ausencia del mismo es responsable de la forma visceral y cutánea difusa. En la forma cutánea americana, se produce IFN en respuesta a antígenos de las leishmanias. Existe la posibilidad de que la instauración y progreso de la enfermedad dependa de la desregulación de estas células. Varios estudios reportan la importancia de las interacciones entre los microorganismos y las células dendríticas y el rol central de estas células en la iniciación y regulación de la respuesta inmune antimicrobial.²⁰

ASPECTOS CLÍNICOS

Las manifestaciones son variables y se encuentran asociadas a la cepa de leishmania infectante, y el sistema inmunitario del hombre. Se diferencian cuatro formas clínicas: 1) leishmaniasis cutánea; 2) leishmaniasis mucocutánea; 3) leishmaniasis cutánea difusa y 4) leishmaniasis visceral. El 70% a 80% de los casos reportados corresponde a la forma cutánea y el 10% a 20%, a la forma mucocutánea.

LEISHMANIASIS CUTÁNEA

La aparición de las lesiones cutáneas se encuentra relacionada con la picadura del mosquito en personas que viven en áreas endémicas. Como media, se habla de un período de incubación entre 7 y 21 días. Transcurrido este tiempo aparece una pequeña lesión inicial, que suele localizarse en regiones descubiertas del cuerpo, sobretodo en cara y piernas. La característica típica de la lesión es un eritema circunscrito, generalmente pruriginoso, seguido por una pápula

de unos 3-5 mm de diámetro, en la que se pueden encontrar vesículas muy pequeñas; posteriormente puede presentarse una excoriación por el rascado, que se transforma en ulceración. En algunas ocasiones la lesión regresa espontáneamente y origina una fase de latencia sintomática prolongada. Factores como trauma en la zona puede activar una infección latente.¹⁰

Se ha identificado como signo temprano la aparición de nódulos linfáticos, en la región correspondiente. Más raros, son la presencia de pequeños cordones linfáticos infiltrados, palpables, entre la lesión primaria y el ganglio infartado. Esto puede considerarse como un 'complejo primario' que la mayoría de veces pasa desapercibido por su escasa intensidad, o sea una verdadera, pero diminuta, úlcera primaria acompañada por la infiltración linfática regional correspondiente.

Transcurridos varios días, la lesión inicial se ulcera espontáneamente y se cubre de exudado amarillento y adherente, que dará lugar a la costra. La úlcera es la lesión característica de la Leishmaniasis, aunque no la única, se caracteriza por serredondeada, indolora, con bordes bien definidos levantados y cortados en forma de sacabocado e indurada. Cuando la costra se cae se observa un fondo granulomatoso, limpio, con exudado seroso, sin sangrado activo. No hay signos inflamatorios. Si hay una infección bacteriana sobreagregada, se torna dolorosa, exudativa y purulenta. La piel alrededor de la lesión presenta aspecto y coloración normales.^{3,8}

En los primeros meses de evolución, la úlcera tiende a crecer hasta alcanzar su tamaño definitivo en relación al estado inmunológico del humano. Con frecuencia son afectados los ganglios linfáticos y se producen linfangitis y linfadenitis regionales. Las lesiones se estabilizan y a medida que empieza a prevalecer la respuesta inmunitaria, tiende a evolucionar a la curación

espontánea, en un período de seis meses a tres años.³ Una pequeña cantidad de personas generan recidivas.

Las lesiones causadas por *L. mexicana* tienden a ser pequeñas y menos crónicas que las causadas por *L. brasiliensis*. La *L. peruviana* presenta principalmente formas papulofoliculares y nodulares dérmicas; en la leishmaniasis causada por *L. brasiliensis* predomina la forma ulcerosa franca.¹⁰ La causada por *L. guyanensis* origina úlceras múltiples, que sin tratamiento pueden extenderse por la cadena linfática de forma similar a la esporotricosis.³⁻¹²

Aunque menos comunes existen otras formas de lesiones como la impetiginóide, papulosa, verrucosa, nodular y mixta.

La leishmaniasis cutánea andina produce usualmente sólo lesiones cutáneas, pero se debe tener en cuenta que también pueden encontrarse afectadas mucosas por contigüidad de la lesión.

LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA

El cuadro se presentaría varios meses o años después haber cicatrizado la forma cutánea; suele aparecer cuando todavía existen lesiones en la piel. Tejada, en Cusco y Madre de Dios, encontró que el 47% de las manifestaciones mucosas se inició uno a dos años después de iniciada la enfermedad cutánea; el 24%, a los dos años, y 20%, entre los 3 y 5 años.⁵⁰ Pessoa y col., en Brasil, afirman que el 70% de las lesiones surge en los primeros 5 años después de la aparición de la lesión cutánea. En el 45%, las manifestaciones son primarias, sin antecedente de lesión cutánea, lo que probablemente ocurrió es que la lesión cutánea fue tan pequeña que pasó desapercibida para el paciente.

Las lesiones inician con predominio a nivel del tabique nasal región cartilaginosa sin llegar a la parte ósea de la nariz. Durante los primeros días solo presentará un incremento en la secreción mucosa similar a un cuadro gripal o alérgico. A continuación, ocurrirá la inflamación de la mucosa, la misma que se torna eritematosa, edematosa y dolorosa; la lesión se profundiza y produce una pericondritis.

Cuando el cuadro está avanzado, la mucosa se ulcera, se compromete el cartílago y se produce la perforación del tabique, puede terminar en la caída de la punta de la nariz. El eritema, edema y la infiltración producen aumento del volumen de la punta de la nariz y el ala, que puede sobrepasar el surco nasogeniano, a este cambio morfológico se lo conoce como 'nariz de tapir'. La perforación del tabique nasal y el achatamiento de la nariz sin ulceración son propias de la leishmaniasis mucocutánea.³²

Si la enfermedad continua puede llegar a afectar al labio superior, paladar, pilares, úvula y la laringe. Las lesiones del paladar son frecuentemente proliferativas; la úvula suele hipertrofiarse, ulcerarse o destruirse; pero, las lesiones linguales son muy raras. Cuando se afecta la laringe, la voz es ronca, hay dificultad para respirar y deglutir los alimentos.

Esta forma, en los primeros años de su evolución, no afecta el estado general del paciente, sin embargo, se encuentra muy avanzada existe compromiso tanto físico como psicológico del paciente.³⁸

LEISHMANIASIS CUTÁNEA DIFUSA

Ocurre en un huésped con inmunosupresión celular. Se caracteriza por lesiones localizadas, de en placas o nódulos, que rápidamente se diseminan. La enfermedad no invade órganos internos.^{41,49,51}

Es causada por *L. aethiopica*. En América Central y Sudamérica es más comúnmente causada por la *L. mexicana amazonensis*.⁴¹

Histopatológicamente se muestra atrofia de la epidermis y granulomas.⁴¹ No presenta remisión espontánea y tiene tendencia a las recidivas a pesar del tratamiento adecuado.

LEISHMANIASIS VISCERAL

Enfermedad sistémica que compromete la vida, causada por el complejo *L. donovani*, *L. infantum*, y *L. chagasi*. Ocurre esporádicamente en áreas endémicas. Presenta un período de incubación de varios meses con una media de 6. En raras ocasiones se encuentran lesiones cutáneas, ya que no suelen ser percibidas.³³

Su inicio es insidioso, los síntomas principales son fiebre intermitente, esplenomegalia, hepatomegalia, y leucopenia con aumento relativo de monocitos. A medida que progresa la fiebre se transforma en persistente, se evidencia un deterioro progresivo del paciente. Existe una linfadenopatía generalizada, epistaxis, hemorragia gingival, edema y ascitis.

En relación al estado inmunológico, se ha establecido que el tipo visceral está asociado con anergia celular. El control de la leishmaniasis visceral depende de la capacidad de la respuesta Th1 y de las citoquinas liberadas tempranamente en el curso de la infección. Estudios recientes indican que la susceptibilidad está genéticamente determinada^{3,52-53}

DIAGNÓSTICO DE LEISHMANIASIS

Para establecer un diagnóstico certero debe cumplir con los siguientes criterios:

1. Antecedentes epidemiológicos,
2. Cuadro clínico sugestivo de leishmaniasis, y
3. Exámenes de laboratorio: métodos directos e indirectos ^{54,55}

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Es de gran importancia tomar en cuenta el lugar de procedencia del paciente, residencias anteriores, viajes realizados a zonas endémicas de leishmaniasis, ocupación.

Además, es útil indagar sobre la presencia de lesiones cutáneas anteriores que puedan haber sido catalogadas como leishmaniasis o no, las características y el tiempo en el que cicatrizaron.

CUADRO CLÍNICO

Las características clínicas varían de acuerdo a la especie, ambiente y a la respuesta inmunológica celular del hospedero. Las formas clínicas ya descritas corresponden a: leishmaniasis cutánea, mucocutánea, cutánea difusa y visceral.⁴⁵

DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

Los exámenes de laboratorio se agrupan en directos o parasitológicos e indirectos o inmunológicos.

MÉTODOS DIRECTOS O PARASITOLÓGICOS

Se presentan dos alternativas para la determinación de leishmaniasis cutánea. La primera que consiste en la visualización, en el frotis o en la histopatología, de amastigotes en tejidos infectados. La segunda opción es el aislamiento directo de los promastigotes en cultivos in vitro de las lesiones sospechosas.^{54, 55}

Otro método descrito pero muy poco utilizado es la inoculación de animales de laboratorio, a partir de los que se puede aislar y caracterizar a la Leishmania a través de PCR.

MÉTODOS INDIRECTOS O INMUNOLÓGICOS

Se basan en la detección de anticuerpos específicos contra Leishmania. Tiene sensibilidad y especificidad variable según forma clínica. Los más recomendados son: Inmunofluorescencia indirecta, Elisa, Inmunohistoquímica y Prueba de Montenegro.

DEFINICIÓN DE CASOS DE LEISHMANIASIS

- Caso probable. Caso de leishmaniasis diagnosticado bajo criterio clínico-epidemiológico, sin confirmación por exámenes de laboratorio.⁵⁴⁻⁵⁶
- Caso confirmado. Caso probable que sometido a exámenes parasitológico, inmunológico e histopatológico o el cultivo demuestra positividad a la infección por leishmania.^{54,56}

TRATAMIENTO

La historia del tratamiento de Leishmaniasis inicia en el año 1909 donde Gaspar Vianna utiliza tártaro emético obteniendo la cura de sus pacientes, sin embargo este ocasionaba innumerables efectos indecibles, por lo que en el año 1920 Bramachari, sintetiza el primer antimonial pentavalente. En la década de los 40 entra en el mercado farmacéutico los

antimoniales pentavalentes, el estibogluconato de sodio (Repodral/Pentostan) y N-metilglucamina (Glucantime).⁵⁴

Los esquemas de tratamiento deben ser aplicados de acuerdo a la forma clínica de leishmaniasis. En Ecuador se manejan dos líneas básicas de tratamiento: primera línea, con antimoniales pentavalentes, y la segunda línea, con Anfotericina B.

- Antimoniato de Meglumina: utilizado en las formas cutáneas y mucosas, dosis de 20mg/ Kg/día IM durante 20 días, se puede aumentar los días de tratamiento de acuerdo a la severidad de las lesiones.

Drogas alternativas

- Rifampicina, 600 mg/día, vía oral, por 3 a 4 semanas
- Anfotericina B, 0.5 mg/kg/día
- Dapsona, 3 mg/kg de peso/día, vía oral, por 3 a 4 semanas
- Ketoconazol, 600 mg/día, vía oral, por 4 semanas

Antimoniales

Los antimoniales, desde su aparición hasta el momento continúan siendo las drogas de elección para el tratamiento de las leishmaniasis. Existen dos sales de antimonio pentavalentes disponibles: el antimoniato de N-metilglucamina y el estibogluconato de sodio. Las dos son similares en eficacia y toxicidad. Sus mecanismos de acción no son bien conocidos, aunque se ha asociado a inhibición de la glicólisis y oxidación de los ácidos grasos.³⁶

El antimoniato de N-metilglucamina, es el fármaco más utilizado en América y Europa. Fármaco hidrosoluble, presentación ampollas de 5 mL en solución al 30% que contiene 1,5g de sal antimonial bruta que corresponde a 425 mg de antimonio.

