



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Barreras y facilitadores para la implementación
del diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis
cutánea en el municipio de Amapala-Valle,
Honduras 2019.**

Barriers and facilitators for implementation of
diagnosis and treatment of cutaneous leishmaniasis
in municipality of Amapala-Valle, Honduras 2019.

Autora:

Elsy Denia Cárcamo Rodríguez

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad
Gómez”

Medellín, Colombia.

2020

**Barreras y facilitadores para la implementación del diagnóstico y
tratamiento de leishmaniasis cutánea en el municipio de
Amapala-Valle, Honduras 2019.**

Elsy Denia Cárcamo Rodríguez, MD
Estudiante de Honduras becada por el programa TDR/OMS

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Epidemiología

Director:

Carlos Alberto Rojas Arbeláez MD, PhD
Profesor Facultad Nacional de Salud Pública
Profesor titular
Universidad de Antioquia

Codirectora:

Luisa Consuelo Rubiano Perea MD, MSc
Profesora de Catedra
Universidad de Antioquia

Asesor:

Javier Mignone Psic, PhD
Canadá
Profesor Universidad de Manitoba

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia.
2020**

Dedicado a:

Mi padre:

MIGDONIO CÁRCAMO ANDRADE (QDDG)

23/12/1959 ☆ 14/4/2020 +

Pero tú me miraste ahí inmutada, me levantaste y diseñaste un camino nuevo para mí, menos contrito y lo llenaste de manos que no necesitaban oír para caminar conmigo.
Ysle. ☼

Agradecimientos:

A Dios, porque a través de este viaje comprendí que sus tiempos son perfectos y tenía guardada desde siempre esta oportunidad para mí. Por mostrarme su amor y su gracia de inicio a fin de este proyecto de vida.

A mi familia y amigas por creer en mí, por todo apoyo y el acompañamiento que me dieron en todo momento durante este proceso de crecimiento personal y profesional.

A mis compañeros y amigos más allá de las fronteras, por convertirse en esa fuerza para avanzar hacia la meta compartida, me llevo un pedacito de Colombia, Perú, Venezuela y Paraguay.

Al Programa Especial de Entrenamiento e Investigación en Enfermedades Tropicales (TDR), por el privilegio de haber sido elegida para ser beneficiada con el programa de becas para poder cumplir el sueño de autorrealización profesional, que dadas las limitaciones personales y de desarrollo de mi país, sin ello no hubiera sido posible.

A la Universidad de Antioquia, al grupo de Epidemiología y particularmente a la Facultad Nacional de Salud Pública por acogernos en sus aulas, formarnos y moldearnos bajo las enseñanzas de los académicos competentes que forman parte de tan prestigiosa institución.

A mis profesores:

-Carlos Alberto Rojas, por las valiosas enseñanzas y por su acompañamiento constante durante todo el proceso de investigación.

-Luisa Consuelo Rubiano por las horas de trabajo dedicadas a la orientación y acompañamiento en el proceso de investigación.

A las entidades gubernamentales de mi país Honduras, que a través de su equipo de la Unidad de Vigilancia en Salud prestó la apertura, aceptación y colaboración necesaria para la ejecución del proyecto de investigación: Secretaría de Salud de Honduras, Región Departamental de Salud de Valle y CESAMOs Amapala, Langues y Puerto Grande.

Especial agradecimiento póstumo al Dr. Arnoldo Carranza (QDDG-octubre 2020), quien fue jefe de unidad de salud de Amapala, por su apoyo invaluable para la realización de esta investigación.

A todas las personas que de una u otra manera fueron participes de este proyecto de investigación y de formación académica y profesional.

Tabla de Contenido

Lista de Anexos:	7
Lista de Cuadros:	7
Lista de Diagramas:	8
Lista de Gráficos:	8
Lista de Imágenes:.....	9
Lista de Tablas:	9
Abreviaturas:	10
Glosario:	10
Resumen:.....	11
Abstract:	12
1. Planteamiento del problema de investigación	13
2. Objetivos	18
2.1. General	18
2.2. Específicos	18
3. Justificación	19
4. Marco Teórico y antecedentes.....	21
4.1. Epidemiología de la leishmaniasis:	21
4.2. Mecanismo de transmisión y formas clínicas de la leishmaniasis.....	22
4.3 Factores asociados con la Leishmaniasis.....	22
Dentro de los factores frecuentemente asociados con la persistencia de esta enfermedad en diversos estudios, se encuentran:.....	22
4.4 Factores asociados con la Leishmaniasis	23
4.5 Identificación de barreras y facilitadores para el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis mediante enfoque de investigación de la implementación.	26
5. Metodología:	30
5.1 Diseño y sitio de estudio:	30
5.2 Descripción de la metodología para lograr los objetivos.	33
5.3 Plan de recolección de datos.....	40
5.3.1 Primer Objetivo:	40
5.3.2 Segundo Objetivo:	41
5.3.3 Tercer Objetivo	42

5.3.4	Cuarto Objetivo	43
5.4	Prueba piloto	44
5.5	Control de sesgos.....	46
5.6	Procesamiento y plan de análisis de datos.	47
5.6.1	Primer objetivo:.....	48
5.6.2	Segundo objetivo:.....	49
5.6.3	Tercer objetivo:	50
5.6.4	Cuarto objetivo:.....	51
5.7	Aspectos éticos:	52
6.	Resultados	54
6.1	Contexto	54
6.1.1	Descripción de la atención de los pacientes con leishmaniasis cutánea en la unidad de salud del municipio de Amapala.....	54
6.1.3	Ruta de atención al paciente con leishmaniasis en Amapala .	57
6.2	Resultados por Objetivos	60
6.2.1	Objetivo 1: Describir el proceso de implementación de la estrategia “Manual para el abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras”, utilizada para implementar el diagnóstico y tratamiento, desde la perspectiva de los tomadores de decisiones.	60
6.2.2	Objetivo 2: Explorar las experiencias del personal de salud y de los usuarios sobre las barreras y facilitadores para la implementación del diagnóstico mediante examen directo (frotis) y el tratamiento con Glucantime®, de la leishmaniasis cutánea.	68
6.2.3	Objetivo 3: Cuantificar el conocimiento que el personal de salud y los usuarios tienen respecto a las intervenciones de diagnóstico mediante examen directo (frotis) y el tratamiento con Glucantime®, de la leishmaniasis cutánea.....	84
6.2.4	Objetivo 4: Integrar los hallazgos para identificar las convergencias o divergencias entre las barreras y facilitadores experimentadas por el personal de salud y los usuarios, con el conocimiento que estos tienen acerca estas intervenciones.....	102
7.	Discusión:	110
8.	Conclusiones:.....	115
9.	Recomendaciones:.....	116
10.	Referencias:	117

11. Anexos:.....	122
------------------	-----

Lista de Anexos:

Anexo 1: Resumen de algunos artículos realizados en Honduras y Amapala sobre leishmaniasis cutánea.....	122
Anexo 2: Consentimiento informado cuestionario.....	127
Anexo 3: Asentimiento Informado para Cuestionario.....	131
Anexo 4: Consentimiento Informado Grupo Focal Personal de Salud.....	134
Anexo 5: Consentimiento Informado Grupo Focal Usuarios.....	138
Anexo 6: Consentimiento Informado Entrevista Semiestructurada.....	142
Anexo 7: Instrumento Guía Entrevista Semiestructurada.....	146
Anexo 8: Instrumento Cuestionario Conocimientos Personal de Salud.....	150
Anexo 9: Instrumento Conocimiento Usuarios.....	158
Anexo 10: Instrumento Guía de Preguntas Grupo Focal de Personal de Salud..	166
Anexo 11: Instrumento Guía de Preguntas Grupo Focal de Usuarios.....	168
Anexo 12: Carta Aval del Comité de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública (UDEA).....	170
Anexo 13: Carta Aval del Comité de Programa de la Maestría en Epidemiología	171
Anexo 14: Carta Aval de la Secretaría de Salud de Honduras.....	172
Anexo 15: Fotografías del Trabajo de Campo en Amapala, Valle-Honduras.....	173

Lista de Cuadros:

Cuadro 1: Recomendaciones generales para el diagnóstico y tratamiento de las leishmaniasis, según el Manual de Abordaje Integral de las Leishmaniasis en Honduras 2016.....	24
Cuadro 2: Lineamientos para establecer el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis, según el manual para el abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras 2016.....	26
Cuadro 3: Descripción de la metodología para el logro de los objetivos de investigación.....	33
Cuadro 4: Resumen de prueba piloto del cuestionario de conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis, aplicado al personal de salud.	45
Cuadro 5: Resumen de prueba piloto del cuestionario de conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis aplicado a los usuarios.....	46
Cuadro 6: Matriz de recodificación del contenido en las categorías preestablecida en la guía de entrevista semiestructurada.....	49
Cuadro 7: Matriz de codificación del contenido en las categorías preestablecidas en la guía de grupos focales.....	50
Cuadro 8: Triangulación Metodológica para la Complementariedad de los Resultados.....	51
Cuadro 9: Paso a paso del flujograma de atención al paciente con leishmaniasis establecido en el manual de abordaje integral, comparado con el paso a paso en la atención observada durante la investigación.....	58

Cuadro 10: Caracterización sociodemográfica de los actores claves entrevistados	61
Cuadro 11: Actividades y acciones en las diferentes etapas de implementación del Manual, según el análisis de contenido de las entrevistas a actores claves ...	65
Cuadro 12: Barreras para el logro de los resultados de implementación de la estrategia, identificadas por los actores claves entrevistados.	66
Cuadro 13: Estrategias sugeridas por los actores claves entrevistados para mejorar la implementación del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis	67
Cuadro 14: Factores de la guía, estrategia, programa o política de salud.....	70
Cuadro 15: Factores relacionados con la estructura organizacional	71
Cuadro 16: Factores individuales del paciente	73
Cuadro 17: Factores individuales de los profesionales de la salud.....	75
Cuadro 18: Factores sociales, políticos y legales.	77
Cuadro 19: Factores relacionados con inventivos y recursos	80
Cuadro 20: Interacción entre profesionales de la salud/miembros de la comunidad	82

Lista de Diagramas:

Diagrama 1: Componentes del Manual de Abordaje Integral de las Leishmaniasis en Honduras 2016	24
Diagrama 2: Diseño Metodológico de Enfoque Mixto Convergente Paralelo	30
Diagrama 3: Proceso para el Análisis Cualitativo.....	48
Diagrama 4: Flujograma de Atención al Paciente con Leishmaniasis Cutánea	57
Diagrama 5: Categorías y subcategorías preestablecidas en la guía de entrevista, para describir del proceso de implementación del Manual de Abordaje Integral de la Leishmaniasis en Honduras.....	62
Diagrama 6: Categoría y subcategorías preestablecidas en la guía de grupos focales para la identificación de barreras y facilitadores en la implementación del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea: personal de salud y usuarios.....	69

Lista de Gráficos:

Gráfico 1: Distribución de la población del municipio de Amapala por grupo etario, año 2020.....	54
Gráfico 2: Conocimiento adecuado del personal de salud (N=8), sobre características del manual de abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras 2016.....	86
Gráfico 3: Porcentaje de conocimiento adecuado según perfil profesional de salud sobre el diagnóstico de la leishmaniasis cutánea en el Municipio de Amapala-Valle, Honduras,2019.....	88
Gráfico 4: Porcentaje de conocimiento adecuado según perfil profesional de salud sobre el tratamiento de la leishmaniasis cutánea en el Municipio de Amapala-Valle, Honduras,2019.....	90
Gráfico 5: Conocimiento adecuado según perfil profesional de salud sobre los efectos locales secundarios al uso de Glucantime®.....	91

Gráfico 6: Conocimiento adecuado según perfil profesional de salud sobre los efectos sistémicos secundarios al uso de Glucantime®	92
Gráfico 7: Conocimiento experiencial adecuado de los usuarios según unidad de salud en la que recibió atención, sobre el diagnóstico de la leishmaniasis cutánea.....	95
Gráfico 8: Conocimiento experiencial adecuado de los usuarios según unidad de salud en la que recibió atención, sobre el tratamiento de la leishmaniasis cutánea.....	97
Gráfico 9: Experiencia de los usuarios sobre los efectos locales secundarios al uso de Glucantime® por vía intramuscular e intralesional en leishmaniasis cutánea	99
Gráfico 10: Experiencia de los usuarios sobre los efectos sistémicos secundarios al uso de Glucantime® por vía intramuscular e intralesional en leishmaniasis cutánea.....	100

Lista de Imágenes:

Imagen 1: Mapa de Honduras: señalización del departamento de Valle y el municipio de Amapala.....	32
---	----

Lista de Tablas:

