



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON  
FACULTAD DE MEDICINA  
IBISMED – CUMETROP DIVISION DE POST-  
GRADO  
COCHABAMBA



VLIR - UNIVERSIDAD DE GANTE - IMTA - AGCD - BELGICA

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA TROPICAL Y  
CONTROL DE ENFERMEDADES**

ANALISIS DE LA ATENCION  
DE PACIENTES CON LEISHMANIASIS  
TEGUMENTARIA EN EL PARQUE  
ISIBORO SECURE Y PROPUESTA  
DE UN PROGRAMA DE ATENCION

Tesista : Dr. ERNESTO ROJAS CABRERA  
Tutor: Dr. HERNAN BERMUDEZ

Cochabamba – Bolivia

2000

**VLIR**

CONSEJO INTERUNIVERSITARIO  
DE LAS UNIVERSIDADES  
FLAMENCAS DE BELGICA



CENTRO UNIVERSITARIO DE  
MEDICINA TROPICAL

## RESUMEN

Las Leishmaniasis son un grupo de enfermedades parasitarias, producidas por protozoarios flagelados, que constituye en Bolivia y el trópico de Cochabamba un Problema de Salud con grandes connotaciones socioeconómicas por la constante migración de personas de zonas no endémicas a zonas endémicas.

El Centro Universitario de Medicina Tropical de la Facultad de Medicina de la U.M.S.S. viene realizando trabajos de investigación en Leishmaniasis, capacitación del personal de salud del Trópico de Cochabamba en el manejo de esta patología, buscando algunas alternativas de solución de problemas detectados sobre la base de experiencias obtenidas.

Consciente de que las dificultades son múltiples y que la tarea de solución debe ser distribuida en forma clara y puntual con diferentes instituciones, elaborando instrumentos sencillos en su ejecución y específico para cada problema es que se planteará en este trabajo algunas propuestas en función a dificultades detectadas.

La zona del Parque Isiboro Sécure, constituye una muestra de lo que sucede en diferentes puntos del Trópico de Cochabamba referente a pacientes con Leishmaniasis, donde se identifica diferentes fases evolutivas de Leishmaniasis cutáneas y complicaciones como lesiones mucosas con compromiso naso-buco-faringo-laríngea, participando como susceptibles personas de todos los grupos de edad. En este documento se enuncia algunos de los problemas detectados, con el fin de proponer estrategias para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con Leishmaniasis utilizados en los Servicios de Salud (S.S.) del Parque Isiboro Sécure.

## INDICE

	Página
I. INTRODUCCION .....	1
II. EL PROBLEMA .....	4
III. MARCO TEORICO .....	15
IV. OBJETIVOS .....	20
V. METODOLOGIA .....	21
VI. RESULTADOS .....	23
VII. PROPUESTA .....	29
VIII. CONCLUSIONES .....	40
IX. BIBLIOGRAFIA .....	42
X. ANEXOS	
XI. FOTOS	

# ANALISIS DE LA ATENCION DE PACIENTES CON LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA EN EL PARQUE ISIBORO SECURE Y PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ATENCION

## I. INTRODUCCION

Las Leishmaniasis son Histoparasitosis, producidas por protozoos del género *Leishmania*, de localización intracelular (macrófagos), caracterizadas por lesiones cutáneas o viscerales; transmitidas por la picadura de insectos dípteros de la familia Psychodidae, géneros *Phlebotomus* (viejo mundo) y *Lutzomyia* (nuevo mundo). Existen reservorios domésticos y salvajes, por lo que pueden considerarse como zoonosis (3).

Las Leishmaniasis Tegumentarias Americanas son parasitosis naturales de los animales selváticos, en este sentido, como en toda enfermedad metaxénica, las cuatro poblaciones de seres vivos que intervienen interactuando en cadenas de transmisión selvática son: el **Agente causal** por especies de *Leishmania*; el **Reservorio**, integrado por especies de animales selváticos como Roedores, **Marsupiales y Desdentados**; el **Vector**, que constituyen diversas especies de insectos hematófagos del género *Lutzomyia* (flebotominos) y el **Susceptible humano**, eslabón final de la cadena; todos ellos de una u otra manera interconectados por el Medio Ambiente específico.

Los parásitos del género *Leishmania* están en la naturaleza, parasitando a vertebrados silvestres. Las hembras sanas de los insectos vectores picando a los animales parasitados, se infectan. Después de varios días, estos vectores ya tienen parásitos en su faringe, de donde son infectados en una nueva picadura a otro animal susceptible. El ser humano adquiere la infección cuando entra a un

foco zoonótico y accidentalmente es picado por un flebotomino infectado. Al humano no se le considera Reservorio, a partir del cual los insectos pudiesen infectarse. Las personas de mayor riesgo para adquirir la infección son aquellas que viven o trabajan cerca de los ciclos naturales del parásito donde existen los vectores y los parásitos en los reservorios animales. (3)

La población más expuesta está formada principalmente por hombres entre 15 y 50 años de edad, que por su actividad laboral tienen una ocupación que le obligue a permanecer en zonas de transmisión, como ocurre con los trabajadores de las zonas boscosas: colonizadores, taladores de árboles, aserraderos, cazadores, mineros, leñadores, pescadores, militares y guerrilleros. Cuando el vector se urbaniza, todas las personas de ambos sexos están en riesgo dentro y fuera de sus viviendas y aumentan los casos en los niños. (3,10,16)

Las Leishmaniasis se han mantenido durante años en zonas endémicas, gracias a la presencia en su medio del agente responsable de la enfermedad, los reservorios y el vector. El medio ambiente donde se realiza la transmisión varía según se trate de una u otra *Leishmania*. En el caso específico de la *L. (V). braziliensis* en la mayor parte del territorio de Bolivia, la transmisión se realiza en medio selvático, el que está constituido por gran cantidad de vegetación, y en terrenos con poco o nada inundadizos. Sin embargo, se han reportado también la presencia de vectores infectados en ambientes de cultivo de coca en los Yungas del Departamento de La Paz, como producto de las adaptaciones de por lo menos los vectores a estos ambientes de cultivo (3).

Existen muchos factores que incrementan el número de casos de Leishmaniasis en las zonas endémicas de nuestro país. Entre estos factores se los puede considerar a los siguientes:

- La migración permanente de familias completas del altiplano y valles a zonas

endémicas, en busca de mejores oportunidades de vida, constituye actualmente una de las primeras causas (3).

- Incremento de la población que abre sendas en el monte.
- Desempeño de actividades en el monte primario.
- Búsqueda y tala de montes nuevos (monte primario) para cultivo.
- Población de gente "pisadora" que trabaja en la elaboración de sulfato base de cocaína, etc.
- Probable adaptación de los vectores a las poblaciones.  
Aparente interés de ONGs y personal de salud por estudiar algún aspecto, con obtención de datos para informes, tesis y otros propósitos.
- Esta enfermedad está asociada además a un bajo desarrollo socioeconómico y alteraciones del medio ambiente (26)