El estibogluconato de sodio, contiene 30% de antimonio pentavalente. Utilizado como primera línea en países de habla inglesa, incluyendo los Estados Unidos. Se presenta en ampollas de 2mL/5 ml, que contienen 100 mg de antimonio en 1 ml. La dosis empleada es de 20 mg de antimonio/kg/día.

Entre los efectos adversos más importantes de estos incluyen astenia, náusea, vómito, mareo, mialgias, artralgias, inapetencia, epigastralgia, cefalea, mareos, palpitaciones, prurito y cardiotoxicidad, especialmente asociada a dosis altas y tiempo prolongado. También puede generar alteraciones de laboratorio que incluyen leucopenia, trombocitopenia, elevación de amilasas, lipasa y de transaminasas hepáticas.⁵⁷

Anfotericina B

Fármaco altamente lipofílico que actúa sobre los esteroides y fosfolípidos de las membranas utilizado como droga de segunda línea en el tratamiento de leishmaniasis.⁴⁴

Presentación: frascos de 50 mg. La dosis recomendada se inicia con 0,5 mg/kg/día y se aumenta gradualmente hasta 1 mg/kg/día en días alternos, sin sobrepasar la dosis de 50 mg por día. Se debe administrar hasta la remisión clínica.

Los efectos secundarios son alteraciones renales, anemia y convulsiones, puede causar hipopotasemia importante que está relacionada al desarrollo de insuficiencia cardíaca.

La anfotericina liposomal es menos tóxica que la anfotericina B.

Pentamicina

Fármaco de tercera elección en el tratamiento contra leishmaniasis, también usado en tripanosomiasis y pneumocistosis. Actúa inhibiendo la replicación del cinetoplasto. Debe ser utilizada como un medicamento alternativo en los casos que no responden a los antimoniales pentavalentes. La dosis recomendada es de 4mg/kg/día, vía intramuscular. La duración del tratamiento varía de 5 a más semanas, de acuerdo con la respuesta clínica.

Entre sus principales efectos adversos encontramos náuseas, vómitos, mareos, adinamia, Contraindicado en pacientes embarazadas, diabéticas, y cardiópatas

PREVENCIÓN Y CONTROL

Las estrategias de prevención van dirigidas directamente a tres componentes principales: control de la transmisión vectorial, vigilancia periódica de reservorios y a la atención a personas infectadas. Para el control de vectores se debe implementar acciones como la eliminación de criaderos de mosquitos, uso de métodos de barreras como rejillas metálicas, repelentes, uso de ropa adecuada para disminuir la exposición al vector. De igual forma el establecimiento de un sistema de investigación entomológica relacionada en la infestación de domicilios. También se debe realizar estudios epidemiológicos activos en reservorios salvajes y domésticos para la detección de Leishmania en ellos y de esta forma reportar posibles casos endémicos para de esta manera prevenir posibles brotes. En cuanto a la vigilancia entomológica se analiza la detección y eliminación de reinfestaciones y focos residuales en los vectores; y para la vigilancia epidemiológica se realiza diagnóstico precoz y tratamiento de casos agudos. Las

acciones deben tener continuidad temporal para evitar reinfestaciones y contigüidad geográfica, cubriendo todas las zonas de riesgo.³⁴ Se ha desarrollado la primera generación de vacunas que consiste en un lisado de Leishmania combinado con una baja concentración de BCG (bacilo de Calmette-Guerin) como coadyuvante. También se ha presentado vacunas basadas en moléculas recombinantes con el ADN de Leishmania.^{1, 10, 42}

CRITERIOS DE CURACIÓN

Se considera que una persona se ha curado de Leishmaniasis cuando ocurre la ausencia completa de signos y síntomas de la enfermedad y cicatrización de la úlcera cutánea en un término de 60 días posteriores al tratamiento completo. El presentar bordes eritematosos, induración posterior al período mencionado, implica persistencia de la infección.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. JUSTIFICACIÓN

Los datos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador muestran una tendencia estable de casos, media de 1.500 casos anuales de Leishmaniasis, desde hace 15 años atrás, así como su distribución tanto en las provincias de la Costa, Amazonía y valles de provincias andinas. Sin embargo, poco se conoce sobre la distribución geográfica del vector y sus reservorios, y por ende la aparición de nuevos casos en áreas consideradas libres de la enfermedad; que, de acuerdo a predicciones por el calentamiento global, estas enfermedades vectoriales se incrementarían en el futuro.

En el año 2015 se reportaron 52 casos de Leishmaniasis cutánea en el hospital Dermatológico Gonzalo González, los mismos que han sido referidos de distintas zonas del país, sobre todo de las implicadas en la presente investigación, no todos con diagnóstico y muchos de ellos con tratamientos subterapéuticos, por lo que considero importante evaluar el nivel de conocimientos del personal médico de zonas endémicas del país y compararlas entre ellas para de esta manera tratar de mejorar la atención del paciente.

3.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe diferencia en el nivel de conocimientos sobre Leishmaniasis cutánea entre el personal médico de los 6 centros de salud del área Pedro Vicente Maldonado y el personal médico de los 4 centros de salud del área Santo Domingo de los Tsáchilas?

3.3. OBJETIVOS

General

- Determinar el nivel de conocimientos sobre Leishmaniasis cutánea y comparar el mismo entre el personal médico de zonas endémicas del primer nivel de salud, mediante la utilización de una encuesta, para llegar a encontrar las falencias en sus conocimientos y posteriormente proponer medidas para corregirlas.

Específicos

- Conocer el nivel de conocimiento sobre Leishmaniasis cutánea del personal médico del Área de salud Pedro Vicente Maldonado.
- Conocer el nivel de conocimiento sobre Leishmaniasis cutánea del personal médico del Área de salud Santo Domingo de los Tsáchilas.
- Determinar si entre el personal médico del Área de salud Pedro Vicente Maldonado y el personal médico del Área de Salud Santo Domingo de los Tsáchilas; muestran diferencias en su conocimiento sobre Leishmaniasis cutánea.

3.4. HIPÓTESIS

- El personal médico tiene escaso conocimiento sobre Leishmaniasis cutánea.
- Existe diferencia de conocimiento entre el personal médico del primer nivel de salud de Pedro Vicente Maldonado y Santo Domingo de los Tsáchilas.

	demuestra la leishmania.	Incorrecto	cutánea que a los exámenes (parasitológico, inmunológico, histopatológico o cultivo) demuestra la leishmania.
Tratamiento Fármaco de elección	Fármaco que ha sido seleccionado sobre la base de su eficacia.	Correcto Incorrecto	Sales de antimonio pentavalente
Dosis del Antimonio de Meglumina	Cantidad de principio activo de un medicamento, expresado en unidades de volumen o peso por unidad de toma, que se administra de una vez.	Correcto Incorrecto	20mg/kg/día por 20 días.
Vía de administración del Antimonio de	Camino que se elige para hacer llegar un fármaco hasta su punto final de destino: la diana celular.	Correcto	Intramuscular o intravenoso

Meglumina		Incorrecto	
Tratamiento en mujeres embarazadas	Tratamiento utilizado en un grupo de riesgo.	Correcto Incorrecto	Ninguno
Exámenes necesarios en pacientes mayores de 45 años	Exámenes que nos permiten evaluar condiciones internas del paciente.	Correcto Incorrecto	Electrocardiograma, pruebas de función renal, pancreática y hepática.
Criterios de curación	Criterios que demuestran que un paciente está libre de enfermedad.	Correcto	Ausencia completa de signos y síntomas de la enfermedad y en la cicatrización de la úlcera cutánea en un término de 60 días posteriores al tratamiento completo.

		Incorrecto	
<p> Criterios de referencia </p>	<p> Condiciones del paciente que requieren una atención especializada. </p>	<p> Correcto </p>	<p> En el nivel de referencia se debe dar tratamiento en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con diagnóstico de Leishmaniasis visceral. • Pacientes con lesiones mucosas o cutáneas extensas. • Pacientes con alteraciones en pruebas hepáticas, renales o electrocardiográficas. • Pacientes que no respondan adecuadamente a los esquemas de </p>

		Incorrecto	tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes mayores que presenten enfermedad cardiovascular.
--	--	------------	--

3.6. MUESTRA

Universo

El personal médico del área de salud Santo Domingo de los Tsáchilas; personal médico del área de salud Pedro Vicente Maldonado.

El universo está compuesto por 31 médicos generales. De los cuales 16 médicos forman parte de los centros de salud del área Pedro Vicente Maldonado; y 15 médicos forman parte de los centros de salud de Santo Domingo de los Tsáchilas.

Criterios de inclusión

- Personal médico de los centros de salud del Área Santo Domingo de los Tsáchilas que deseen participar en el estudio.
- Personal médico de los centros de salud del Área Pedro Vicente Maldonado que desee participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Personal médico de los centros de salud del Área Santo Domingo de los Tsáchilas que no deseen participar en el estudio.
- Personal médico de los centros de salud del Área Pedro Vicente Maldonado que no desee participar en el estudio.

3.7. TIPO DE ESTUDIO:

Estudio descriptivo transversal analítico.

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El material e instrumentos utilizados para la recolección de datos en esta investigación será por fuente primaria mediante un cuestionario (anexo 2) estructurado con preguntas sobre Leishmaniasis cutánea, el mismo fue creado por el autor de este trabajo de investigación, se realizó una prueba piloto previa a la utilización de la misma.

De acuerdo al número de respuestas correctas se calificará el nivel de conocimientos sobre Leishmaniasis cutánea de cada uno de los médicos, a través de la Escala de Estaninos.

3.9. ASPECTOS BIOÉTICOS

La información obtenida por medio de la encuesta será anónima, no se revelará bajo ninguna circunstancia, los datos personales del personal médico, solo se utilizará los datos relevantes que conciernen al estudio descrito. No existe ningún riesgo al que estén expuestos los participantes.

El desarrollo del estudio se realizará previa explicación de los fines del mismo, respetando la decisión tomada en caso de no querer participar en él. Los sujetos aptos para la investigación se reclutarán de manera libre en el personal médico de los centros de salud del área Pedro Vicente Maldonado; y el personal médico de los centros de salud del área Santo Domingo de los Tsáchilas.