Tabla 1: Registro de libro diario de leishmaniasis del CESAMO Amapala año 2018	55
Tabla 2: Registro de libro diario de leishmaniasis del CESAMO Amapala año 2019	56
Tabla 3: Registro de libro diario de leishmaniasis del CESAMO Amapala año 2020	56
Tabla 4: Caracterización de los participantes del grupo focal: personal de salud ..	69
Tabla 5: Caracterización de los participantes del grupo focal: usuarios.....	70
Tabla 6: Caracterización del personal de salud encuestado, municipio de Amapala-Honduras, 2019-2020.....	85
Tabla 7: Caracterización sociodemográfica de los usuarios encuestados, Amapala 2019-2020	93
Tabla 8: Experiencia de los usuarios según unidad de salud en la que recibió atención, sobre la evolución de la lesión posterior al término del tratamiento con Glucantime® de la leishmaniasis cutánea y la presencia de recaídas.	101
Tabla 9: Visualización conjunta de los hallazgos cualitativos y cuantitativos en el personal de salud.....	102
Tabla 10: Visualización conjunta de los hallazgos cualitativos y cuantitativos de los usuarios.....	106

Abreviaturas:

LCNU/LCA: Leishmaniasis Cutánea No Ulcerada/Leishmaniasis Cutánea Atípica

Lu: *Lutzomyia*

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SESAL: Secretaria de Salud Honduras

SisLeish: Sistema Regional de Informaciones de Leishmaniasis de la OPS/OMS

TDR: Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases

Glosario:

Métodos diagnósticos directos: son los que permiten la visualización del parásito en la muestra obtenida del borde de las lesiones que presenta el paciente. Las muestras pueden ser recolectadas a través de las siguientes técnicas: raspado, biopsia, aspirado de lesiones y ganglios linfáticos. (1)

Métodos diagnósticos indirectos: se basan en la detección en el paciente de anticuerpos principalmente del tipo IgG, específicos contra *Leishmania*, mediante pruebas serológicas, evaluación de la respuesta inmune celular (prueba cutánea de hipersensibilidad retardada o prueba de Montenegro), inmunofluorescencia indirecta (IFI) y el ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (ELISA). (1)

Leishmaniasis: son enfermedades zoonóticas que causan en el humano un conjunto de síndromes clínicos que pueden comprometer la piel, las mucosas y las vísceras, causadas por diferentes especies de protozoos del género *Leishmania* que se transmiten a los animales y humanos a través de insectos de la familia *Psychodidae*. (1)

Leishmaniasis cutánea no ulcerada: forma de leishmaniasis cutánea denominada Leishmaniasis Cutánea Atípica (LCA), la cual se manifiesta con lesiones nodulares, no ulceradas. El período de incubación varía entre 2 semanas y 2 meses. (1)

Reservorio: son aquellos animales vertebrados que mantienen al parásito en la naturaleza y por ello dan paso a que los vectores se infecten de ellos y pueda persistir el ciclo de transmisión. (1)

Resumen:

Antecedentes: Para controlar la leishmaniasis la OMS recomienda el manejo de los casos mediante intervenciones para el diagnóstico y tratamiento, debido a la ausencia de vacunas e intervenciones efectivas para control vectorial. En Honduras no hay evidencia de cómo ha sido el proceso de implementación de estas intervenciones. **Objetivo:** Analizar las barreras y facilitadores en el proceso de implementación de las intervenciones: diagnóstico mediante examen directo (frotis) y tratamiento con Glucantime®, a través del Manual para el abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras 2016. **Métodos:** Estudio de métodos mixtos e investigación de implementación realizado en Amapala al sur de Honduras, foco de leishmaniasis cutánea no ulcerada. Participaron actores claves de nivel central, regional y local; personal de salud y usuarios (pacientes con leishmaniasis). Los datos cuantitativos se recogieron mediante cuestionarios para cuantificar el conocimiento sobre el manual, diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis; los cualitativos mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales para describir el proceso de implementación del manual e identificar las barreras y facilitadores en la implementación del diagnóstico y tratamiento; y se analizaron con Epilnfo y NVivo. Se triangularon e identificaron convergencias en los resultados de ambos métodos. **Resultados:** En la elaboración e implementación del manual participaron más los actores de nivel central. Las principales barreras identificadas por el personal de salud se relacionan con: factores individuales del profesional de salud, estructura organizacional del sistema de salud y factores políticos, sociales y legales. Mientras que, en los usuarios las relacionadas con: factores individuales del paciente y la interacción con otros miembros de la comunidad; ambos grupos identifican la participación de la microscopista de nivel local como principal facilitador. Solo un 33% del personal de salud conoce el manual, y en general independientemente del perfil profesional, obtuvieron un porcentaje bajo de conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis; similares hallazgos se evidenciaron en los usuarios. **Conclusión:** Las barreras para implementar las intervenciones de diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea en Amapala, son factores individuales tanto del personal de salud como de los usuarios; además de la articulación débil entre los tres niveles.

Palabras claves: leishmaniasis, leishmaniasis cutánea no ulcerada, diagnóstico, tratamiento, barreras, investigación de la implementación.

Abstract:

Background: Control leishmaniasis the WHO recommends the management of cases through interventions for diagnosis and treatment, due to the absence of vaccines and effective interventions for vector control. In Honduras there is no evidence of how the implementation process of these interventions has been.

Objective: Analyze the barriers and facilitators in the process of implementing the interventions: diagnosis by direct examination (smear) and treatment with Glucantime®, through the Manual for the comprehensive approach to leishmaniasis in Honduras 2016. **Methods:** Mixed methods study and implementation research conducted in Amapala in southern Honduras, a focus of non-ulcerated cutaneous leishmaniasis. Key actors from the central, regional and local levels participated; health personnel and users (patients with leishmaniasis). Quantitative data were collected using questionnaires to quantify knowledge about the manual, diagnosis and treatment of leishmaniasis; the qualitative ones through semi-structured interviews and focus groups to describe the manual implementation process and identify barriers and facilitators in the implementation of diagnosis and treatment; and were analyzed with EpiInfo and NVivo. Convergences were triangulated and identified in the results of both methods. **Results:** Central level actors participated more in the preparation and implementation of the manual. The main barriers identified by health personnel are related to: individual factors of the health professional, organizational structure of the health system and political, social and legal factors. While, in users, those related to: individual factors of the patient and interaction with other members of the community; Both groups identify the participation of the local microscopist as the main facilitator. Only 33% of the health personnel know the manual, and in general, regardless of the professional profile, they obtained a low percentage of knowledge about the diagnosis and treatment of leishmaniasis; similar findings were evidenced in users. **Conclusion:** The barriers to implement interventions for the diagnosis and treatment of cutaneous leishmaniasis in Amapala are individual factors of both health personnel and users; in addition to the weak articulation between the three levels.

Keywords: leishmaniasis, non-ulcerated cutaneous leishmaniasis, diagnosis, treatment, barriers, implementation research.

1. Planteamiento del problema de investigación

Las leishmaniasis es un grupo de enfermedades parasitarias transmitidas al ser humano, a través de la picadura un insecto, el vector infectado del género *Phlebotomus* (Viejo Mundo) y *Lutzomyia* (Nuevo Mundo), de presentación clínico-epidemiológica variada. Según la fuente de infección se clasifica como zoonótica o antroponótica y ha sido priorizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dada su amplia distribución en el mundo (presente en los cinco continentes y endémica en 98 países). (2,3)

Se estima que alrededor de 350 millones de personas están en riesgo de contraer esta enfermedad, causando una pérdida ajustada en años de discapacidad de aproximadamente 2 millones 357 mil años. Su incidencia anual es de 2 millones, de los cuales 1.5 millones corresponden a leishmaniasis cutánea (LC) y 500 mil corresponden a leishmaniasis visceral (LV). Esta última, se supone responsable de al menos 50.000 muertes al año, representando una carga médico-social para los países de bajos y medianos ingresos. (2,4)

La OMS por resolución de la asamblea mundial de la salud en el año 2007, promovió a través del "Plan Global para Combatir las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2008-2015", la implementación de estrategias para su control. Algunas de ellas son las siguientes: quimioterapia preventiva, suministro de agua potable, mejoramiento de la higiene, manejo intensivo de los casos (diagnóstico y tratamiento), (5,6) siendo esta última el enfoque para el control de la leishmaniasis por ausencia de vacunas y estrategias efectivas para el control del vector (7). Sin embargo, se sospecha que existen barreras y facilitadores para la implementación de estas estrategias diseñadas para el control de la enfermedad, por esta razón el objeto de esta investigación fue la identificación de factores que están influyendo en la implementación de estas estrategias. El estudio se realizó bajo el enfoque de la investigación de implementación.

Es enfoque de la investigación, tiene como propósito la identificación de barreras para resolver problemas de implementación. La palabra "implementar" viene del latín "implere", que significa cumplir o llevar a efecto intervenciones. Estas pueden ser políticas, programas o prácticas individuales. La investigación de la implementación proporciona una base para estudios de investigaciones tradicionales, pero, con una alta relevancia para profesionales, formuladores de políticas y el público interesado. (8)

La investigación de la implementación puede considerar cualquier aspecto de implementación, desde los factores que la afectan, los procesos de implementación en sí mismos, así como los resultados esperados. Por otro lado, puede introducir soluciones potenciales en un sistema de salud o proponer cómo promover su uso a gran escala y sostenibilidad. La intención es entender qué, por qué y cómo las

intervenciones funcionan en entornos del "mundo real" y probar enfoques para mejorarlos. (8)

En tal sentido, en cuanto a las enfermedades desatendidas, se han desarrollado e implementado estrategias como las normas o guías de prácticas clínicas basadas en la evidencia a fin de entregar intervenciones con eficacia confirmada para el control de las enfermedades, entre ellas las leishmaniasis; dentro de los lineamiento para el control de esta enfermedad se basa en el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica a través del diagnóstico y el manejo de los casos, garantizando la cobertura del tratamiento. (9)

La intervención en cuanto al diagnóstico mediante el examen directo (frotis), tiene una sensibilidad reportada alrededor del 50-70% (10) sin embargo estudios que evalúan la eficacia y sensibilidad del método constatan que esta sensibilidad está influenciada por múltiples factores uno de ellos es, el sitio de la toma de la muestra, cuando esta se extrae del borde de la lesión comparado con el fondo de esta, la sensibilidad aumentaba del 78.3% a 90.4% respectivamente, por tal razón se recomienda que al momento de la toma de estas se extraiga material de ambos sitios. (11)

Por otro lado, en relación con el tratamiento, la intervención con eficacia demostrada y la cual es la principal intervención implementada son los antimoniales pentavalente de uso sistémico, en revisiones sistemáticas e ha reportado una efectividad de 73.6%, pese a ser el tratamiento de elección se ha reportado que alrededor de un 25% de los pacientes deben interrumpir el esquema debido a los diferentes efectos adversos como fiebre, fatiga, cefalea, artralgias, dolor abdominal entre otros; (12) debido a esto se han desarrollado estudios sobre la vía de administración intralesional de este medicamento, reportando una mejor proporción de curación y menor toxicidad, sin embargo, no hay una estandarización explícita sobre la cantidad del compuesto que debe ser usado, se ha evaluado la seguridad de este tratamiento encontrando que, entre 4 y 7 años posteriores a la cicatrización de las lesiones cutáneas de Leishmaniasis no hubo desarrollo de lesiones mucosas, ni se reportó fallas terapéuticas, recidivas ni efectos adversos a corto plazo (12, 13)

En algunos países, principalmente del viejo mundo (Sudán, Etiopía); así como en Brasil, se han realizado estudios sobre la identificación de barreras y facilitadores para la implementación de las intervenciones del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis visceral, estos estudios han evidenciado que, un mayor apoyo social es un factor positivo o facilitador, mientras que, como barreras se encontraron las siguientes condiciones (7,14,15):

1. Restricciones del contexto sociocultural (limitación por género, creencias, analfabetismo, idioma, población indígena)
2. Automedicación
3. Uso de medicina alternativa
4. **Falta de capacitación o capacitación inadecuada**

- 5. Conocimiento limitado sobre la leishmaniasis (población/proveedores de salud)**
6. Pocos establecimientos que ofrecen diagnóstico y tratamiento de manera integral
7. Limitaciones de transporte
8. Recursos financieros insuficientes para garantizar la cobertura
9. La no disponibilidad de pruebas de diagnóstico en los diferentes niveles de atención.
10. Los costos médicos y no médicos asociados al tratamiento.

En la revisión de literatura no se encontraron estudios que dieran cuenta de barreras y facilitadores específicamente en la implementación de las intervenciones del diagnóstico mediante el examen directo (frotis) y tratamiento con Glucantime® de la leishmaniasis cutánea. No obstante, dadas las características epidemiológicas que tienen que comparten las diferentes formas clínicas de la leishmaniasis, se puede asumir que muchas de estas barreras principalmente las relacionadas a la falta de capacitación y el desconocimiento de la enfermedad. Así como de las intervenciones, también se presentan para leishmaniasis cutánea.

Por otro lado, Honduras, siguiendo con los lineamientos de la OMS, desde abril de 2012, implementa como parte del plan nacional de salud el “Plan estratégico para la prevención, atención, control y eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas en Honduras (PEEDH)”. También a partir de 2016, entró en vigor mediante la resolución N° DGN-MO4-2016 el Manual para el Abordaje Integral de la Leishmaniasis, con el objetivo unificar criterios técnicos, clínicos y de laboratorio para el abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras. (16,17,18)

Las guías de práctica clínica, manuales o normas son la compilación de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas de intervenciones y que ayudan en la transferencia de conocimiento, disminuir las diferencias en manejos clínicos e indirectamente mejoran la calidad en los servicios de salud (19). Estos manuales o guías son estrategias diseñadas para facilitar la entrega de intervenciones para el control de las enfermedades y en el caso del manual de abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras, fue diseñada con el objetivo de “establecer criterios técnicos, clínicos y de laboratorio, útiles para el abordaje de las Leishmaniasis con el propósito de brindar una mejor atención a las personas afectadas, contribuyendo a la implementación de medidas de prevención, control, diagnóstico y tratamiento oportuno.

Sin embargo, en Honduras se desconoce cómo ha sido el proceso de implementación del manual de abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras, como estrategias para la entrega de las intervenciones del diagnóstico mediante el examen directo (frotis) y del tratamiento con Glucantime® intramuscular, y cuales han sido las barreras o facilitadores para la implementación de estas intervenciones.

Y es en tal sentido que el TDR a través de la investigación de la implementación en enfermedades desatendidas busca, hacer énfasis en el fomento de la investigación sobre el desarrollo, evaluación y el acceso a las intervenciones en un contexto real (20)

En cuanto a las estimaciones de la leishmaniasis en Honduras, la Secretaría de Salud (SESAL) en sus informes de 2016 y 2017 con base en una población de 8.721.014 habitantes, reporta tasas de incidencia de **30,7** (2675 casos) y **16,3** (1418 casos) por cada 100,000 habitantes respectivamente. (informes de la SESAL) Sin embargo, se observa una disminución de esta, en el informe epidemiológico (SisLeish) de la OPS publicado en febrero de 2018 (para el periodo 2016) el cual reporta una incidencia **43,91** por cada 100,000 habitantes. En el informe publicado en febrero 2019 (para el periodo 2017) la tasa reportada es de **29,65** casos por cada 100000 habitantes (21,22), encontrándose una mayor incidencia respecto a los datos a nivel nacional.

El departamento de Valle, ubicado al sur de Honduras, notificó un número considerable de casos, principalmente de LCNU/LCA la cual es producida en la región por *L. (L.) infantum* y en donde para el 2017 se reportaron 155 casos (en una población de 83.143 habitantes) representando una tasa de **84,6** casos por cada 100.000 habitantes; y en 2018 se registraron 197 casos. Este departamento está constituido por 9 municipios, siendo Amapala el municipio con mayor porcentaje (53%) de casos registrados durante 2018 (Registros de datos SESAL y Región de Salud de Valle).

Amapala es un municipio del departamento de Valle, el cual está conformado por dos porciones territoriales, una en tierra firme y otra insular, también llamada Isla del Tigre. La vía de acceso a la isla es fluvial, un recorrido de aproximadamente 10 minutos, lo que también lo convierte en una de las fuentes de empleo de la región, por ser además considerada zona turística. Aproximadamente 70% de las principales fuentes de empleo en estos municipios son la agricultura (maíz, frijoles, sorgo, sandía, melón) pesca y cultivo de camarón. (23) Esta última actividad ocurre principalmente en la porción de tierra firme donde, el principal rubro y fuente de empleo corresponde a la industria camaronera de la región y del país.

En esta región de Honduras, los servicios de atención en salud son brindados por el sector público principalmente. El municipio de Amapala esta atención en ofrecida a la población mediante tres establecimientos de salud: Amapala, Los Langues y Puerto Grande, adicionalmente y en el mismo lugar que el CESAMO Amapala, funciona la Clínica Materno-Infantil, la cual brinda atenciones de emergencia a la población general, así como administración entre otros, del medicamento a los pacientes tratados por leishmaniasis los fines de semanas y días festivos. (conversación con autoridades locales de salud)

Amapala solo cuenta con un laboratorio clínico el cual funciona en el CESAMO Amapala, ubicado en la isla y es donde se reciben y procesan las muestras de todo el municipio, tal procedimiento está a cargo de la microscopista de laboratorio, capacitada y contratada previamente para el programa de Malaria, y posteriormente se le asignó la unidad para la vigilancia de leishmaniasis, una vez establecido el diagnóstico el tratamiento es dispensado a los pacientes en sus respectivas unidades de salud. La atención en salud de la población general está a cargo principalmente, de médicos en servicio social en las tres unidades y en establecimientos donde no hay médico disponible, son las enfermeras auxiliares quienes desempeñan este rol. (conversación con autoridades locales de salud)

Sin embargo, y dado que Amapala es un municipio en donde ya se han realizado estudios sobre caracterización de la enfermedad y otros sobre el tratamiento, (Ver Anexo 1) y pese a que existen lineamientos establecidos en el manual para el abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras, hay vacíos de conocimiento sobre cómo ha sido el proceso de implementación del diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad en Honduras así como, cuáles han sido los obstáculos que se han presentado, por tanto se considera pertinente realizar el proyecto bajo el enfoque de la investigación de la implementación que responda a la interrogante: ¿Cuáles son las barreras y facilitadores para la implementación de las intervenciones de diagnóstico mediante examen directo (frotis) y tratamiento con Glucantime® de la leishmaniasis cutánea en el municipio de Amapala-Honduras?

2. Objetivos

2.1. General

Analizar las barreras y facilitadores en el proceso de implementación de las intervenciones: diagnóstico mediante examen directo (frotis) y el tratamiento con Glucantime® de la leishmaniasis cutánea, en el municipio de Amapala-Honduras, 2019.

2.2. Específicos

1. Describir el proceso de implementación de la estrategia “Manual para el abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras”, utilizada para implementar el diagnóstico y tratamiento, desde la perspectiva de los tomadores de decisiones.
2. Explorar las experiencias del personal de salud y de los usuarios sobre las barreras y facilitadores para la implementación del diagnóstico mediante examen directo (frotis) y el tratamiento con Glucantime®, de la leishmaniasis cutánea.
3. Cuantificar el conocimiento que el personal de salud y los usuarios tienen respecto a las intervenciones de diagnóstico mediante examen directo (frotis) y el tratamiento con Glucantime®, de la leishmaniasis cutánea.
4. Integrar los hallazgos para identificar las convergencias o divergencias entre las barreras y facilitadores experimentadas por el personal de salud y los usuarios, con el conocimiento que estos tienen acerca estas intervenciones.

3. Justificación

Partiendo de la premisa que existen intervenciones eficaces como el examen directo (frotis) y el tratamiento con Glucantime® de la leishmaniasis que pueden contribuir para su control, ya que no hay vacunas, ni intervenciones eficaces contra el vector y que la OMS desde 2007 con reivindicación de este convenio para los años 2016 al 2022, estableció los lineamientos para la implementación de estas intervenciones, mediante el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica a través del diagnóstico y el manejo de los casos(5,6,7,9) y que se necesita desarrollar estrategias y herramientas capaces de promover su control. (24)

Por tal razón Honduras a partir del 2017 por resolución N° DGN-MO4-2016 implementa el Manual para el Abordaje Integral de la Leishmaniasis, como una estrategia de entrega de estas intervenciones (examen directo y Glucantime®) para el manejo y control de esta enfermedad (24), con la finalidad de lograr las metas de los países para las Américas del PEED y el Plan Global, proyectadas hacia el 2022 para el control de la leishmaniasis:

1. Reducir en un 50% la mortalidad por Leishmaniasis visceral
2. Disminuir las muertes asociadas al tratamiento por Leishmaniasis cutánea en un 90% (meta escalonada)
3. Reducir en un 50%, la morbilidad por leishmaniasis cutánea en niños menores de 10 años. (25,9)

Sin embargo, pese a que en Honduras se están implementado las intervenciones para el control de la leishmaniasis a través del examen directo (frotis) y el tratamiento con Glucantime®, utilizando desde el 2017 el Manual de abordaje integral de las leishmaniasis como una estrategia para lograr la cobertura de ambas intervenciones y la unificación de criterios para su entrega, actualmente se desconoce cómo ha sido el proceso de implementación, hay poca experiencia en la investigación de la implementación, se hizo búsqueda de información que diera cuenta sobre las barreras y facilitadores para la implementación de intervenciones de diagnóstico y tratamiento en la región, y se encontró diversos estudios en Honduras y principalmente en Amapala, siendo este último un sitio de particular interés e intervenido en múltiples estudios, dado que es una área de alta transmisión de leishmaniasis principalmente de la cutánea no ulcerada o atípica y es área referente de estudios en Honduras, sin embargo en la búsqueda, la mayoría con enfoque en características clínicas y epidemiológicas principalmente, no así en el campo de la implementación, se elaboró un resumen de algunos de estos estudios. (Ver anexo 1)

Según los lineamientos establecidos en el manual de abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras; y que, el enfoque de la investigación de implementación es un punto de interés para la OMS a través del programa de entrenamiento y capacitación en enfermedades (26), se considera que el desarrollo de esta

investigación es pertinente dado que se alinea con los interés y agenda de país sobre las intervenciones para el control de la leishmaniasis y del enfoque de la investigación de la implementación.

Por tanto, en conjunto con la Universidad de Antioquia se desarrollará la presente investigación con el fin de proponer una intervención de mejora, a partir de la identificación de barreras y facilitadores para el proceso de implementación del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis en el municipio de Amapala, Valle-Honduras, como modelo posteriormente replicable a nivel nacional.

4. Marco Teórico y antecedentes

4.1. Epidemiología de la leishmaniasis:

A nivel mundial el número de casos incidentes por año de leishmaniasis se acerca a los 2 millones. Además, se estima que aproximadamente 350 millones de personas viven en áreas de transmisión y se han notificado casos en 98 países y por lo menos 20 especies del género *Leishmania* son patógenas para los humanos. (1,2,4)

La leishmaniasis cutánea, mucosa y mucocutánea es actualmente endémica en 18 países y territorios de las Américas: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guayana Francesa, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Surinam y Venezuela; entre 2001 y 2013, el 75% de los cerca de 743.000 casos se concentraron en Brasil, Colombia y Perú. (27) Honduras ocupa el tercer lugar de los países con mayor número de casos de LV y LMC en Centroamérica (3) siendo una causa importante de morbilidad y cuya notificación es de carácter obligatoria.

En el país se han registrado todas las formas clínicas de esta enfermedad. Las zonas endémicas de leishmaniasis cutánea no ulcerada están ubicadas principalmente en el sur del país, en los departamentos de Choluteca, El Paraíso, Valle y Francisco Morazán. El agente infeccioso y el vector son *Leishmania L. (L.) Infantum* y la *Lutzomyia longipalpis* respectivamente. (24)

La Secretaría de Salud (SESAL) en sus informes de 2016 y 2017, reportó una tasa de incidencia de 30 y 16.3 casos de leishmaniasis cutánea por cada 100.000 habitantes, respectivamente. Mientras que el departamento de Valle reportó un número considerable de casos, para el mismo 2017 se reportaron 155 casos (Pob. 183.143 Hab.) para una tasa de 84,6 por cada 100.000 habitantes; y en 2018 se reportaron 197 casos. Siendo el municipio de Amapala el de mayor número de casos registrados (104=53%). (informes y datos de la SESAL y Región de Salud de Valle)

Se han realizado diversos estudios en Honduras, en su mayoría de tipo descriptivos, abordando la caracterización clínica y sociodemográfica de la enfermedad, el comportamiento del vector. Específicamente en el municipio de Amapala la leishmaniasis ha sido investigada, un resumen sobre dichos hallazgos de algunos estudios realizados en Honduras en áreas endémicas se presenta en el anexo 1.