CAPÍTULO IV

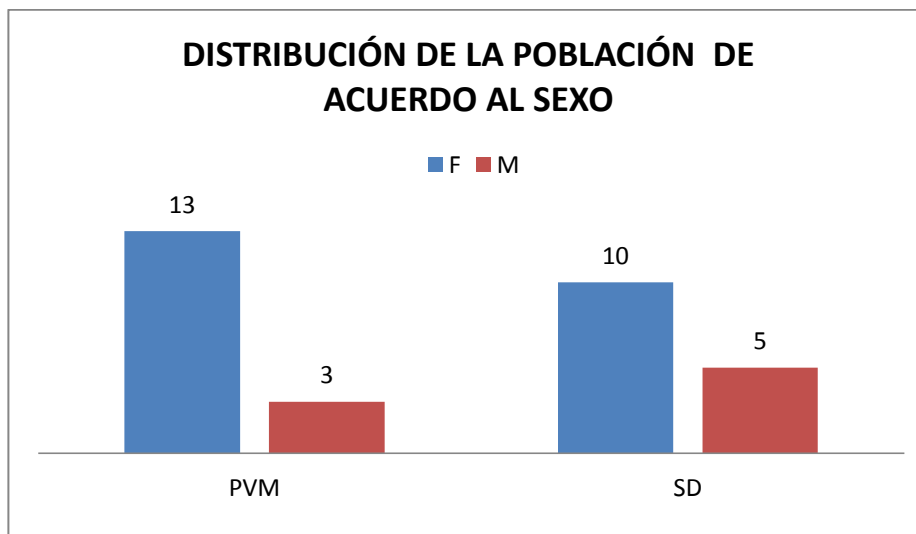
4. RESULTADOS

a. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

De un universo de 35 médicos pertenecientes a las áreas de Pedro Vicente Maldonado (PVM) y Santo Domingo de los Tsáchilas (SD) fueron encuestados 31, entre el 12 de agosto del 2015 y el 10 de septiembre del 2015.

b. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

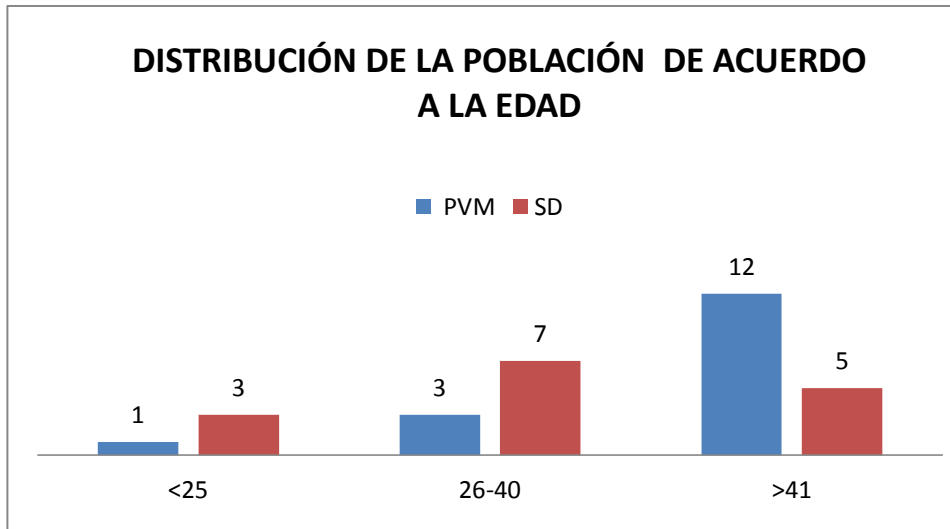
Gráfico 2: Distribución de la población estudiada de acuerdo al sexo



*Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.*

Como se muestra en la gráfica 2 fueron encuestadas 16 personas en Pedro Vicente Maldonado de las cuales 13 corresponden al sexo femenino, mientras que de los 15 encuestados en Santo Domingo de los Tsáchilas, 10 pertenecen a este grupo, evidenciándose así un predominio de este género representando el 74.19% del total de los encuestados.

Gráfico 3: Distribución de la población estudiada de acuerdo a la edad



*Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.*

Tabla 2: Tabla estadística de acuerdo a la edad de la población estudiada

	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
TIEMPO	31	42,87	33,044	5,935

*Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.*

En el gráfico 3 se evidencia la distribución de edad de la población encuestada, se encuentra un predominio en mayores de 41 años en el caso de Pedro Vicente Maldonado, mientras que en Santo Domingo la distribución es más uniforme con ligero predominio entre 26-40 años, con una media de edad en las dos zonas de 42.8 años.

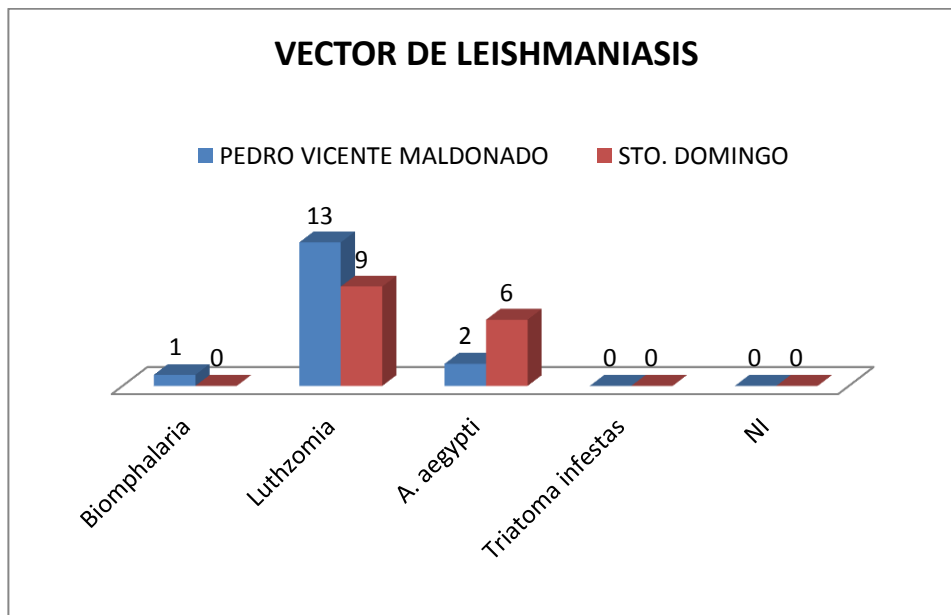
c. CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS ENCUESTADOS SOBRE LEISHMANIASIS

Para identificar el nivel de conocimientos sobre Leishmaniasis cutánea de los médicos pertenecientes a estas dos áreas de salud, se realizó una encuesta compuesta por 16 preguntas, las mismas que constaban de respuestas de opción múltiple que incluyen: generalidades, clínica, diagnóstico, y manejo de esta patología.

A continuación se muestra las preguntas que se incluyeron en la encuesta previamente mencionada.

PREGUNTA N1

Gráfico 3: Distribución de la población estudiada de acuerdo a su respuesta en relación al vector de la Leishmaniasis.

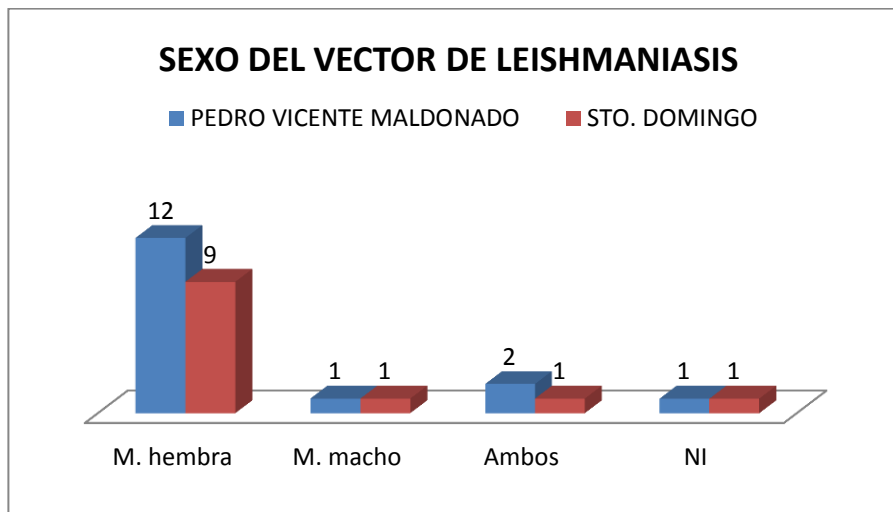


Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.

El 70.96% de los médicos respondieron Lutzomyia como vector de Leishmaniasis, siendo esta respuesta la correcta, un 59.09% de estos pertenecen a PVM, evidenciándose mayor conocimiento en esta zona en comparación con SD.

PREGUNTA N2

Gráfico 4: Distribución de la población estudiada de acuerdo a su respuesta en relación al sexo del vector de la Leishmaniasis.

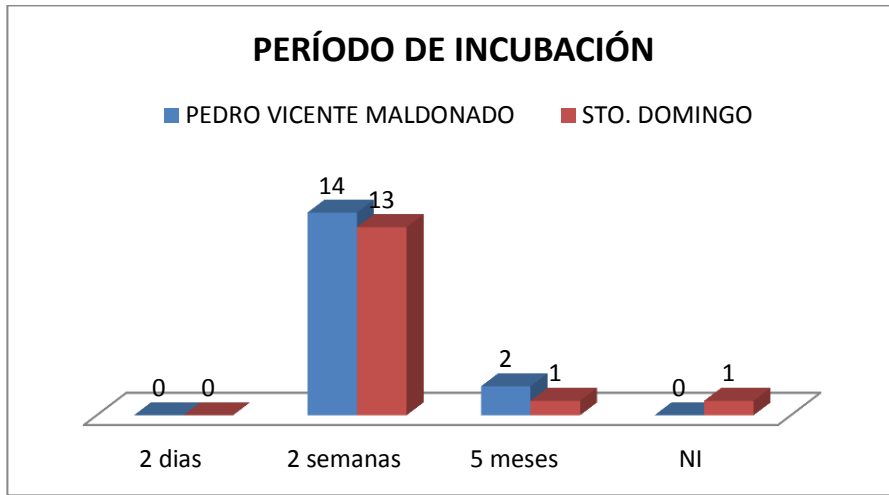


*Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.*

El 67.74% de los médicos respondieron correctamente sobre el sexo del vector que transmite la enfermedad, siendo esta mosquito hembra. El mayor número de respuestas correctas se evidencia en PVM con 12 médicos.

PREGUNTA N3

Gráfico 5: Distribución de la población estudiada de acuerdo a su respuesta en relación al período de incubación de la Leishmaniasis.

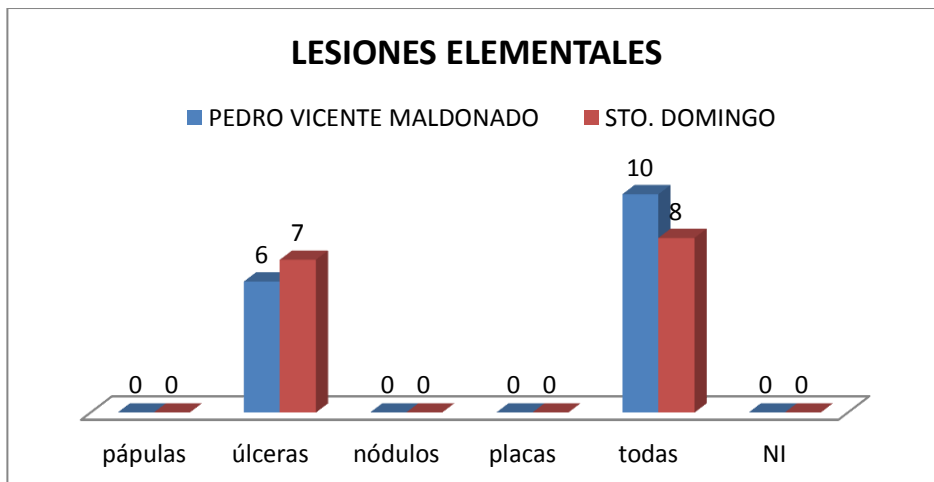


*Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.*

El 87.09% de los médicos respondieron 2 semanas como período de incubación de la enfermedad, siendo esta la respuesta correcta. El mayor número de respuestas correcta estuvo en PVM.

PREGUNTA N4

Gráfico 6: Distribución de la población estudiada de acuerdo a su respuesta en relación a las lesiones elementales de la Leishmaniasis.

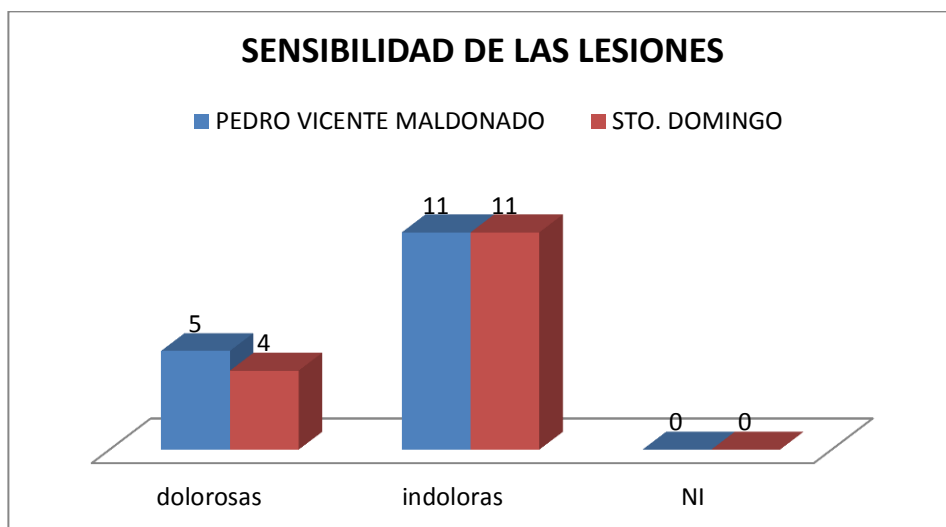


Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.