4.2. Mecanismo de transmisión y formas clínicas de la leishmaniasis.

La transmisión de esta enfermedad en el continente americano es a través de la picadura de un insecto del género *Lutzomyia*, dependiendo de la especie causante el periodo de incubación puede oscilar entre 10 días y 2 años. (1)

Las *Lutzomyia* (Diptera: Psychodidae, Phlebotominae) son insectos pequeños y vellosos de 2–4 mm de longitud. Se conocen aproximadamente 1000 especies, y de estas, 70 son vectores probados de *Leishmania*; pertenecen a los géneros *Phlebotomus* y *Lutzomyia*, estos últimos son los que están presentes en el continente americano. Durante el día, descansan en lugares frescos y oscuros, al atardecer las hembras hematófagas se vuelven activas para las picaduras. El desarrollo de la larva toma de 30 a 60 días y la localización precisa de los sitios de reproducción de muchas especies de *Lutzomyia* sigue siendo desconocida, haciéndolo una barrera importante para el control. (28)

Las tres presentaciones clínicas de las leishmaniasis a nivel mundial son:

1. **Leishmaniasis visceral (LV)** puede ser mortal si no se trata y causa un estimado de 500 000 casos y más de 50 000 muertes en todo el mundo cada año. El 90% de estos casos ocurren en el subcontinente indio, África oriental y Brasil. Las tasas de incidencia en comunidades endémicas en África oriental y Asia varían entre 2 y 14 por 1000 habitantes por año.
2. **Leishmaniasis cutáneas (LC)** se reportan casos de manera regular en 77 países. Alrededor del 90% de los 1,5 millones de casos anuales estimados se producen en Afganistán, Argelia, Brasil, Colombia, Irán, Pakistán, Perú, Arabia Saudita. y Siria. En el Viejo Mundo la LC ocurre típicamente en regiones semiáridas abiertas o incluso desérticas, mientras que en el Nuevo Mundo está asociada con bosques, pero ahora las áreas periurbanas se ven cada vez más afectadas. Las tasas de incidencia informadas se encuentran en el rango de 1 a 10 por 10 000 por año.
3. **La leishmaniasis mucocutánea (LMC)** es una complicación rara de LC, ocurre en menos del 5% de los casos. (1)

4.3 Factores asociados con la Leishmaniasis.

Dentro de los factores frecuentemente asociados con la persistencia de esta enfermedad en diversos estudios, se encuentran:

1. Pobreza: con las consecuentes inadecuadas condiciones de la vivienda, deficiencia de saneamiento de los hogares, el hacinamiento que

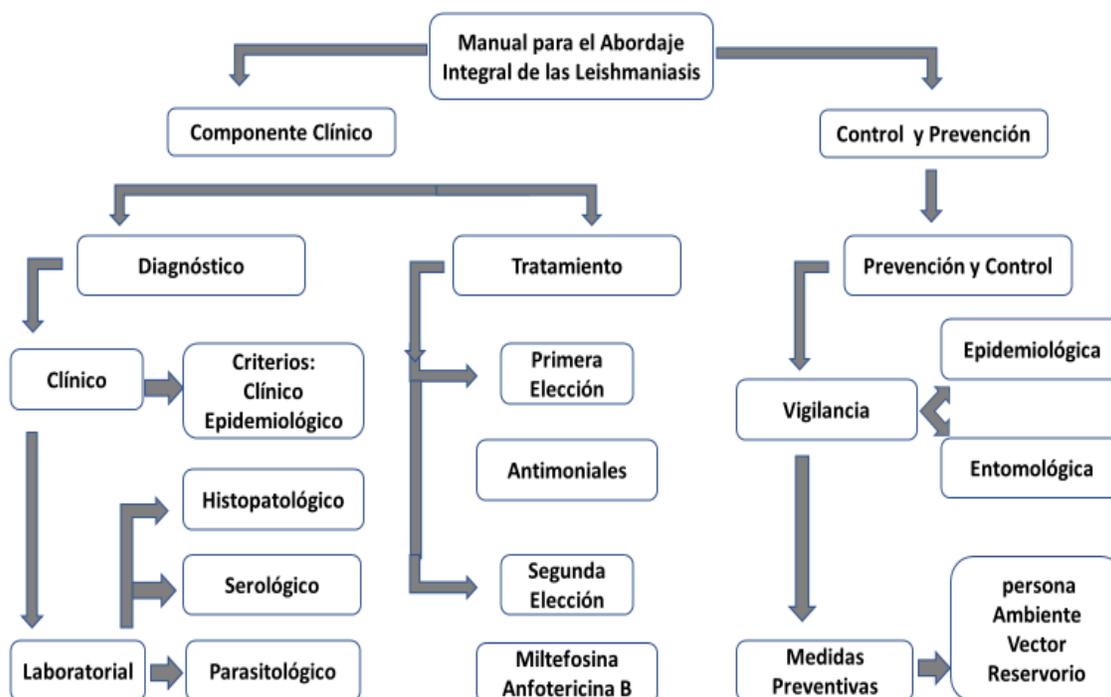
indirectamente conllevan a una mayor exposición intradomiciliaria a los insectos vectores y aun menor acceso a los servicios de salud.

2. La malnutrición: la alimentación baja en nutrientes esenciales para el fortalecimiento del sistema inmunológico aumenta el riesgo de que la infección progrese en el caso de LV debido a que el cuerpo no reacciona de manera inmunocompetente.
3. La movilidad de la población, la migración y el desplazamiento de personas a zonas que son el hábitat natural de los vectores y donde se replica el ciclo de transmisión
4. Los cambios ambientales, la urbanización, la integración del ciclo de la transmisión en el hábitat humano y la incursión de las explotaciones agrícolas, cultivos ilícitos y los asentamientos poblacionales en las zonas boscosas.
5. Los cambios climáticos: las precipitaciones, la temperatura y la humedad, influyen en gran medida en la reproducción de los insectos vectores y la perpetuación de la enfermedad. (24)

4.4 Factores asociados con la Leishmaniasis

El Manual para el Abordaje Integral de las Leishmaniasis en Honduras fue aprobado por la dirección general de normalización de la Secretaria de Salud de Honduras, mediante RESOLUCIÓN No. DGN-M04:2016, en marzo de 2016. El objetivo de este manual es proporcionar criterios diagnósticos y esquemas terapéuticos en los diferentes niveles de atención de salud. La aplicación de este es responsabilidad de los profesionales que laboran en los diferentes niveles de atención de salud, y que realizan actividades de prevención, control, diagnóstico y manejo de pacientes con leishmaniasis; este manual tiene varios componentes (ver diagrama1)

Diagrama 1: Componentes del Manual de Abordaje Integral de las Leishmaniasis en Honduras 2016



Fuente: Elaboración de la autora a partir del Manual para el Abordaje Integral de las Leishmaniasis en Honduras 2016.

Los lineamientos generales establecidos en el manual para el diagnóstico y tratamiento se presentan resumidos en el cuadro a continuación:

Cuadro 1: Recomendaciones generales para el diagnóstico y tratamiento de las leishmaniasis, según el Manual de Abordaje Integral de las Leishmaniasis en Honduras 2016

Diagnostico	Tratamiento
<p>1. Definición de caso:</p> <p>Criterio epidemiológico: Procedente de zonas endémicas o de nuevas áreas de transmisión de leishmaniasis en el país, o tomar en cuenta la estadía al menos en las últimas dos semanas en países o departamentos donde la enfermedad es endémica</p>	<p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Supresión de las manifestaciones clínicas en las diferentes formas. Evitar las complicaciones crónicas y la mortalidad. Disminuir la carga parasitaria. <p>A. Recomendaciones generales</p> <p>B. Tratamiento farmacológico</p>

<p>Criterio clínico: pápulas, nódulos, impétigo, verruga o placas difusas, esta última, la difusa se asocia a trastornos de la inmunidad produciendo lesiones nodulares infiltradas en todo el cuerpo. Es de evolución muy lenta, indolora, halo blanco alrededor de la lesión y distribuidas principalmente en áreas expuestas (cara, cuello y extremidades).</p> <p>2. Diagnóstico clínico: basado en criterios clínicos y epidemiológicos más anamnesis y examen físico minucioso permite establecer un plan diagnóstico confirmatorio mediante pruebas de laboratorio.</p> <p>3. Diagnóstico de laboratorio: Frotis Cultivo Biopsia</p> <p>4. Manejo casos especiales: situaciones en las cuales los pacientes que han sido diagnosticados presentan alguna condición médica que requiera un manejo especializado, que sea intrahospitalario, requiera ajuste del esquema terapéutico estándar o ser diferido. Se requiere una evaluación especializada e individualizada para el inicio del tratamiento.</p> <p>5. Criterios de hospitalización: casos de leishmaniasis complicada en los cuales el tratamiento debe ser estrictamente intrahospitalario, leishmaniasis visceral, leishmaniasis mucocutánea con destrucción de mucosas, pacientes con toxicidad medicamentosa, presencia de enfermedades concomitantes, pacientes embarazadas con formas de Leishmaniasis que comprometan la salud materna fetal., pacientes que ameritan tratamiento con anfotericina B.</p>	<p>Antimoniales pentavalentes: Leishmaniasis cutánea ulcerada y no ulcerada.</p> <p>Miltefosina: en caso de que aparezcan efectos colaterales graves por el uso de antimoniales. Leishmaniasis visceral (L.V), y leishmaniasis cutánea.</p> <p>Anfotericina B: el tratamiento de la Leishmaniasis visceral y mucocutánea que no responde a los antimoniales pentavalentes</p> <p>A. Vigilancia efectos adversos: daño no intencionado al paciente, tal como la aparición o empeoramiento de un signo, síntoma o condición médica indeseable que ocurre en un paciente después de iniciar un tratamiento,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Locales: dolor, eritema, inflamación e infección en la región muscular donde se aplicó la inyección. ➤ Sistémicos: fenómenos alérgicos (erupción cutánea, tos), febrículas, excitación nerviosa, dolor abdominal, náuseas, vómitos, sabor metálico, astenia o letargia, anorexia, mialgias, artralgias, cefalea, disnea, bradicardia, insuficiencia renal aguda y anomalías electrocardiográficas <p>B. Seguimiento clínico y de vigilancia epidemiológica</p>
---	---

Tomado y modificado a partir del manual de manejo integral de las leishmaniasis en Honduras.

Las estrategias del manual para el abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras recomiendan las siguientes intervenciones para el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea atípica, se detallan en el siguiente cuadro:

Cuadro 2: Lineamientos para establecer el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis, según el manual para el abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras 2016.

Diagnóstico de laboratorio	Tratamiento
<p>Frotis: observación directa de amastigotes, de la lesión más reciente y con mayor actividad parasitaria, a partir de raspado de los bordes de la lesión.</p> <p>Cultivo: aspirado de la lesión utilizando una jeringa de 1 ml y solución conteniendo antibiótico (penicilina más estreptomycin), también de la zona con mayor actividad.</p> <p>Biopsia: punch de piel o biopsia escisional.</p>	<p>Antimoniales: Glucantime® (antimonio pentavalente) 20 mg/kg por peso/día, vía intramuscular (i.m.) (máximo: 15ml o 3 ampollas).</p> <p>Miltefosina: vía Oral. Dosis 1,5. a 2,5. mg/kg/día, con dosis máxima de 150 mg/día, durante 28 días</p> <p>Anfotericina B: en dextrosa al 5% en 2 horas, a una dosis de 0.7-1.0 mg/kg/día, hasta alcanzar una dosis acumulativa total de 25 mg/kg (aproximadamente 42 dosis).</p>

Tomado y modificado a partir del manual para el abordaje integral de la leishmaniasis en Honduras.

4.5 Identificación de barreras y facilitadores para el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis mediante enfoque de investigación de la implementación.

La traducción de la evidencia a la práctica a lo que también se le denomina implementación, es considerado un proceso activo en el que participan individuos, equipos y organizaciones. No se puede asumir que, una intervención eficaz que ha sido recomendada a través de una normativa clínica se implemente en la práctica sin un adecuado proceso de implementación. (29) La identificación de barreras es un paso importante en el proceso de implementación, así como para la mejora de la calidad de los servicios de salud a través de la aplicación de diferentes estrategias. Si bien es cierto que podemos anticipar algunas barreras, no se deben establecer suposiciones sobre qué barreras afectan a una determinada intervención. (29)

Por tanto, un primer paso para implementar intervenciones en salud es la identificación de determinantes de la práctica en salud (barreras y facilitadores), es decir aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación de cualquier práctica clínica. Estos determinantes de la práctica pueden ser catalogados en cuatro grandes grupos que son: los relacionados con el

profesional de salud, relacionados al contexto social, las relacionadas al contexto organizacional y aquellas que tienen que ver con las guías, normas o políticas de prácticas clínicas. (30)

Por otro lado, para la identificación de barreras y facilitadores en la implementación de estrategias, Flottorp et al. nos hablan de siete dominios para la categorización de estas barreras, estos dominios son: factores de la guía, estrategia, programa o política, individuales de los profesionales de la salud, del paciente, las interacciones profesionales, los incentivos y recursos, la capacidad de cambio organizacional y aquellos factores sociales, políticos y legales. (31)

Estas barreras a menudo se relacionan con deficiencias en la identificación detallada y la contextualización de las características regionales, nacionales o específicas de la comunidad, así como las fallas para prepararse o abordarlas. Así mismo pueden deberse al entorno físico, los contextos socioeconómicos y culturales, así como a los sistemas de salud y las características de los usuarios. La falla en identificar y abordar estas barreras antes del despliegue a gran escala de una nueva intervención resulta en pérdidas considerables para el sistema de salud, así como en la pérdida de confianza en la intervención entre la población objetivo y otras partes interesadas (8)

A nivel mundial y principalmente en países del viejo mundo se han desarrollado estudios sobre las barreras en el acceso del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis visceral. Entre los hallazgos figuran, las restricciones del contexto sociocultural, la automedicación, el uso de medicina alternativa, la capacitación inadecuada sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, el conocimiento limitado sobre la leishmaniasis en población/proveedores de salud, los pocos establecimientos que ofrecen diagnóstico y tratamiento de manera integral, las limitaciones de transporte y acceso a los servicios de salud, los recursos financieros insuficientes para garantizar la cobertura, la no disponibilidad de pruebas de diagnóstico en los diferentes niveles de atención y los costos médicos y no médicos asociados al tratamiento. (7,14,15)

La investigación de la implementación (IR) es el enfoque sistemático para comprender y abordar las barreras para la entrega efectiva y con calidad de intervenciones efectivas mediante adecuadas estrategias de implementación y políticas de salud, las cuales se identifican durante el proceso de investigación con los trabajadores de la salud y los gerentes de programas, que tienen la experiencia directa de tales problemas y de los contextos en los que se dan a lugar. Proctor define los resultados que desde la perspectiva del cliente o usuario son satisfacción, acceso a los servicios, la mejora en el funcionamiento del personal o institucional; los resultados esperados de los servicios son calidad: eficiencia, seguridad, efectividad, equidad, enfoque centrado en el paciente y puntualidad y los resultados de investigación de la implementación son aceptabilidad, adopción, adecuación, costos, factibilidad, fidelidad, penetración y sostenibilidad. (8) Estos tienen tres

funciones importantes, sirven como indicadores del éxito de la implementación, indicadores proximales de los procesos de implementación y son desenlaces intermediarios claves en los resultados en relación con el servicio sistema o resultados clínicos en la efectividad del tratamiento y la investigación sobre la calidad de los servicios asistenciales. (32)

Según la etapa en la que se encuentre la implementación de la intervención (fármaco, vacuna, diagnóstico, tratamiento y/o práctica de prevención), así será adecuada la medición o no de unos u otros indicadores o resultados de la implementación. La primera etapa de introducción y ampliación de la intervención (identificación de las barreras para la implementación y la implementación de la intervención), los resultados a evaluar son aceptabilidad, adopción, idoneidad, viabilidad y sostenibilidad; mientras que, en la tercera etapa cuando ya la intervención se encuentra bien establecida, se da la evaluación de la intervención o estrategias y los resultados de implementación son la fidelidad, costo y cobertura. (8.32)

Para lograrlo, la investigación de implementación hace uso de una amplia gama de métodos de investigación entre ellos los métodos mixtos que articulan tanto lo cualitativo y cuantitativo para la recopilación y análisis de datos en el mismo estudio, siendo particularmente adecuados porque proporcionan una forma práctica de entender múltiples perspectivas, diferentes tipos de vías causales y múltiples tipos de resultados, todos características comunes de los problemas de investigación de implementación, proporcionando un mayor entendimiento del problema de implementación objeto de estudio. La elección de este mucho va a depender del tipo de pregunta que se plantee en la investigación. (33)

Entre las herramientas utilizadas por el enfoque cualitativo se encuentran las entrevistas semiestructuradas en las cuales, se busca indagar sobre una experiencia concreta del informante y cuyos efectos quieren analizarse, en este tipo de entrevista se trabaja con unos contenidos y orden preestablecido, dejando abierta la gama de posibilidades que desee manifestar el entrevistado. (34, 35) por otra parte los grupos focales también son de uso frecuente por la investigación de implementación, los cuales son conformados por un grupo pequeño de participantes (entre 5 y 7 personas) que comentan y debaten sobre una serie de temas discriminantes o estímulos inducidos en la dinámica interactiva por un director o moderador formal de la reunión durante una duración variable de tiempo pero que tiende a estar entre los 90 minutos y las dos horas. La discusión se recrea en condiciones parcialmente controladas y pautadas en una vivencia colectiva focalizada en una serie de temas deliberadamente seleccionadas pero que pueden ser modificables por el director de la discusión según se desarrolle esta. (36)

Las percepciones que los individuos tienen sobre las barreras para la implementación de intervenciones, reflejan en la importancia que tiene el rol de los pacientes en la toma de decisiones con respecto a su salud y como pueden influir

en la adecuada implementación de las políticas de salud, además sus expectativas y las demandas serán una fuerza importante para impulsar el uso de dichas intervenciones, estas percepciones también pueden variar entre los grupos profesionales de la salud aumentando el grado de complejidad de la implementación de las estrategias diseñadas.(37) Las discrepancias de las percepciones y experiencias entre los pacientes y los profesionales pueden obstaculizar la implementación de estrategias dado que estas son el resultado de un proceso cognitivo que permite la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social. (38) Por lo tanto pueden generar un impacto positivo o negativo en la decisión de poner en práctica o no una determinada acción.

Desde la fenomenología, la comprensión de un fenómeno se logra reflexionando sobre las percepciones y las experiencias propias como primeras fuentes de datos en este tipo de estudio, mediante la vinculación de los datos con el conocimiento teórico sobre el mismo, a través de los cuatro existenciales (espacio, tiempo, cuerpo y relaciones humanas vividas). Estas experiencias deben obtenerse carentes de suposiciones, permitiendo así, conseguir una base segura para describir las experiencias y el conocimiento del mundo tal como es para los participantes. (39)

En el campo de la salud, las experiencias de transformación como el caso de las enfermedades, pueden ser estudiadas mediante la comprensión del proceso temporal de la conciencia en diferentes puntos del proceso de transformación, en este caso se hará después del mismo, a través de la evocación de tales experiencias. (39)

En Honduras la enfermedad ha sido estudiada predominantemente en el municipio de Amapala dada su amplia distribución en esta región del país, dichos estudios se han enfocado en la descripción clínica y sociodemográfica de la leishmaniasis. Por lo tanto, estudios que den cuenta de la enfermedad tomando en consideración el conocimiento, perspectivas y experiencias sobre esta patología pueden ser de utilidad elaborar los supuestos de las posibles barreras que se pueden encontrar a nivel local y que puede estar influyendo en el control de la enfermedad.

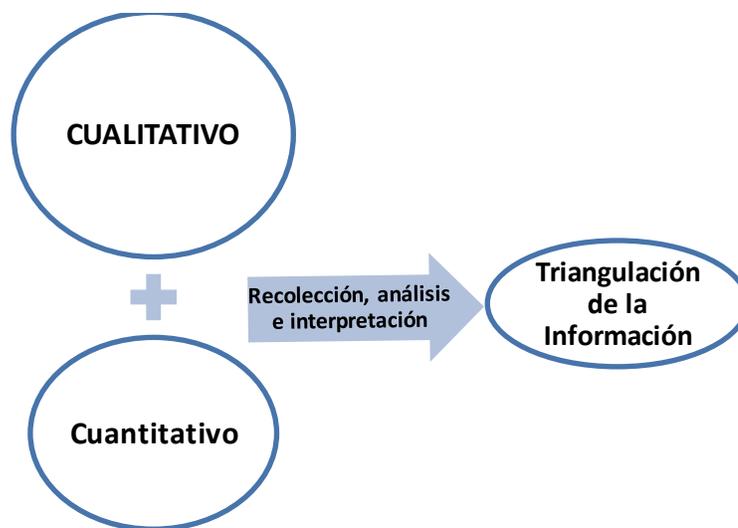
5. Metodología:

5.1 Diseño y sitio de estudio:

El diseño de estudios que combina los métodos cualitativos y cuantitativos se le denomina “métodos mixtos”. Los métodos mixtos se usan para coleccionar y analizar datos de diferentes fuentes o “triangulación metodológica”, la cual apunta a la combinación de la metodología cualitativa y la cuantitativa, para responder a la misma pregunta de investigación y/o comprobar la misma hipótesis, mediante la triangulación los métodos mixtos con la convergencia o recolección e interpretación de los datos al respecto del mismo fenómeno a través de diferentes fuentes de información. (40,41)

En esta investigación se realizó un estudio con métodos mixtos convergente paralelo, en el cual se recolectaron los datos paralelamente y en una misma etapa de investigación métodos cuantitativos como cualitativos, este con una organización del diseño en función del paradigma haciendo énfasis del orden o secuencia en el que se aplicó. Este estudio tuvo un estatus dominante cualitativo en concordancia con los objetivos de la investigación (QUAL + cuan), con la estrategia concurrente de triangulación que busca confirmar, corroborar y para la cual utiliza una perspectiva teórica, en la interpretación comprara los resultados del análisis cualitativo y cuantitativo que se hizo con bases separadas y se hizo la tabla de visualización conjunta de los dos hallazgos encontrando las convergencias o divergencias entre estos. (diagrama 2) (40,41,42)

Diagrama 2: Diseño Metodológico de Enfoque Mixto Convergente Paralelo



Tomado y adaptado de Creswell, 2017

El estudio se realizó en el departamento de Valle, Honduras (imagen 1), dado que es uno de los departamentos en donde prevalece la leishmaniasis. (5,23) Amapala se ubica en las coordenadas geográficas: Latitud 13,292°, longitud: -87,654°, y se encuentra en la Isla del Tigre, específicamente en la zona sur del país, en la zona sur de Honduras, a aproximadamente a 126 km de la ciudad de Tegucigalpa capital de la República, en el departamento de Valle y aproximadamente a 32 kilómetros de tierra firme hondureña. Fue fundada como puerto el 17 de octubre de 1833. El origen del nombre Amapala, proviene de la lengua indígena Náhuatl, que significa “cerro de los amates”. Otros pobladores afirman que el significado es “Cerro del maíz”, esto debido a que la palabra proviene de dos vocablos indígenas Goajiquiros “ama” que significa maíz, y “palha” que significa cerro. (43)

Posee una extensión territorial de aproximadamente 80.7 km², geográficamente está compuesto por dos islas grandes: Zacate Grande y El Tigre; además de una serie de islotes. Se encuentra en el Golfo de Fonseca. Y está limitado al norte con el municipio de Nacaome y parte de Alianza, al sur con el Océano Pacífico, al este con el departamento de Choluteca y al oeste con las costas de la República de El Salvador. El 56% de la población de este municipio reside en la isla de El Tigre, y el resto en las islas Zacate Grande (40%), El Garrobo y Exposición (4%). (44)

Sociodemográficamente, Amapala presenta un relieve irregular, debido principalmente a su formación con piedra volcánica; aproximadamente el 80% del territorio es montañoso (cerro Zacate Grande y la Isla de Tigre), la cual presenta una altura de 783 msnm. Cuenta con una laguna natural que pertenece a la Fuerza Naval de Honduras y sus múltiples playas cubiertas con arena negra volcánica. La topografía en un radio de 03 kilómetros de Amapala tiene grandes variaciones, presentando un cambio máximo de altitud de 778 metros y una altura promedio sobre el nivel del mar de 68 metros. En un radio de 03 kilómetros está cubierta de agua (65%) y arboles (21%), en un radio de 16 km de agua y manglares (19%) y en un radio de 80 km de agua (33%) y de tierra de cultivo (23%). (43)

Amapala cuenta con 13 aldeas, 64 caseríos, en todo el municipio de reportan 3,184 viviendas, de las cuales, el 16% se encuentran desocupadas, 166 edificios como bodegas, centros comunales, escuelas, kinder, negocios, entre otros. El área urbana posee 6 barrios y 658 edificaciones (387 viviendas ocupadas). (43)

La Isla del Tigre está compuesta por dos tipos de bosque, tierras sin bosque (45%), y Bosque latifoliado. Entre las especies vegetales se mencionan Guarumos, guayabas, indio desnudo, Izote, Jicaro, Laurel, Limón, Cinco negritos, Madreado, Marañón, Tiguilote, Zapote y Coyoil; la fauna se encuentra mamíferos, reptiles, aves (al menos 30 especies) y anfibios. Tipo de vegetación dominante, entre las principales especies arbóreas está el Guanacaste, Laurel, Pintadillo, Berberillo, Carreto, Ceiba, Tiguilote y Chaperno y algunas especies medicinales como el Neem, Ipasina, Limón, Carao. En cuanto a las plantas frutales y comestibles: Mango, Marañón, Nance, Tamarindo, Guayaba, Papaya, Aguacate. (43)

Imagen 1: Mapa de Honduras: señalización del departamento de Valle y el municipio de Amapala.