El 58.06% de los médicos respondieron correctamente acerca de las lesiones elementales de la Leishmaniasis cutánea, siendo estas pápulas, úlceras, nódulos y placas; un 32.25% corresponde a PVM.

PREGUNTA N5

Gráfico 7: Distribución de la población estudiada de acuerdo a su respuesta en relación a la sensibilidad de las lesiones características de Leishmaniasis.

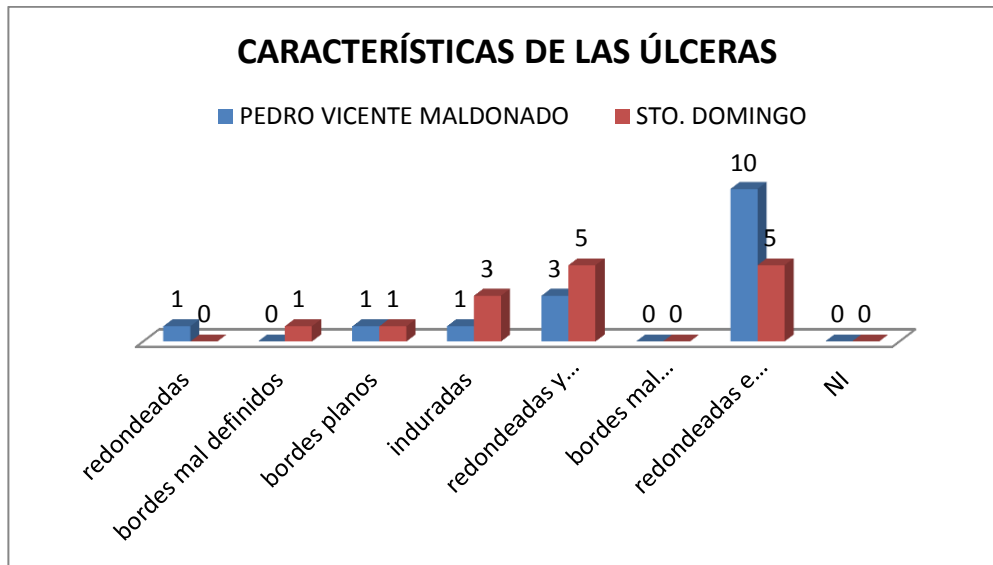


Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.

El 70.96% de los médicos respondieron correctamente asegurando que las lesiones de la Leishmaniasis cutánea son indoloras, en esta pregunta no se evidencia diferencia entre las 2 zonas en las respuestas acertadas.

PREGUNTA N6

Gráfico 8: Distribución de la población estudiada de acuerdo a su respuesta en relación a las características de las lesiones de la Leishmaniasis.

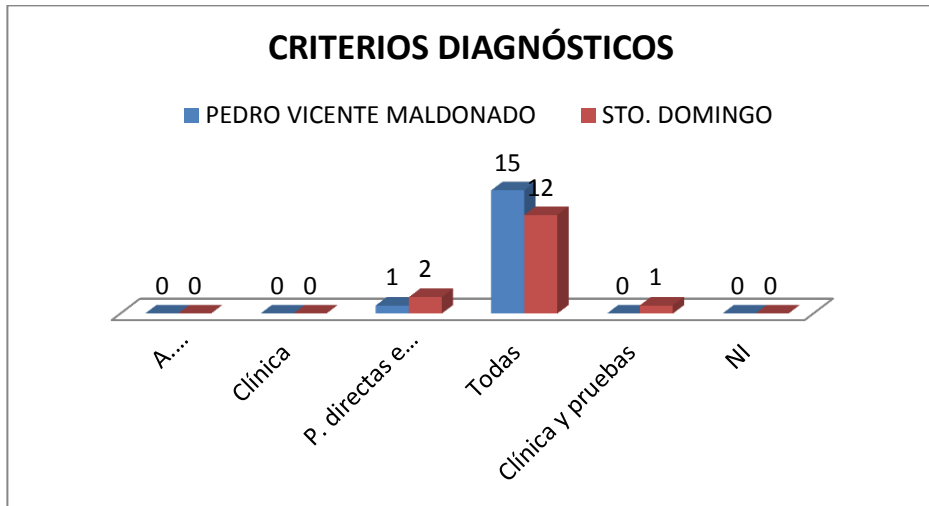


Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.

El 48.38% de los médicos respondieron que las características de las úlceras son redondeadas e induradas, siendo esta la respuesta correcta. El mayor número de respuestas correctas se evidencia en PVM.

PREGUNTA N7

Gráfico 9: Distribución de la población estudiada de acuerdo a su respuesta en relación a los criterios diagnósticos de Leishmaniasis cutánea.

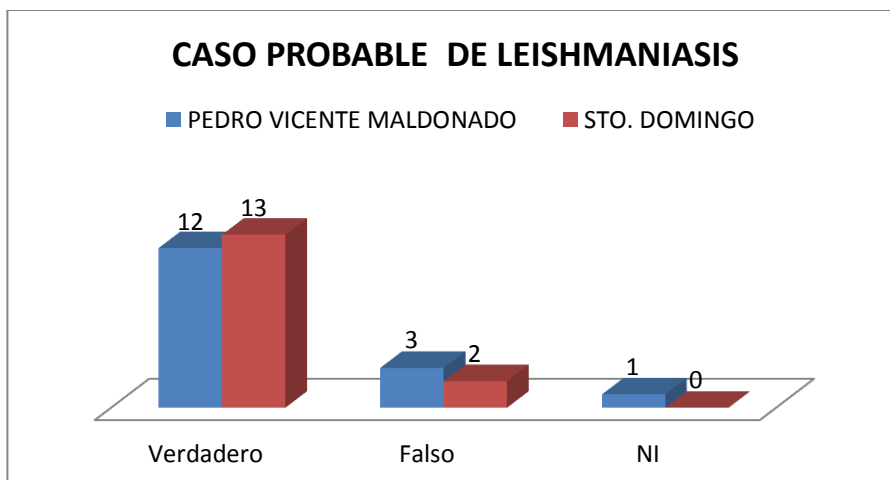


Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
 Elaborado por: Almeida P.

El 87.09% de los médicos respondieron que los criterios diagnósticos de Leishmaniasis cutánea son: agente epidemiológico, clínica y pruebas directas e indirectas, siendo esta la respuesta correcta. Se evidencia un predominio en PVM con un 48.38%.

PREGUNTA N 8.1

Gráfico 10: Distribución de la población estudiada de acuerdo a su respuesta en relación a la definición de caso probable de Leishmaniasis.

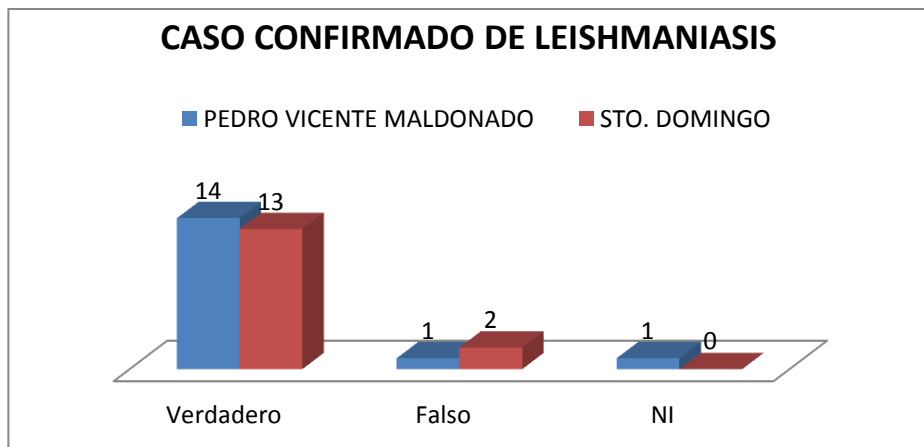


*Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.*

Se considera caso probable de Leishmaniasis al cuadro diagnosticado bajo criterio clínico-epidemiológico, sin confirmación por exámenes de laboratorio. En esta pregunta el 80.64% respondió de manera incorrecta, solo 3 médicos de PVM Y 2 de SD respondieron correctamente.

PREGUNTA N8.2

Gráfico 11: Distribución de la población estudiada de acuerdo a su respuesta en relación a la definición de caso confirmado de Leishmaniasis.



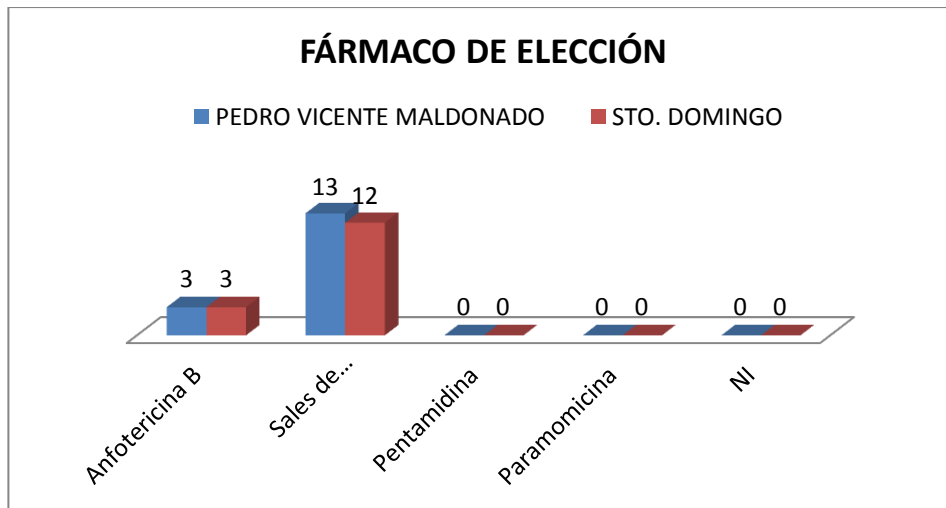
*Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.*

Todo caso probable de leishmaniasis cutánea que a los exámenes (parasitológico, inmunológico, histopatológico o cultivo) demuestra Leishmania.

El 81.09% de los médicos respondieron correctamente acerca de la definición de un caso confirmado de Leishmaniasis, siendo verdadero la respuesta correcta. La diferencia entre las 2 zonas es mínima, con un ligero predominio en PVM.

PREGUNTA N9

Gráfico 12: Distribución de la población estudiada de acuerdo a su respuesta en relación al fármaco de elección para el tratamiento de Leishmaniasis.