Fuente: Sistema de clasificación del mapa forestal y cobertura de tierra de Honduras

Reconocimiento del terreno de trabajo de campo:

Previo a la recolección de los datos, se hizo reconocimiento de campo en el mes de julio 2019, con el respaldo por oficio de la Secretaría de Salud de Honduras (ver anexos). Se sostuvo reunión con las autoridades de la región de salud de Valle y posteriormente trasladó a la comunidad, en el municipio de Amapala durante una semana (reconociendo ambas porciones territoriales del municipio), con la finalidad de hacer los acercamientos pertinentes con las partes interesadas (personal de salud, autoridades locales de salud, miembros de la comunidad). Se hizo además revisión del formato de las fichas de reporte para la vigilancia epidemiológica de leishmaniasis, con el fin de identificar variables que puedan ser de interés para el estudio y tener un número aproximado de los casos registrados de leishmaniasis así como aquellos que han recibido el tratamiento durante el periodo 2018 a 2019, periodo que será el de interés para la presente investigación.

5.2 Descripción de la metodología para lograr los objetivos.

La metodología utilizada para la recolección, análisis e interpretación de los datos de los objetivos tanto cuantitativos, cualitativos y mixto se esquematizan en los siguientes cuadros. El objetivo número 4 (objetivo mixto) que consiste en la triangulación de la información obtenida desde los dos enfoques de la investigación no se verá reflejado en la esquematización.

Cuadro 3: Descripción de la metodología para el logro de los objetivos de investigación

Descripción de la metodología para lograr los objetivos						
Objetivo	Población	Criterios elegibilidad y de exclusión	Diseño muestral/Muestra	Categorías o variables	Fuentes de información	Instrumentos
1.Describir el proceso de implementación de la estrategia "Manual para el abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras", utilizada para implementar el diagnóstico y tratamiento, desde la perspectiva de los tomadores de decisiones.	Actores clave: Tomadores de decisiones de los tres niveles central, regional y local que participaron en la elaboración e implementación del manual de abordaje para el manejo integral de las leishmaniasis en Honduras.	Tomadores de decisiones que disponibles y dispuestos a participar en el estudio. Haber estado vinculado a la Secretaria de Salud de Honduras durante el proceso de implementación del manual en 2017	No probabilístico por criterio Muestra de expertos. 2= Nivel central 2= Nivel Regional 3= Nivel local	1.Elaboración 2.Socialización 3.Evaluación	Primaria: Tomadores de decisiones	Guía de Entrevista semiestructurada

Descripción de la metodología para lograr los objetivos						
Objetivo	Población	Criterios elegibilidad y exclusión	Diseño muestral/Muestra	Variables/Categorías	Fuentes de información	Instrumentos
2. Explorar las experiencias del personal de salud y de los usuarios sobre las barreras y facilitadores para la implementación del diagnóstico mediante examen directo (frotis) y el tratamiento con Glucantime®, de la leishmaniasis cutánea.	Personal de salud que preste servicio de diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis en el municipio de Amapala, Honduras	<p>Elegibilidad: Del personal de salud a los que se les aplico el cuestionario se seleccionaran un subgrupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Personal de salud que esté vinculado al sistema de salud. <p>Personal de salud que este disponible y dispuesto a participar en las fechas programada para la realización del grupo focal.</p> <p>Exclusión: -Personal de salud que luego de haber sido seleccionado después de aplicado el cuestionario deje de estar vinculado a la región de salud de Valle.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Personal de salud que después de ser seleccionado durante la aplicación del cuestionario sea 	<p>No probabilístico por criterio</p> <p>Muestra teórica/conceptual</p> <p>10 participantes</p>	<p>Barreras/Facilitadores</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Factores de la guía, estrategia, programa o política 2. Factores individuales de los profesionales de la salud 3. Factores del paciente 4. Interacciones profesionales 5. Incentivos y recursos 6. Capacidad de cambio organizacional 7. Factores sociales, políticos y legales 	<p>Primaria: -Médicos -Enfermeras -Promotores de salud -Otros</p>	<p>Guía de Grupo focal I: -Personal de salud</p>

		trasladado a otras unidades de salud que no sea de la región de salud de Valle.				
	Usuarios de los servicios de salud con diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea en el periodo 2018-2019..	<p>Elegibilidad: De los usuarios a los que se les aplicó el cuestionario se seleccionaron un subgrupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mayores de 18 años -Residentes en Amapala -Que hayan recibido el diagnóstico y tratamiento en las unidades de salud del municipio de Amapala durante 2018-2019 -usuarios que estén disponibles y dispuestos a participar en el grupo focal <p>Exclusión: -Usuarios que luego de ser seleccionados durante la aplicación del cuestionario se hayan trasladado de Amapala y no se logre establecer el contacto.</p>	<p>No probabilístico por criterio.</p> <p>Muestra teórica/conceptual</p> <p>10 participantes</p>	<p>Barreas/Facilitadores</p> <p>1. Factores de los profesionales de la salud</p> <p>2. Factores del paciente</p> <p>3. Interacciones con otros miembros de la comunidad</p> <p>4. Incentivos y recursos</p> <p>5. Capacidad de cambio organizacional</p> <p>6. Factores sociales, políticos y legales</p>	<p>Primaria: -Usuarios</p>	<p>Grupo focal II: -Usuarios</p>

Descripción de la metodología para lograr los objetivos						
Objetivo	Población	Criterios elegibilidad y exclusión	Diseño muestral/Muestra	Variables	Fuentes de información	Instrumentos
3. Cuantificar el conocimiento que el personal de salud y los usuarios tienen respecto a las intervenciones de diagnóstico mediante examen directo (frotis) y el tratamiento con Glucantime®, de la leishmaniasis cutánea.	Personal de salud que preste servicio de diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis en el municipio de Amapala, Honduras.	Totalidad del personal de salud vinculado a al sistema de salud del municipio de Amapala a la fecha de realización del estudio.	No probabilístico por criterio. Muestra teórica/conceptual Personal de salud (24): -Médicos (5) -Lic. Enfermería (1) -Enfermeras (14) -Promotores de salud (2) -Microscopista (1) -Microbiólogo (1)	Sociodemográficas: -Unidad salud - Perfil -Genero -Edad -Etnia -Tiempo laboral -Tipo vinculación -Originario Amapala -Antecedente leishmaniasis Conocimiento Sobre el Manual -Conoce el manual -Cuenta la unidad con el manual -Tiempo de implementación -Capacitación -Lineamiento diagnostico -Lineamiento tratamiento -lineamiento prevención -Lineamiento vigilancia	Primaria: -Médicos -Enfermeras -Promotores de salud -Otros	Cuestionario Dominios: 1. Caracterización sociodemográfica del personal de salud 2. Conocimiento del manual de abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras 3. Conocimiento del diagnóstico de leishmaniasis cutánea 4. Conocimiento del tratamiento de la leishmaniasis cutánea

				-Utilización en atención -Formato de acceso a manual -Manejo de casos Conocimiento Diagnostico: -Tipos leishmaniasis -Forma transmisión -Vector -Criterios epidemiológicos -Criterios clínicos -Exámenes diagnósticos -Examen en unidad _Casos de manejo especial -Criterios de hospitalización Conocimiento tratamiento: -Objetivos tratamiento -Fármacos recomendados -Fármaco de primera línea -Dosificación y duración Glucantime® -Exámenes mínimos -Efectos adversos -Dosificación y duración Miltefosina -Seguimiento	
--	--	--	--	--	--

				-Respuesta terapéutica		
	<p>Usuarios de los servicios de salud con diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea en el periodo 2018-2019.</p>	<p>Elegibilidad: Pacientes que hayan sido diagnosticados y/o recibido tratamiento de leishmaniasis cutánea 2018-2019. -Mayor o igual a 11 años -Residentes en Amapala -Usuarios que estén disponibles y dispuestos en el momento de levantamiento de las encuestas durante las visitas casa a casa de los identificados de los libros de registro diario.</p> <p>Exclusión: -Usuarios que no se tenga información para establecer contacto. -Usuarios diagnosticados que no sean del municipio o que se hayan trasladado. -Usuarios con registro duplicados.</p>	<p>No probabilístico por criterio</p> <p>Del total, de casos diagnosticados durante el último año se seleccionaron por criterio y se aplicaron 100 cuestionarios</p>	<p>Sociodemográficas: -Genero -Edad -Etnia -Ocupación -Nivel académico -Tiempo residencia Amapala -Lugar residencia -Unidad de salud</p> <p>Conocimiento experiencial sobre el diagnóstico: -Forma transmisión -Vector -Lugar de exposición -Horario picadura -Forma de lesión -Persona que confirma diagnóstico -Tiempo lesión-diagnóstico -Examen diagnóstico -Molestias postexamen</p> <p>Conocimiento experiencial tratamiento: -Evaluación médica -exámenes -Tipo de exámenes -Tiempo diagnóstico-tratamiento</p>	<p>Primaria: -Usuarios</p> <p>Secundaria: -para localización e identificación de los casos se usarán las bases de datos del registro de casos de la región de salud de Valle</p>	<p>Cuestionario</p> <p>Dominios: 1. Caracterización sociodemográfica del usuario 2. Conocimiento del diagnóstico de leishmaniasis cutánea 3. Conocimiento del tratamiento de la leishmaniasis cutánea</p>

				<ul style="list-style-type: none"> -Tipo tratamiento -Vía administración Glucantime® -Duración tratamiento -Disponibilidad tratamiento- Cumplimiento tratamiento -Persona que administro tratamiento -Lugar de tratamiento -Efectos adversos -Evolución final tratamiento -Evolución 3 meses -Evolución 6 meses -Recaídas 		
<p>4. Integrar los hallazgos para identificar las convergencias o divergencias entre las barreras y facilitadores experimentadas por el personal de salud y los usuarios, con el conocimiento que estos tienen acerca estas intervenciones.</p>					<p>Resultados de análisis de datos cualitativos.</p> <p>Resultados de análisis cuantitativos</p>	<p>Comparación de resultados de análisis de análisis cualitativos y cuantitativos de bases separadas.</p> <p>Tabla de visualización conjunta</p>

5.3 Plan de recolección de datos.

Para la recolección de los datos se utilizaron diferentes técnicas, entre ellas: entrevistas semiestructuradas las cuales fueron dirigidas a los actores claves de los diferentes niveles de participación en el proceso de implementación del Manual para el Abordaje Integral de las Leishmaniasis en Honduras 2016; otra de ellas fue un cuestionario dirigido tanto al personal de salud como a los usuarios de las 3 unidades de salud del municipio de Amapala y finalmente grupos focales que también fueron dirigidos al personal de salud y usuarios de estas unidades de salud. Los datos recolectados a través del cuestionario fueron digitados, procesados y analizados en el programa Epiinfo; mientras los datos cualitativos fueron transcritos textualmente en formato Word, para su posterior análisis con ayuda del Software NVivo. La descripción del proceso seguido por cada uno de los objetivos de la investigación, se detallan a continuación:

5.3.1 Primer Objetivo:

Se hicieron entrevistas semiestructuradas a los participantes identificados en esta fase por parte de la investigadora principal, previa cita pactada. Este tipo de entrevista es aquella en donde se indaga sobre una experiencia concreta del informante sobre la que se desea saber y cuyos efectos quieren analizarse, en esta se trabaja con un contenido y orden preestablecido, dejando abierta la gama de posibilidades que desee manifestar el entrevistado. (34,35)

Las entrevistas se planificaron para ser desarrolladas en un espacio cerrado para evitar las posibles interrupciones y para un mejor control del ruido, las que duraron entre 25-72 minutos. La guía de entrevista constó de ocho dominios preestablecidos mediante un marco conceptual, y subcategorías que fueron identificadas durante la etapa del análisis del contenido de las entrevistas, abordando las tres fases del proceso de implementación de una estrategia, norma o política en salud.

Los participantes fueron informados de los objetivos del estudio y de la finalidad de la entrevista previo a su desarrollo, se solicitó la firma del consentimiento informado, se garantizó la confidencialidad de la información obtenida y grabada en audio mediante la entrevista. Posteriormente se hizo transcripción textual y se analizó el contenido de las entrevistas con soporte del programa NVIVO, y a partir de ello se reconstruyó mediante las percepciones (proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización) (38) de los tomadores de decisiones como ha sido el proceso de implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis en Honduras, hasta la saturación teórica.