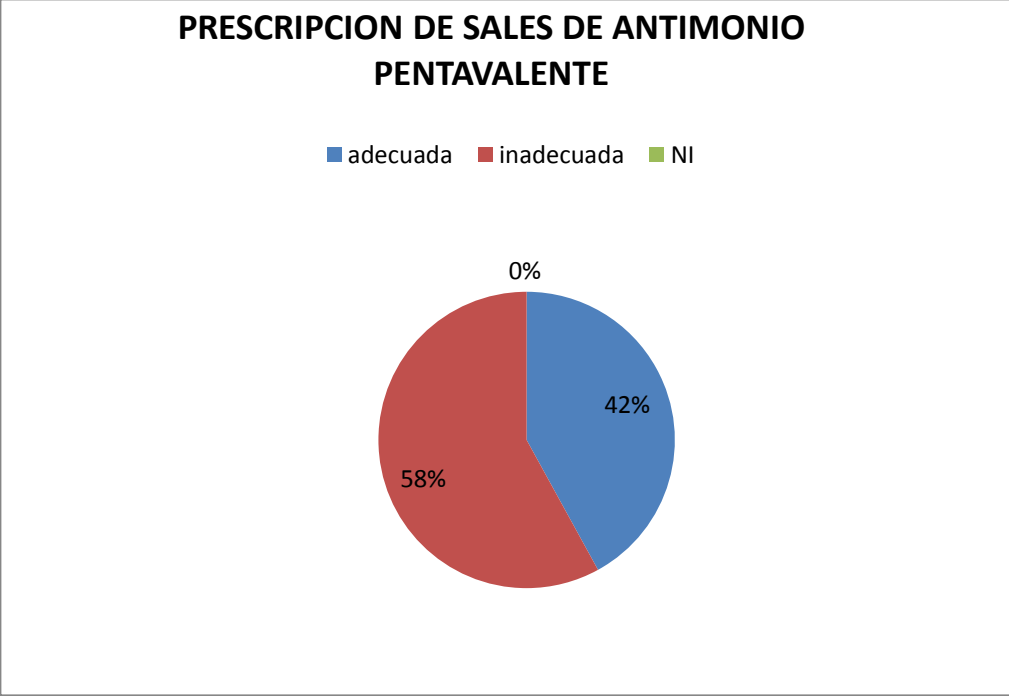


*Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.*

El 80.64% de los médicos respondieron correctamente eligiendo las Sales de Antimoniato Pentavalente como el fármaco de primera elección en el tratamiento de Leishmaniasis cutánea siendo mayor la cantidad de médicos pertenecientes a PVM.

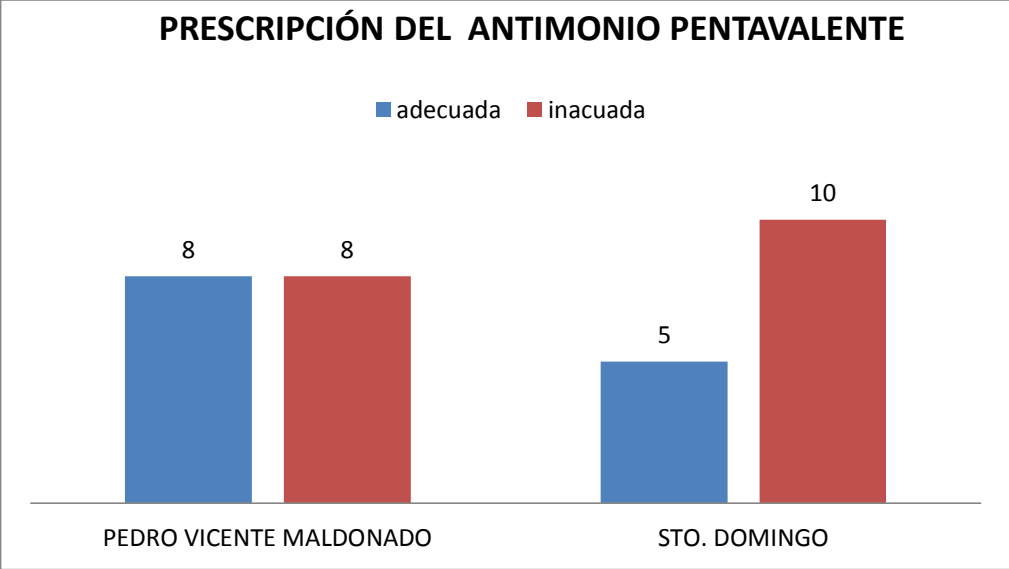
PREGUNTA N10

Gráfico 13: Distribución de la población estudiada de acuerdo a su respuesta en relación a la prescripción de sales de antimonio pentavalente para Leishmaniasis cutánea.



Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
 Elaborado por: Almeida P.

Gráfico 14: Distribución de la población estudiada por zonas de acuerdo a su respuesta en relación a la prescripción de sales de antimonio pentavalente para Leishmaniasis cutánea.

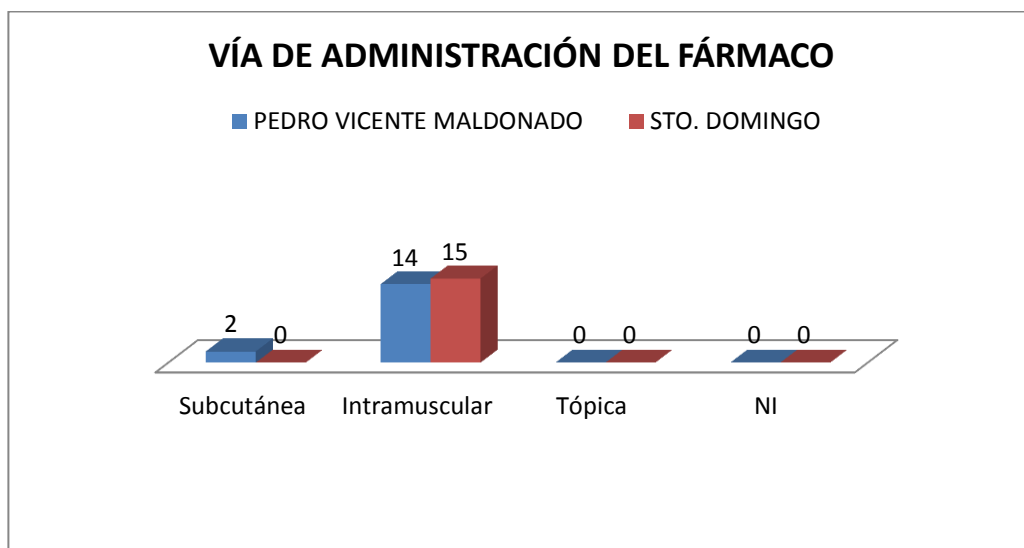


Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
 Elaborado por: Almeida P.

El 42% de los médicos respondió correctamente la prescripción de las sales de antimonio pentavalente para el tratamiento de Leishmaniasis cutánea, de ellos un 59% corresponde a Pedro Vicente Maldonado.

PREGUNTA N11

Gráfico 15: Distribución de la población estudiada de acuerdo a su respuesta en relación a la vía de administración de sales de antimonio pentavalente para Leishmaniasis cutánea.

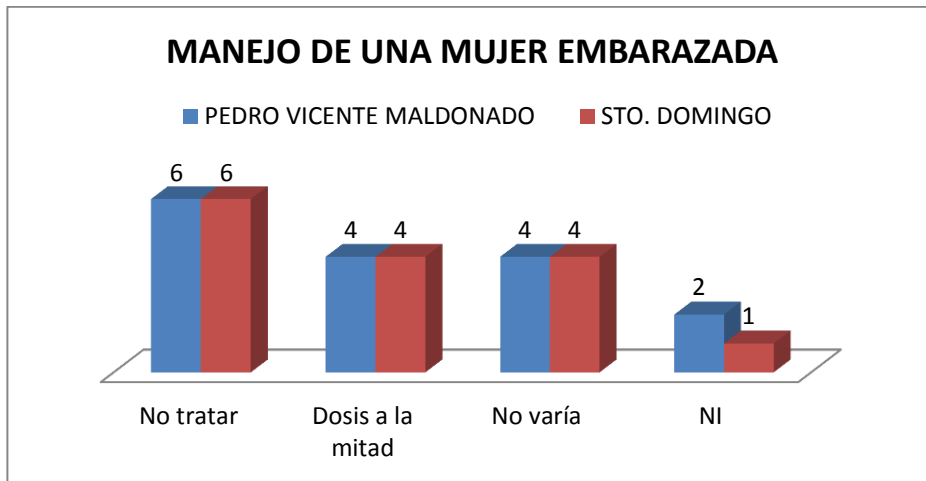


*Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.*

El 93.54% de los médicos respondieron correctamente acerca de la vía de administración del fármaco siendo esta intramuscular. De los médicos que respondieron correctamente 15 forman parte de SD y 14 de PVM.

PREGUNTA N12

Gráfico 16: Distribución de la población estudiada de acuerdo a su respuesta en relación al manejo de una mujer embarazada con Leishmaniasis cutánea.

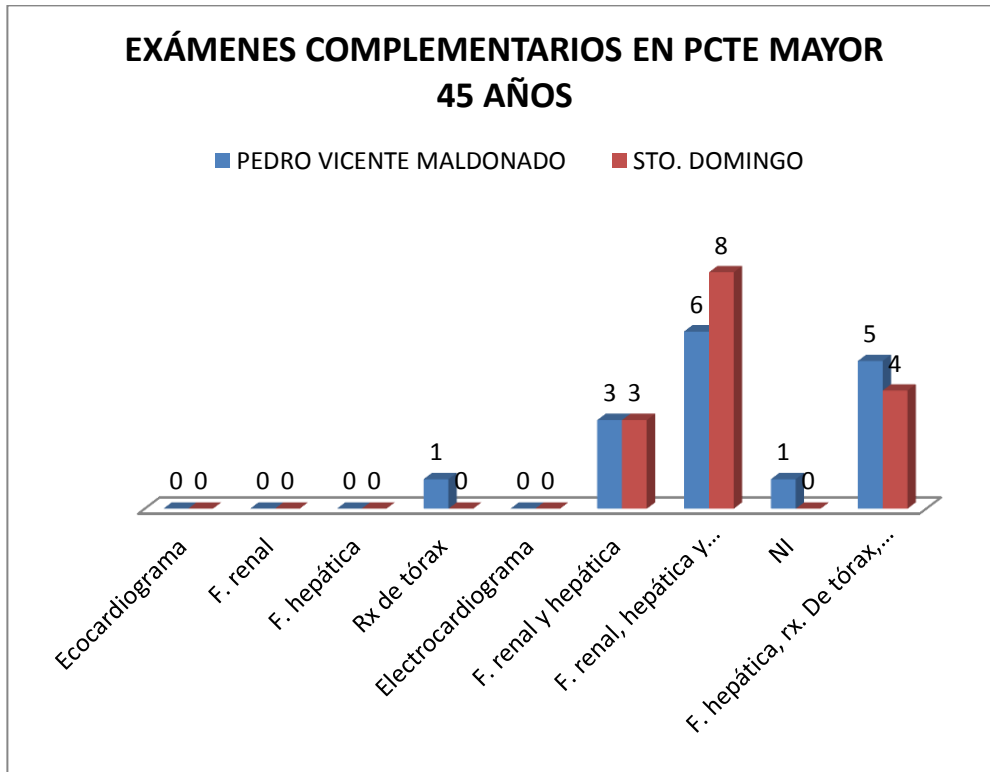


*Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.*

El 38.71% de los médicos respondieron que no se debe tratar mientras dure el embarazo, siendo esta la respuesta correcta; evidenciándose una distribución uniforme de las 2 zonas.

PREGUNTA N 13

Gráfico 17: Distribución de la población estudiada de acuerdo a su respuesta en relación a los exámenes complementarios en un paciente mayor de 45 años con Leishmaniasis cutánea.

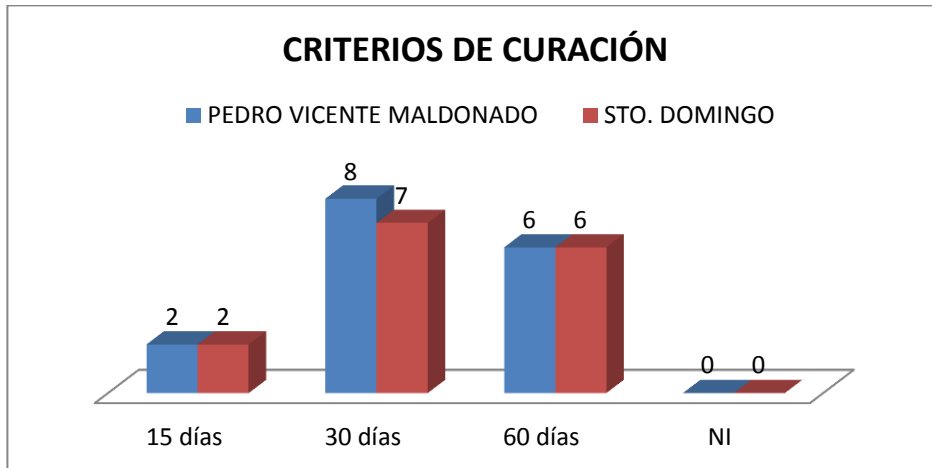


Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
 Elaborado por: Almeida P.

El 45.16% de los médicos respondieron correctamente sobre los exámenes complementarios que se debería hacer en un paciente mayor de 45 años con diagnóstico de Leishmaniasis cutánea, siendo estos electrocardiograma, función hepática y renal, dividiéndose de la siguiente manera 25.8% y 19.3% para SD y PVM respectivamente.

PREGUNTA N14

Gráfico 18: Distribución de la población estudiada de acuerdo a su respuesta en relación a los criterios de curación de Leishmaniasis cutánea.

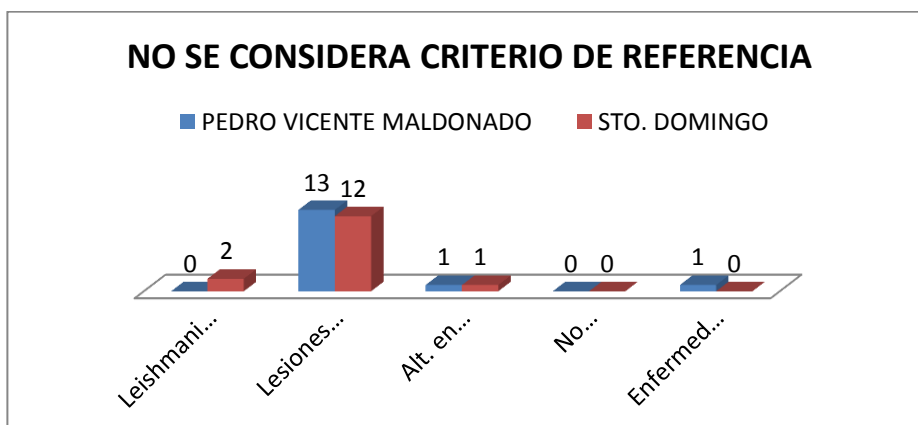


Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
 Elaborado por: Almeida P.

El 38.72% de los médicos respondieron correctamente como criterio de curación la ausencia completa de signos y síntomas de la enfermedad en un término de 60 días posteriores al tratamiento completo. El 61.28% restante respondió incorrectamente distribuyéndose de la siguiente manera 32.25% de PVM Y 29.03% de SD.

PREGUNTA N15

Gráfico 19: Distribución de la población estudiada por zonas de acuerdo a su respuesta en relación a la los criterios de referencia de Leishmaniasis cutánea.



*Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.*

El 80.64% de los médicos respondieron correctamente ya que las lesiones cutáneas no son criterio de referencia a un mayor nivel de complejidad, el 41.93% corresponde a PVM evidenciándose un ligero predominio en relación a SD.

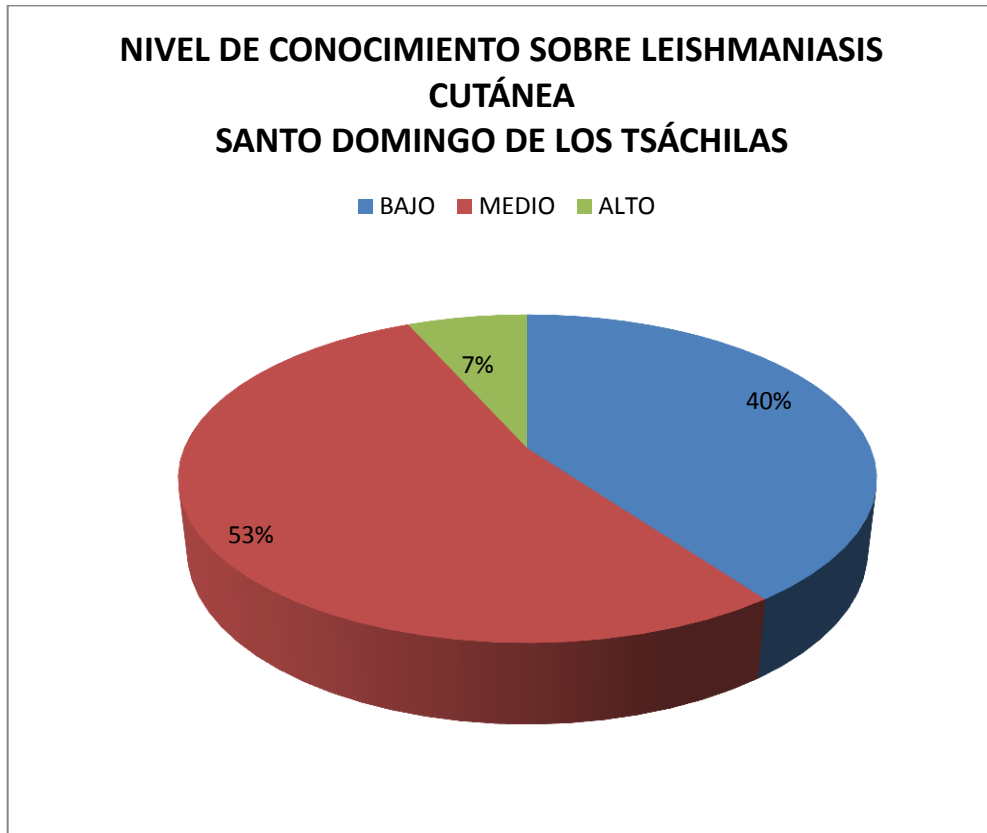
De acuerdo al número de respuestas correctas se calificó el nivel de conocimientos sobre Leishmaniasis cutánea de cada uno de los médicos. Para determinar este nivel se aplicó la Escala de Estatinos de la que se obtuvo la siguiente clasificación:

Tabla 3: Escala de Estatinos

CALIFICACION	PUNTAJE
Bajo	0 - 8
Medio	9 – 11
Alto	12 -16

En el caso de Santo Domingo de los Tsáchilas la distribución fue de la siguiente manera: un 7% obtuvo un puntaje alto, un 53% un intermedio y un 40% un puntaje bajo, evidenciándose un predominio medio bajo en el caso de esa zona, como se muestra en el Gráfico 20.

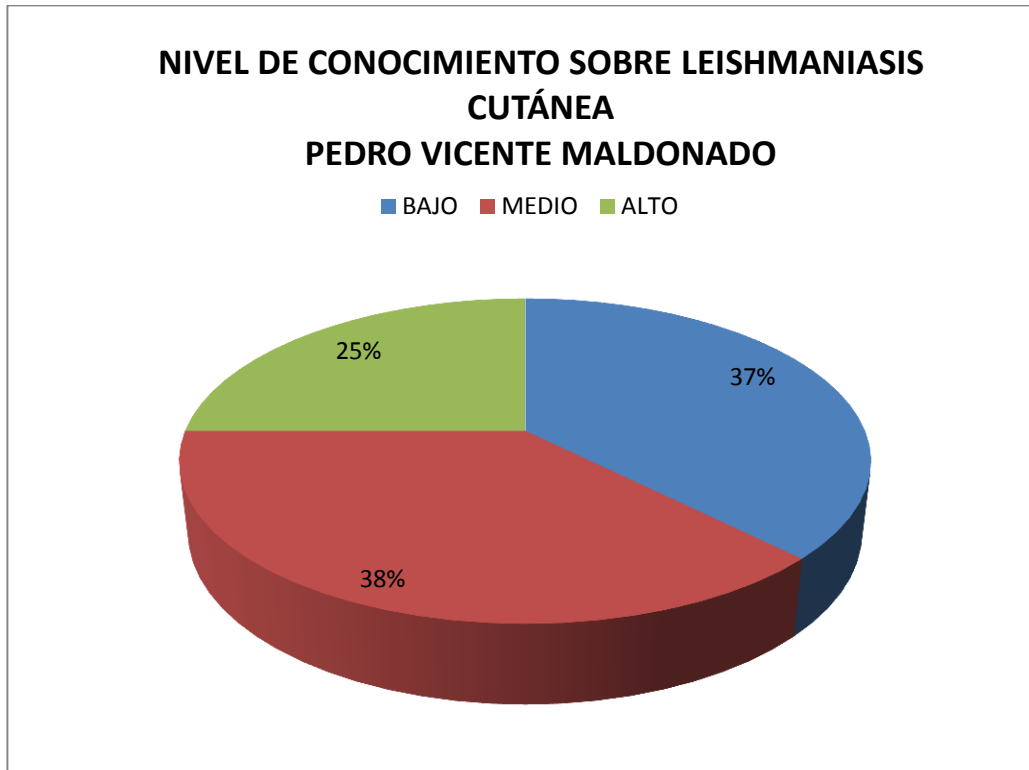
Gráfico 20: Distribución de la población estudiada de acuerdo al nivel de conocimientos sobre Leishmaniasis cutánea en Santo Domingo de los Tsáchilas



*Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.*

En el caso de Pedro Vicente Maldonado la distribución es un poco más equitativa, manteniéndose el predominio medio bajo, distribuyéndose de la siguiente manera: alto 25%, medio 38% y bajo 37%.

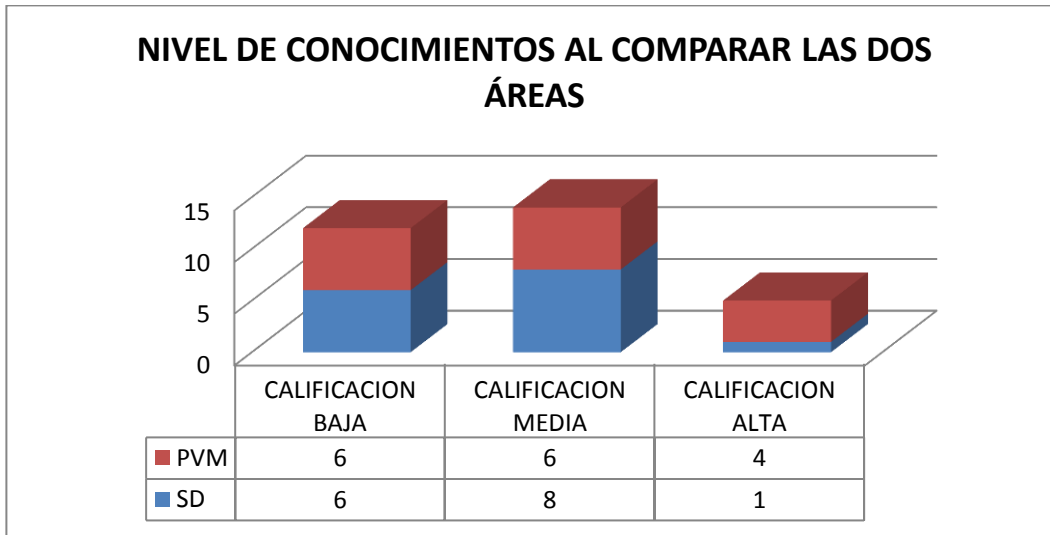
Gráfico 21: Distribución de la población estudiada de acuerdo al nivel de conocimientos sobre Leishmaniasis cutánea en Pedro Vicente Maldonado.



*Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.*

Al comparar el nivel de conocimientos entre las 2 poblaciones se evidencia un nivel más alto en Pedro Vicente Maldonado en relación a Santo Domingo de los Tsáchilas, sin embargo en general el nivel en los dos lugares tiene un predominio hacia la baja. La media se encuentra en 9.13 la misma que corresponde a un nivel de conocimiento medio.

Gráfico 22: Distribución de la población estudiada de acuerdo al nivel de conocimientos sobre Leishmaniasis cutánea al comparar las 2 zonas estudiadas.



*Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.*

Tabla 4: Tabla estadística de acuerdo a la puntuación obtenida por la población estudiada en relación al nivel de conocimientos sobre Leishmaniasis cutánea.

N	Válido	31
	Perdidos	0
Media		9,13
Mediana		9,00
Moda		9
Desviación estándar		2,012

*Fuente: Encuesta realizada a los médicos incluidos en el estudio
Elaborado por: Almeida P.*

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN DE LOS HALLAZGOS

En su conjunto, las diversas formas clínicas de la Leishmaniasis constituyen un serio problema de salud pública en el mundo. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, 350 millones de personas están en riesgo de contraer la infección, existen actualmente cerca de 12 millones de personas infectadas y cada año se presentan, aproximadamente, 2 millones de casos nuevos de las diferentes formas clínicas la leishmaniasis.³⁸ En la matriz de énfasis estratégico del programa de investigación en enfermedades tropicales de la OMS³⁹, la leishmaniasis está clasificada en la categoría I como una enfermedad emergente y sin control.

Los conocimientos sobre esta, síntomas, diagnóstico, así como la forma de administración de la terapia son un elemento clave para su manejo y por tanto, deben ser fortalecidos en todo aquel que se encuentran en contacto con personas que padecen esta enfermedad.

En relación a los conocimientos de los médicos, tan solo el 16.1% tiene un nivel de conocimiento alto sobre la misma, de estos el 80% corresponden a Pedro Vicente Maldonado, mientras un 20% a Santo Domingo de los Tsáchilas, evidenciándose gran diferencia entre estas dos zonas a pesar de ambas ser endémicas para esta enfermedad. Se observó que el 57% de los profesionales de la salud tuvo una prescripción incorrecta, valor que es similar a los resultados obtenidos en un estudio realizado en el Hospital Dermatológico Gonzalo González de la ciudad de Quito el cual evidencia una subdosificación en el 48.3% de los casos atendidos.

Al comparar las recomendaciones de la OMS con lo referido por los médicos incluidos en este estudio, se puede ver que existe una gran mayoría que aún desconoce el mismo a pesar de

trabajar frecuentemente con pacientes de este tipo, ya que el 100% de los encuestados aceptaron trabajar con pacientes con diagnóstico de Leishmaniasis cutánea.

Los resultados del estudio en estas dos zonas revelan la falta de conocimientos sobre esta patología, por lo que además de mejorar la concepción pedagógica de los programas académicos de formación de pregrado, es necesario incrementar las intervenciones educativas entre los profesionales de la salud. Para ello, se consideran diversas estrategias, entre las que destacan: la actualización, el reciclaje, la capacitación, la educación en salud y la educación médica continua. De esta forma, se podrá promover la competencia profesional para incrementar la calidad de la atención médica.

Respecto al futuro de la educación médica en el ámbito mundial, se han planteado algunas recomendaciones; una tendencia es la de adaptar la educación continua y el entrenamiento de los profesionales de la salud a las necesidades nacionales y regionales de educación médica en todos sus niveles. Además, se ha señalado la importancia de que los programas educativos concuerden con la realidad epidemiológica del país, así como con las políticas y los programas nacionales de salud.

La intervención educativa entre los profesionales de la salud es necesaria para promover un incremento en la cobertura de personas con Leishmaniasis cutánea, en conjunción con una gran variedad de propuestas alternativas también necesarias para disminuir las barreras de utilización de los servicios de atención médica. En el futuro será necesario realizar más estudios que conduzcan a revisar la formación académica de diversos profesionales de la salud, en términos no sólo de la calidad con la que son formados, sino también de los contenidos y habilidades descritos en sus planes y programas de estudio, que en teoría deben priorizar los principales problemas de salud pública, tanto en el ámbito regional como en el nacional.

En este trabajo se hace evidente la gran heterogeneidad que existe en el conocimiento que los profesionales de la salud tienen sobre esta patología.

La inclusión de profesionales de la salud con especialidad clínica en el aprendizaje se justifica, ya que a pesar de ser una enfermedad que debería ser resuelta en el primer nivel de salud, con un profesional de apoyo la atención mejoraría su calidad.

La intervención para introducir al profesional en el puesto que asume se define como la reproducción del conocimiento entre el personal que no tiene experiencia previa en un área específica, pero cuya actividad laboral le demanda tener conocimientos al respecto. Por su parte, la capacitación se refiere a poner en operación inmediatos conocimientos dirigidos a mejorar el desarrollo del trabajo. Otro término utilizado para la formación de profesionales de la salud es la educación en salud, que se define como el conjunto de acciones educativas, formales e informales, encaminadas a la formación de recursos humanos, indispensables para atender las necesidades que, en relación con el proceso salud-enfermedad, se generan en una población. Finalmente, la educación médica continua es la que conjunta a estas actividades educativas, organizándolas en cierta continuidad de tiempo; está dirigida al personal de salud que ya se encuentra en ejercicio y cuyo objetivo principal es el de completar su formación inicial.⁴¹

En todos los casos es fundamental definir las competencias laborales donde intervienen el conocimiento, actitudes y habilidades de realización que todo profesional debe tener respecto a la prevención y el tratamiento de Leishmaniasis; ello permitiría obtener un alto grado de flexibilidad y réplica en el proceso educativo, según las necesidades de los participantes y su campo de acción. Por sí misma, la educación médica continua se justifica: en primer lugar, en el campo de la medicina, alrededor de 50% de los conocimientos tienen una vigencia promedio

de 5 a 10 años, lo que hace necesaria la actualización para evitar la obsolescencia del conocimiento. En ese sentido, las políticas nacionales enfocadas a la acreditación de la competencia, obligan a una constante actualización. Asimismo, la curva del olvido es otro factor a considerar, aunado al hecho de que actualmente la oferta de conocimiento es cada vez mayor y al de que la incorporación temprana de este conocimiento a la práctica médica se presenta con más rapidez.²⁷

Es preciso señalar también que el desarrollo tecnológico en el área de las telecomunicaciones y la informática hace que el conocimiento esté al alcance no sólo de los profesionales, sino también de la población; así, una sociedad mejor informada exige mayor calidad en los servicios que recibe.²⁷

Finalmente, si se quiere dar respuesta a las necesidades de formación y actualización de los profesionales de la salud, es necesario: diversificar las opciones y estrategias educativas de acuerdo con el perfil profesional; privilegiar el desarrollo no sólo de conocimientos, destrezas y habilidades de realización, sino también de la creatividad en la elección de nuevas respuestas a sus prácticas, y sensibilizarlos ante un problema de salud pública potencialmente tratable como lo es la Leishmaniasis cutánea.

6. CONCLUSIONES

- El 100% de los médicos encuestados reconoce trabajar con pacientes diagnosticados de Leishmaniasis cutánea.
- De las 31 encuestas realizadas, el 51.7% corresponde a médicos de Pedro Vicente Maldonado mientras el 48.3% restante a Santo Domingo de los Tsáchilas, lo que

permite realizar una comparación entre dos muestras similares con realidades distintas.

- Se encontró un predominio del género femenino en los encuestados representando el 74.19%.
- Se evidencia una media de edad 42.8 años, el 54.8% de los médicos son mayores de 40 años.
- El 58% de los médicos respondió incorrectamente acerca de la prescripción de las sales de antimonio pentavalente para el tratamiento de Leishmaniasis cutánea, la misma que es comparable con un estudio realizado en un hospital de especialidad en el país.
- El nivel de conocimientos de las 2 zonas es medio de acuerdo a la escala de Estatinos, con una media de 9.13.
- Se encontró un nivel de conocimiento más alto en Pedro Vicente Maldonado en relación a Santo Domingo de los Tsáchilas.
- En relación a los conocimientos de los médicos, tan solo el 16.1% tiene un nivel de conocimiento alto sobre la misma, de estos el 80% corresponden a Pedro Vicente Maldonado, mientras un 20% a Santo Domingo de los Tsáchilas, evidenciándose gran diferencia entre estas 2 zonas a pesar de ambas ser endémicas para esta enfermedad.

7. RECOMENDACIONES

Al analizar los datos obtenidos en el presente estudio resulta evidente la necesidad de capacitación y actualización sobre el tema de Leishmaniasis cutánea hacia todo el personal de salud, especialmente a aquellos que trabajan en zonas endémicas del país. Se debería adaptar

una forma de educación continua y entrenamiento de los profesionales de la salud enfocado en las necesidades nacionales y regionales.

Crear programas educativos que concuerden con la realidad epidemiológica del país, así como con las políticas y programas nacionales de salud.

Evaluar continuamente a los profesionales de la salud con el fin de encontrar falencias y buscar soluciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Programa de Control de Enfermedades Transmisibles. Control de Malaria y OEM. Doctrina, Normas y Procedimientos para el control de Leishmaniasis en el Perú. Lima 2005:1-66.
2. Alvar J, Velez I, Bern C, Herrero M, Desjeux P. Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence. PLoS One. 2012; 7: e35671.
3. Alvar J, Yactayo S, Bern C. Leishmaniasis and poverty. Trends Parasitol 2008;22:552–557.
4. Maia-Elkhoury A, Carmo E, Sousa-Gomes M, Mota E. Analysis of cutaneous leishmaniasis reports by the capture method. Rev Sau Pub 2007; 41: 931-937.
5. Bejarano E, Sierra D, Vélez ID. New findings on the geographic distribution of the *L. verrucarum* group (Diptera: Psychodidae) in America. Biomédica. 2009; 3: 341-50.
6. Relatoría Pánel de expertos. Universidad Nacional, Min Protección Social. Bogotá septiembre 16 de 2005. Nivel de evidencia 5, grado de recomendación D.
7. Esperanza Martínez, Edgar Giménez. Manual de diagnóstico y tratamiento Leishmaniosis. Primera. Ministerio de salud pública y bienestar social. Asunción-Paraguay; 2011.
8. Turetz ML, Machado PR, Ko AI, Alves F, Bittencourt A, et al. Disseminated leishmaniasis: a new and emerging form of leishmaniasis observed in northeastern Brazil. J Infect Dis 2002;186:1829-1834.
9. World Health Assembly (2007).The World Health Assembly Resolution (WHA60.13) on the “Control of Leishmaniasis”.Geneva, Switzerland; 2007.

10. Pan American Health Organization / World Health Organization (2009).The 49th Directing Council (CD49.R19).Elimination of Neglected Diseases and Other Poverty-Related Infections.Washington DC; PAHO; 2009.
11. Gonzalez U, Pinart M, Rengifo-Pardo M, Macaya A, Alvar J. Interventions for American cutaneous and mucocutaneousleishmaniasis. Cochrane Database Syst Rev 2009 :CD004834.
12. Oliveira LF, Schubach AO, Martins MM, Passos SL, Oliveira RV, et al. Systematic review of the adverse effects of cutaneous leishmaniasis treatment in the New World.Acta Trop 2011;118: 87-96.
13. Almeida OLS, Santos JB. Advances in the treatment of cutaneous leishmaniasis in the New World in the last ten years: a systematic review. An Bras Dermatol 2011;86:497-506.
14. Seiffert K. Structures, targets and recent approaches in antileishmanial drug discovery and development. The open medicinal chemistry journal 2011;5:31-39.
15. Amato VS, Tuon FF, Siqueira AM, Nicodemo AC, Neto VA. Treatment of cutaneous leishmaniasis in Latin America: systematic review. Am J Trop Med Hyg 2007;77:266-274.
16. Romero GA, Boelaert M. Control of visceral leishmaniasis in latinamerica-a systematic review. PLoSNegl Trop Dis. 2010;4(1):e584.
17. Tuon FF, Amato VS, Graf ME, Siqueira AM, Nicodemo AC, Amato Neto V. Treatment of New World cutaneous leishmaniasis--a systematic review with a meta-analysis. Int J Dermatol. 2008;47(2):109-24.