5.3.2 Segundo Objetivo:

A. Grupo focal I: “Personal de salud”

Se desarrollo utilizando método cualitativo, el personal de salud (médico, enfermera, promotor de salud y otros), y equipo investigador de campo (investigadora principal y auxiliar de campo) se desplazaron a la sede de la Base Naval de Amapala, institución que presto sus instalaciones para el desarrollo de los grupos focales; previo al inicio de este se procedió a la firma del consentimiento informado y autorización de grabación del desarrollo del mismo, se dio a conocer información sobre los objetivos del estudio y la finalidad de la actividad, se garantizó la confidencialidad desde el inicio de la sesión y se hizo énfasis que se respetará la privacidad individual de los participantes del grupo y que lo que se discutió y dijo durante el desarrollo de este, se quedó en el grupo y la información resultante fue manejada únicamente por el equipo de investigación.

El grupo focal del personal de salud se llevó a cabo con 10 participantes que hablaron sobre las barreras y los facilitadores desde su experiencia para el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea. La discusión fue estimulada mediante una dinámica interactiva dirigida por la investigadora principal que en ese momento actuó como moderadora, esta conversación duró alrededor de 90 minutos. La discusión recreó en condiciones parcialmente controladas de las vivencias y experiencias de los participantes sobre las limitaciones para establecer el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea partiendo de unas categorías preestablecidas sobre factores relacionados con la guía, individuales del paciente, individuales del personal de salud, cambio organizacional, interacciones con otros profesionales, y aquellos factores sociales, políticos y legales. Tales temas fueron llevados a flote por la moderadora para lograr la discusión de estos. (36) La experiencia de los participantes en este sentido se definió como una forma de construcción de conocimiento que no queda reducida y minimizada al sujeto en una particularidad y tampoco maximizada o diluida en una dimensión teórica universalista de la que no es parte. (45)

Una vez que finalizó la recolección de la información a través de audio, se realizó la transcripción textual y se procedió al análisis e interpretación de estos mediante programa NVivo, y herramienta de Microsoft Office-Word.

b. Grupo focal II: Usuarios

Utilizando método cualitativo, una vez que se concertó con los usuarios que durante la aplicación del cuestionario aceptaron participar en el grupo focal, el equipo investigador de campo (investigadora principal y auxiliar de campo) así como los usuarios se desplazaron a la Base Naval de Amapala, institución que prestó sus instalaciones previa gestión, para el desarrollo de los grupos focales, previa firma del consentimiento informado y autorización para grabar en audio el desarrollo del

mismo se informó sobre el objetivo y la finalidad de la actividad y garantizar la confidencialidad.

En el desarrollo de este grupo focal se contó con 8 de los 10 participantes que habían aceptado participar previamente, no se logró contar con la participación de los usuarios de tierra firme, por razones personales de disponibilidad de tiempo y traslado, pese a que se les facilitó la comida y el transporte a ambos grupos. Desde el inicio de la sesión se hizo énfasis y se respetó la privacidad individual, así como la de los otros participantes del grupo y que lo que se discutió y dijo durante el desarrollo de este, se quedó dentro del grupo, además la información que resultó se manejó únicamente por el equipo de investigación.

El desarrollo de la discusión fue moderado por la investigadora principal con temas previamente establecidos bajo un marco conceptual en una guía de grupo focal la cual busca la participación de los usuarios respecto a temática relacionada con la identificación de barreras y facilitadores para la implementación del diagnóstico y el tratamiento de la leishmaniasis cutánea percibidas desde su experiencia con la enfermedad. Estos fueron los mismos que se utilizaron en el grupo de personal de salud con excepción de los factores relacionados con la guía, norma o política en salud, dado que los usuarios no tienen participación en su implementación. Una vez que se finalizó la recolección, se realizó la transcripción textual de la información recolectada mediante los audios, este duró aproximadamente 55 minutos, posteriormente se procedió al análisis e interpretación de estos mediante programa NVivo y herramienta Word del programa Microsoft Office.

5.3.3 Tercer Objetivo

A. Conocimiento del personal de salud:

Bajo un enfoque cuantitativo, una vez que se contó con el aval de la Secretaría de Salud de Honduras para la ejecución del proyecto de investigación, se procedió a realizar la socialización con las autoridades de la región departamental de salud de Valle y a nivel municipal se socializó y sensibilizó al personal de salud y miembros de la comunidad mediante reunión con la mesa intersectorial del municipio de Amapala.

Se procedió con el apoyo y acompañamiento de un encuestador previamente capacitado a desplazarse a los establecimientos de salud del primer nivel de atención del municipio de Amapala (Puerto Grande, Los Langues y Amapala). Previa firma del consentimiento informado e información sobre los objetivos y finalidad del estudio, se diligenció un cuestionario que constó de cuatro dominios: caracterización sociodemográfica del personal de salud, conocimiento sobre el manual para el abordaje integral de la leishmaniasis en Honduras, conocimiento sobre el diagnóstico de la leishmaniasis cutánea, conocimiento sobre el tratamiento de la leishmaniasis cutánea.

Una vez diligenciado, completa y correctamente el cuestionario, se invitó al personal de salud a participar en un segundo momento en el desarrollo de un grupo focal y autorizando establecer el contacto con los que acepten participar en el segundo momento.

B. Conocimiento de los usuarios:

Utilizando método cuantitativo, se revisaron los libros de registro diario de leishmaniasis en las distintas unidades de salud, extrayendo listado de los pacientes mayores de 11 años (considerando que ya tienen una capacidad cognitiva para responder a los cuestionarios) y se agregó a este listado la distribución de los casos por comunidades, y posteriormente se desplazó a las comunidades identificadas en compañía del auxiliar de campo capacitada para encuestar, abordando los pacientes casa a casa hasta cumplir la jornada localizando la mayor cantidad de usuarios posibles por comunidad.

Previa firma del consentimiento informado e información sobre los objetivos del estudio y finalidad de este, se les diligenció un cuestionario que constó de tres dominios: caracterización sociodemográfica de los usuarios, conocimiento sobre el diagnóstico de la leishmaniasis cutánea y conocimiento sobre el tratamiento de esta.

Una vez finalizada la recolección, la investigadora principal invitó a los usuarios a participar en un segundo momento en el desarrollo de un grupo focal y estableció el contacto con los que aceptaron participar para el logro del tercer objetivo de la investigación.

5.3.4 Cuarto Objetivo

Finalmente, para el cumplimiento del objetivo número cuatro se hizo la integración, comparación e interpretación de los resultados de los análisis obtenidos por los métodos cualitativo y cuantitativo, para identificar convergencias o divergencias entre ambos, obtener complementariedad y una mayor comprensión de estos, a fin de dar respuesta a la pregunta de investigación, a través de la comparación de los resultados desde bases de datos separadas y presentadas finalmente mediante una tabla de visualización conjunta.

5.4 Prueba piloto

Los instrumentos que se diseñaron para describir el conocimiento adecuado del personal de salud y de los usuarios de los servicios de salud fueron estructurados y reestructurados por pilotaje para esta investigación por el equipo de investigadores. Estos cuestionarios fueron diseñados basados en el contenido del manual de abordaje integral de la leishmaniasis cutánea en Honduras. En el caso de los instrumentos guías para recolección de información del enfoque cualitativo fueron elaborados por la investigadora y revisados por el asesor de métodos cualitativos, construidas mediante categorías preestablecidas basadas en marco referencial de barreras y facilitadores y sobre las fases de la implementación de una estrategia y de los resultados de implementación de estas.

Para la validación del cuestionario diseñado para la recolección de los datos cuantitativos, se hizo una prueba piloto:

Contexto sociodemográfico del sitio de ejecución de prueba piloto:

Se llevó a cabo en el municipio de Nacaome, el cual comparte características sociodemográficas con el municipio de Amapala sitio donde se realizó el proyecto de investigación, en donde la estructura productiva de las aldeas y caseríos se centran fundamentalmente en la industria del cultivo del camarón este rubro es favorecido por los humedales del Golfo de Fonseca con sus bosques densos de manglares, ocupando el tercer rubro de importancia en cuanto a productos exportados por el país.

Por otro lado, industrialmente hablando está el procesamiento de sal; y paralelamente a estas de forma artesanal y para consumo personal están, la pesca, la agricultura especialmente de granos básicos para subsistencia mientras que el melón y sandía se dan también de forma industrial. Estas regiones tienen un clima tropical, en donde el periodo de lluvia se concentra en los meses de mayo-octubre, en el resto del periodo las temperaturas alcanzadas son notablemente elevadas, provocando un periodo de sequía acentuada, con una humedad que oscila entre el 60% y 80%.

Pilotaje:

Durante la realización de este se pudo constatar que el tiempo considerado durante el diseño del cuestionario era de 20 min, sin embargo, se encontró que el tiempo promedio de duración para la aplicación de estos fue de 32:73 min dentro de los cuales aproximadamente 5 a 8 min fueron utilizados para la lectura del consentimiento informado en el personal de salud, y entre 3 a 6 minutos por los usuarios.

Las observaciones recabadas durante la aplicación fueron discutidas y consensuadas con los directores de trabajo de grado para sus ajustes. Algunos de los hallazgos: limitaciones de la escritura e interpretación de las preguntas.

- Aplicación de cuestionarios a personal de salud:

El día 5 de noviembre 2019 se aplicaron 3 cuestionarios a miembros del personal de salud vinculados a la unidad de salud El Guanacaste (1 médico, 1 enfermera, 1 promotor de salud), para lo que fue necesario desplazarse en motocicleta desde Nacaome a la unidad de salud, cuya distancia es de aproximadamente 45km (aprox. 35min) en carretera abierta y pavimentada.

Se observó que el tiempo requerido para completar la aplicación del cuestionario fue menor en el personal que en los usuarios. Sin embargo, una de las demoras era en esperar a que este dado que estaban brindando atenciones en salud, no contaban con disponibilidad inmediata para ser abordados. En esta población hubo menor dificultad para comprender las preguntas y por otro lado llama la atención que hubo mayor interés en saber la finalidad del cuestionario y del estudio.

Cuadro 4: Resumen de prueba piloto del cuestionario de conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis, aplicado al personal de salud

Código	Tiempo de duración	Características del personal de salud
2001	36:21 min	Hombre de 31 años, mestizo, promotor de salud vinculado en modalidad de contrato a la unidad de salud de Guanacaste en un periodo de 5 a 9 años.
2002	24:16 min	Mujer de 29 años, mestiza, médica vinculada en modalidad de contrato a la unidad de salud de Guanacaste en un periodo de menos de un año.
2003	31:44 min	Mujer de 45 años, mestiza, enfermera vinculada en modalidad permanente a la unidad de salud de Guanacaste en un periodo de 10 años o más.

Tiempo de duración promedio para personal de salud 30:60 min

- Aplicación de cuestionarios a los usuarios:

El día 6 de noviembre se aplicaron a 3 cuestionarios a usuarios de los servicios de salud (pacientes diagnosticados y tratados por leishmaniasis cutánea), quienes reciben atención en las unidades de salud El Guanacaste y El Tular, para ello se desplazó en motocicleta desde Nacaome a la comunidad El Guanacaste vivienda ubicada frente a la unidad de salud, cuya distancia es de aproximadamente 45km (aprox. 35min) en carretera abierta y pavimentada, para el primer usuario. Para la aplicación al segundo usuario se desplazó desde Guanacaste al Tololar en

motocicleta distancia aproximada 6km (10min) y para el tercero de Guanacaste a Tular la distancia aproximada de 9km (15min), estos últimos recorridos por calle de tierra.

Se observó que el tiempo requerido para completar la aplicación del cuestionario fue mayor que en el personal. Una de las demoras para la aplicación de estos fue esperar a la disponibilidad de horario de los usuarios ya que dos de ellos no se encontraban en casa en el primer momento en que se programó abordarlos, siendo necesario contactarlos nuevamente para un segundo momento en el mismo día. En esta población hubo mayor dificultad para comprender las preguntas a medida aumentaba la edad del usuario.

Cuadro 5: Resumen de prueba piloto del cuestionario de conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis aplicado a los usuarios.

Código	Tiempo de duración	Características
2-001	45:00 min	Mujer de 73 años, mestiza, sin ningún nivel educativo, ama de casa quien recibe atención en la unidad de salud de Guanacaste.
1-002	26:20 min	Mujer de 19 años, mestiza, secundaria incompleta, estudiante quien recibe atención en la unidad de salud de El Tular.
1-003	33:39 min	Hombre de 50 años, mestizo, secundaria incompleta, constructor quien recibe atención en la unidad de salud de El Tular.

Tiempo de duración promedio para usuarios 34:86 min

5.5 Control de sesgos.

El riesgo de sesgos siempre estará presente en cualquier estudio epidemiológico y en particular los de tipo observacional. Se intentó anticipar y mitigar los posibles sesgos a los que se enfrenta el desarrollo de esta investigación.