18. Reveiz L, Maia-Elkhoury ANS, Nicholls RS, Sierra Romero GA, Yadon ZE (2013) Interventions for American Cutaneous and Mucocutaneous Leishmaniasis: A Systematic Review Update. PLoS ONE 8(4):e61843. doi:10.1371/ journal.pone.0061843.
19. Subsecretaria de Vigilancia de la Salud Pública. Gaceta epidemiológica semanal No. 14 Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica Viernes 10 de Abril 2015.
20. Machado Pinto S, Azulay R.D. Leishmaniasis. in: Tyring S K, Lupi O, Hengge U.R. editors . Tropical Dermatology. Elsevier Churchill Livingstone; 2006. P. 41 - 48.
21. Faber WR, Oskam L, van Gool T, Kroon NC, Kneegt-Junk KJ, Hofwegen H, van der Wal AC, Kager PA.. Value of diagnostic techniques for cutaneous leishmaniasis .J Am Acad Dermatol. 2003;49:70-4
22. Sánchez L, Sáenz E, Chávez M. Leishmaniasis en Dermatología: Infectología y Piel. Lima: Mad Corp Editores e Impresores, 2000:201-7.
23. Ministerio de Salud. Oficina General de Epidemiología. Módulos Técnicos. Serie de Monografías. Leishmaniasis. Lima, Perú. 2000:08-83.
24. Vidyashankar C, Noel GJ. Leishmaniasis. eMedicine Journal 2002; 3:1-19[STANDARDIZEDENDPARAG]
25. Grimaldi G, Tesh R, McMahon-Pratt D. A review of the geographic distribution and epidemiology of leishmaniasis in the new world. Am J Trop Med Hyg 2009; 41:697-725.
26. Neyra D. Las leishmaniasis en el Perú. Folia Dermatol 2007; 8:51-5[STANDARDIZEDENDPARAG]
27. Lucas C, Franke A, Cachay M, et al. Geographic distribution and clinical description of leishmaniasis cases in Peru. Am J Trop Med Hyg 1998; 59:312-7.

28. León LA, León R. Las Rinopatías en la leishmaniasis tegumentaria americana. Quito: Ed. Universitaria, 1993:3-16.
29. León LA, León R. Paleopatología Dermatológica Ecuatoriana. Med Rev Mex. Separata 2003; 53:33-48.
30. Pesce H. Tropicales: Leishmaniasis tegumentaria. Separatas.2005; 1-13.
31. Herrer A. Simposium sobre leishmaniasis tegumentaria americana. Consideraciones sobre el reservorio. Rev Vier Med 2009; 6:22-35.
32. Lucas CM, Franke ED, Cachay MI, et al. Leishmania (viannia) lainsoni: first isolation in Peru. Am J Trop Med Hyg 1994; 51:533-7.
33. Bonfante R, Barruela S. Leishmanias y Leishmaniasis en América con especial referencia a Venezuela. Caracas: Tipografía y Litografía Horizonte C.A. 2002[STANDARDIZEDENDPARAG]
34. De Gopugui MR, Ruiz R. Leishmaniasis: a re-emerging zoonosis. Int J Dermatol 2003; 37:801-14.
35. Lainson R, Shaw J, Silveira F, De Souza A, Braga R, Ishikawa E. The dermal leishmaniasis of Brazil, with special reference to the eco-epidemiology of the disease in Amazonia. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2004; 89: 435-43.
36. Lainson R. On Leishmania enriettii and other enigmatic Leishmania species of the neotropics. Memorias del Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2007; 92: 377-387.
37. Hall LR, Titus RG. Sand fly vector saliva selectively modulates macrophage functions that inhibit killing of Leishmania major and nitric oxide production. J Immunol 1995; 155:3501

38. Organización Mundial de la Salud. Control de leishmaniasis. Resolución No. EB 118.R3 del Consejo Ejecutivo de la OMS en sesión del 30 de mayo de 2006. [Consultado: 8 de agosto de 2006]. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB118/B118_R3-sp.pdf.
39. Remme JHF, Blas E, Chitsulo L, Desjeux PMP, Engers HD, Kanyok TP et al. Strategic emphases for tropical disease research: a TDR perspective. Trends Parasitol 2002;18:421-6. [Consultado: 8 de agosto de 2006]. Disponible en: http://www.who.int/tdr/publications/publications/pdf/strategic_emphases.pdf.
40. Zambrano P. Informe de leishmaniasis, Colombia, semanas 1 a 52 de 2005. Inf Quinc Epidemiol Nac 2006;11:40-3. [Consultado: 8 de agosto de 2006]. Disponible en: http://www.ins.gov.co/iquen/2006_iqen_03.pdf
41. Ministerio de la Protección Social. Resolución No. 2004 de 2005 del 30 de junio de 2005. [Consultado: 14 de agosto de 2006]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo595002.pdf> 5.
42. Ministerio de la Protección Social. Resolución No. 3831 de 2005. 1 de noviembre de 2005. [Consultado: 14 de agosto de 2006]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo632301.pdf>
43. Magill AJ. Epidemiology of the leishmaniasis. Dermatol Clin 1995; 13:505-23.
44. Pearson R, Queiroz Souza A. Especies de Leishmania: Leishmaniasis visceral, cutánea y mucosa. En: Mandell, Douglas, Benett. Enfermedades infecciosas, principios y práctica. 4ta ed. Buenos Aires: Panamericana Ed, 1997:2724-35.

45. Tremblay M, Oliver M, Bernier R. Leishmania and the pathogenesis of HIV infection. *Parasitol Today* 1996; 12:257-61.
46. Hall BF, Gramiccia M, Gradoni L, et al. Strategies of obligate intracellular parasites for evading host defenses. *Parasitol Today*, 1991;12: A22-A27.
47. Herrer A. *Lutzomya peruensis* (Shannon, 1929) Possible vector natural de la uta (leishmaniasis tegumentaria). *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 2002; 24:178-82.
48. Tejada A, Cáceres A, Miranda J, y col. Vectores de la leishmaniasis tegumentaria en el valle del Rímac. *An Fac Med* 2003; 64:218-22.
49. Cáceres A. Especies de *Lutzomyia* (Diptera: Psychodidae, Phlebotominae) vectores de la uta en el Perú. *Rev Per Inf* 2005;38:23-26.
50. Cáceres A, Galato E, Pinto J, y col. Psychodidae (Diptera) del Perú: Phlebotominae en Huanuco, Pasco y Cusco, su relación con la enfermedad de Carrión y la leishmaniasis tegumentaria. *Rev Per Biol* 2000;7:27-43.
51. Salazar R, Salazar J, Durand W, y col. Distribución geográfica (Diptera: Psychodidae) en el ámbito de la Dirección Regional de Salud Ancash 2000-2001. *Rev Per Med Exp Salud Pública* 2009; 19-S17.
52. Ministerio de Salud de Brasil. Fundación Nacional de Salud. Guía de control de la leishmaniasis tegumentaria americana. Brasil. 1991.
53. Ministerio de Salud de Brasil. Fundación Nacional de Salud. Leishmaniasis tegumentaria americana en el Brasil. Cuaderno Informativo destinado a los trabajadores de salud. Brasil. 1996.
54. Roberts LJ, Hadman E, Foote SJ. Leishmaniasis. *Br Med J* 2000; 321:801-4.

55. World Health Organization. Division of Control of Tropical Diseases. Leishmaniasis control home page www.who.int/health-topic/leishmaniasis.htm
56. Arenas, R. Leishmaniasis. Atlas. Dermatología, diagnóstico y tratamiento 2005; 111: 456-459 2.
57. Roberts LH. Leishmaniasis [Clinical review: Science, medicine, and the future]. British Medical Journal 2000; 321 (7264): 801-804.

ANEXOS

Sección 1: *Consentimiento Informado.*

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Paulina Monserrath Almeida Zurita, estudiante de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. La meta de este estudio es “Comparar del nivel de conocimientos sobre Leishmaniasis cutánea entre el personal médico de zonas endémicas del primer nivel de salud”.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta que contiene preguntas sobre su conocimiento y prácticas al momento de manejar a un paciente con Leishmaniasis cutánea. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Paulina Monserrath Almeida Zurita. He sido informado(a) de la meta de este estudio y se me ha indicado que tendré que responder un cuestionario con preguntas sobre mi conocimiento y prácticas al momento de manejar a un paciente con Leishmaniasis cutánea, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Conozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Firma del Participante

Fecha

Sección 2: Encuesta.

Encuesta.

Indicaciones. A continuación encontrará una encuesta compuesta por 15 preguntas sobre Leishmaniasis cutánea. La misma está formada por preguntas de opción múltiple.

1. ¿Cuál es el vector de la Leishmaniasis?

- a) *Aedes aegypti*
- b) *Biomphalaria tenagophila*
- c) *Lutzomyia*
- d) *Triatoma infestans*

2. ¿Cuál es el sexo del vector que transmiten la enfermedad?

- a) Mosquito hembra
- b) Mosquito macho
- c) a y b son correctas

3. ¿Cuál es el período de incubación de la enfermedad?

- a) 2 días
- b) 2 semanas
- c) 5 meses

4. ¿Cuáles son las lesiones elementales de la Leishmaniasis cutánea?

- a) Pápulas
- b) Úlceras
- c) Nódulos
- d) Placas
- e) Todas las anteriores

5. Las lesiones elementales de la Leishmaniasis cutánea son:

- a) Dolorosas
- b) Indoloras

6. ¿Cuáles son las características de las úlceras en la Leishmaniasis cutánea?

- a) Redondeadas
- b) Bordes mal definidos

- c) Bordes planos
- d) Induradas
- e) a y b son correctas
- f) b y c son correctas
- g) a y d son correctas

7. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de Leishmaniasis cutánea?

- a) Antecedente epidemiológico
- b) Clínica
- c) Pruebas directas e indirectas positivas
- d) Todas las anteriores
- e) b y c son correctas

8. Responda verdadero o falso a lo siguiente:

8.1. Se considera caso probable de Leishmaniasis cutánea a toda persona con lesión cutánea única o múltiple, procedente o residente en una zona endémica de Leishmaniasis.

VERDADERO

FALSO

8.2. Se considera caso confirmado a todo caso probable de leishmaniasis cutánea que a los exámenes (parasitológico, inmunológico, histopatológico o cultivo) demuestra Leishmania.

VERDADERO

FALSO

9. ¿Cuál es el fármaco de elección en el tratamiento de Leishmaniasis cutánea?

- a) Anfotericina B
- b) Sales de antimonio pentavalente
- c) Pentamidina
- d) Paramomicina

10. De acuerdo la respuesta anterior, cual es la dosis del mismo:

11. **De acuerdo a las respuestas de las 2 preguntas anteriores ¿Cuál es la vía de administración del fármaco?**
- a) Subcutánea
 - b) Intramuscular
 - c) Tópica
12. **En caso de que una mujer embarazada presente Leishmaniasis cutánea ¿Cuál sería su manejo?**
- a) No se debe tratar mientras dure el embarazo
 - b) Disminuir la dosis a la mitad
 - c) No varía el tratamiento en relación a la población general
13. **¿Qué exámenes complementarios debería realizar a un paciente mayor de 45 años con Leishmaniasis cutánea?**
- a) Ecocardiograma
 - b) Función renal
 - c) Función hepática
 - d) Radiografía de tórax
 - e) Electrocardiograma
 - f) b y c son correctas
 - g) b, c y e son correctas
 - h) c, d y e son correctas
14. **Complete la siguiente afirmación:**
- Se considera como criterios de curación: Ausencia completa de signos y síntomas de la enfermedad y cicatrización de la úlcera cutánea en un término de ___ días posteriores al tratamiento completo.
- a) 15 días
 - b) 30 días
 - c) 60 días
15. **¿Cuáles de los siguientes NO se consideran criterios de referencia?**
- a. Pacientes con diagnóstico de Leishmaniasis visceral
 - b. Pacientes con lesiones cutáneas
 - c. Pacientes con alteraciones en pruebas hepáticas, renales o electrocardiográficas
 - d. Pacientes que no respondan adecuadamente a los esquemas de tratamiento.
 - e. Pacientes con enfermedad cardiovascular.