Uno de los puntos más complicados lo supone el sesgo de selección de los participantes en el cuestionario del grupo del personal de salud dado que solo son 24, por lo cual se seleccionó la totalidad. En el caso de la selección de los usuarios se trató de abarcar la mayor parte de los registros de los casos diagnosticados y tratados que estaban documentados en el libro de atenciones diarias de leishmaniasis de las diferentes unidades, para intentar mitigar este sesgo, se tomaron en consideración las características sociodemográficas de los pacientes registrados durante el periodo 2018-2019, incluyendo participantes en proporciones representativas por sexo y grupo etario.

La posibilidad de sesgo de información por no respuesta a un ítem, por parte de los participantes del cuestionario, por temor a la exposición a una evaluación, por lo cual se hizo énfasis en que su participación fuera anónima y se les aseguró la confidencialidad de los resultados y se hizo énfasis en la importancia al encuestador de llenar todos los ítems del instrumento. Por otro lado, el sesgo de memoria en los usuarios por lo cual se incluyeron del último año de atención además de los diagnosticados durante el tiempo que la investigadora se encontró en el trabajo de campo.

El sesgo de medición de parte de los instrumentos se intentó disminuir mediante el pilotaje de los instrumentos diseñados, permitiendo reestructurar preguntas o elementos de estas o agregando categorías emergentes, esto último en el caso de las guías utilizadas en el método cualitativo.

5.6 Procesamiento y plan de análisis de datos.

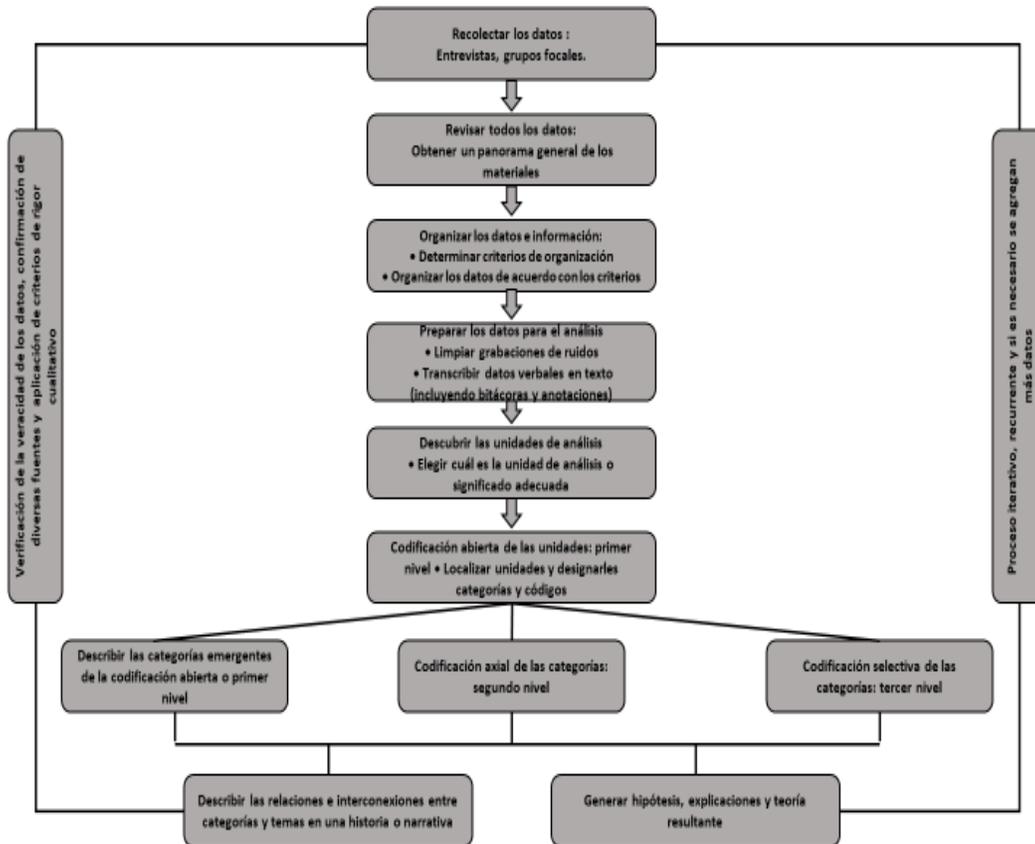
El método cuantitativo se seleccionó para dar respuesta al objetivo tres de la investigación, con el propósito de cuantificar el porcentaje de conocimiento que tiene tanto el personal de salud como los usuarios respecto a las intervenciones de diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea, este conocimiento en el caso de los usuarios se estimó desde lo experiencial, bajo el enfoque de la investigación de la implementación partiendo de los lineamientos establecidos en el Manual de Abordaje Integral de las Leishmaniasis en Honduras 2016. Para el análisis de la información cuantitativa se diseñaron dos bases de datos independientes una para el personal de salud y otra para los usuarios en Microsoft ACCESS y posterior análisis descriptivo en Epi-Info.

El enfoque cualitativo se seleccionó para dar respuesta a los objetivos uno y dos de la propuesta de investigación con el propósito de examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados; y dado que este enfoque es recomendable cuando el tema del estudio ha sido poco explorado,(35) tal es el caso de las barreras y facilitadores para la implementación del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea en Honduras y como ha sido el proceso de implementación de la estrategia del Manual del Abordaje Integral de las Leishmaniasis, bajo el enfoque de la investigación de la implementación. Para el análisis de la información cualitativa se transcribió en Microsoft Word textualmente la información recolectada en grabaciones de las entrevistas y grupos focales; y posteriormente procesada en el software NVIVO 12.

Se realizó un análisis de contenido de las entrevistas y grupos focales ya que es considerada una técnica objetiva, sistemática, cualitativa y cuantitativa que trabaja con materiales representativos, marcada por la exhaustividad y con posibilidades de generalización que ofrece a los investigadores indagar sobre la naturaleza del

discurso emitido por los participantes a través de diversas técnicas e instrumentos. (49)

Diagrama 3: Proceso para el Análisis Cualitativo



Fuente: Adaptado de Hernández Sampieri, 2014.

5.6.1 Primer objetivo:

Una vez realizadas las entrevistas semiestructuradas como primer paso para lograr el análisis e interpretación de los datos recolectados, se hizo una inmersión en los datos (35,47) lo que le permitió organizar estos según criterios previamente establecidos. Esta inmersión fue ayudada por la transcripción textual de las grabaciones de audio resultantes de las entrevistas realizadas a los tomadores de decisiones.

Como un segundo paso se procedió a la codificación (abierta, axial y selectiva) de los datos para tener una descripción más completa, resumiendo y eliminando la información no relevante con la finalidad de entender mejor el material analizado,

(47) cada código se agrupó y comparó entre categorías para agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones.

Cuadro 6: Matriz de recodificación del contenido en las categorías preestablecida en la guía de entrevista semiestructurada

Codificación abierta	Codificación axial	Codificación selectiva
	Categorías	
-Caracterización sociodemográfica -Percepción de la implementación de la estrategia del manual de abordaje integral de las leishmaniasis y de las intervenciones para el diagnóstico y tratamiento de esta.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración • Implementación • Evaluación 	Surgieron de los datos

Fuente: Elaborada por la autora

Una vez ordenados, codificados y recodificados los datos con ayuda del software NVIVO, se hizo el análisis de contenido. (35, 48).

5.6.2 Segundo objetivo:

Una vez realizados los grupos focales (personal de salud y usuarios) se procedió a organizar los datos y la información según criterios previamente establecidos, se hizo la inmersión en ellos revisando el material transcrito textualmente de las grabaciones de los grupos. La transcripción se hizo en Microsoft Word, luego se procedió a organizar el texto para una mejor lectura y comprensión.

Se hizo la codificación de los datos para tener una descripción más completa, resumiendo y eliminando la información no relevante con la finalidad de entender mejor el material analizado. La codificación se hizo basado en categorías preestablecidas, y se hizo la codificación (abierta, axial y selectiva). Se compararon las codificaciones entre sí para agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones; por otro lado, también se codificaron las categorías emergentes desde el primer nivel. (35,47)

Cuadro 7: Matriz de codificación del contenido en las categorías preestablecidas en la guía de grupos focales

Codificación abierta	Codificación axial	Codificación selectiva
Barreras Facilitadores	1. Factores relacionados con la guía, norma o política en salud 2. Factores de los profesionales de la salud 3. Factores del paciente 4. Interacciones con otros miembros de la comunidad 5. Incentivos y recursos 6. Capacidad de cambio organizacional 7. Factores sociales, políticos y legales	Surgieron de los datos

Fuente: Elaboración de la autora

Una vez que fueron ordenados y codificados todos los datos con ayuda del software NVivo, se hizo el análisis del contenido (descripción de las categorías, significados de las categorías, frecuencia con que se presentan las categorías y las relaciones existentes entre cada categoría) así como la vinculación que hay entre cada una de ellas. Se realizó una codificación asignando el texto a las categorías y subcategorías de los grupos focales en ambos grupos poblacionales hasta alcanzar la saturación teórica. (35,47)

5.6.3 Tercer objetivo:

Se crearon dos bases de datos independientes para digitalizar la información recogida mediante la aplicación de encuestas al personal de salud y a los usuarios, estas bases de datos diseñaron en Epi-Info con la colaboración de un experto en sistemas, en esta misma se realizó el análisis descriptivo del conocimiento adecuado que tiene el personal de salud y los usuarios respecto al diagnóstico y tratamiento, además se utilizaron las herramientas Excel y Word del programa Microsoft Office para la elaboración de tablas de contingencia y gráficos.

5.6.4 Cuarto objetivo:

Para el abordaje de este objetivo se partió de la premisa que el problema de la implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea en Amapala es un problema de predominio cualitativo considerando las siguientes afirmaciones (48,49):

1. El concepto en estudio este inmaduro por un éxito débil y una teoría e investigación previa conspicuos.
2. Noción de que la teoría previa puede ser apropiada, incorrecta o sesgada.
3. Existe la necesidad de explorar y describir el fenómeno y de desarrollar teoría.
4. La naturaleza del fenómeno no es apropiada para las mediciones cuantitativas.

Con el propósito de mejorar el análisis y la interpretación de los hallazgos de este estudio de método mixto, la intencionalidad fue disminuir las deficiencias y los sesgos que pueden derivarse del uso de un método único en el desarrollo de una investigación, que permitirá reforzar la validez y la credibilidad de los resultados.

Cuadro 8: Triangulación Metodológica para la Complementariedad de los Resultados

Triangulación Metodológica para la complementariedad de los hallazgos		
Método Cualitativo		Método Cuantitativo
Entrevistas Semiestructuradas	Grupos Focales	Cuestionarios
Objetivo: Describir el proceso de implementación de la estrategia “Manual para el abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras”, utilizada para implementar el diagnóstico y tratamiento, desde la perspectiva de los tomadores de decisiones.	Objetivo: Explorar las experiencias del personal de salud y de los usuarios sobre las barreras y facilitadores para la implementación del diagnóstico mediante examen directo (frotis) y el tratamiento con Glucantime®, de la leishmaniasis cutánea.	Objetivo: Cuantificar el conocimiento que el personal de salud y los usuarios tienen respecto a las intervenciones de diagnóstico mediante examen directo (frotis) y el tratamiento con Glucantime®, de la leishmaniasis cutánea
Triangulación entre método (cualitativo y cuantitativo)		
Combinación de dos estrategias metodológicas diferentes (cuestionarios, grupos focales) en una misma unidad de análisis (personal de salud y usuarios) para complementar la teoría sobre el fenómeno estudiado (barreras y facilitadores para la implementación del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea).		
Triangulación dentro del método cualitativo:		
Combinación de dos métodos de recolección de los datos (entrevistas, grupos focales) para identificar las barreras y facilitadores para la implementación del diagnóstico y el tratamiento de la leishmaniasis.		

Estos dos métodos de recolección fueron codificados y analizados por separado y luego se compararon los hallazgos a manera de validación entre ellos.	
---	--

La triangulación metodológica se hizo de manera simultánea desde bases separadas, comparando e interpretando los hallazgos obtenidos del método cualitativo (entrevistas semiestructuradas y grupos focales) y cuantitativo (cuestionarios), y buscando las convergencias u divergencias entre estos resultados y presentados en una tabla de visualización conjunta de estos. (48,49).

5.7 Aspectos éticos:

Para el estudio de investigación se empleó un consentimiento y asentimiento informado según aplique para cada uno de los participantes que contiene la información detallada de la misma basada en la Declaración de Helsinki 2013, (50) normativa jurídica de la República Colombiana, principalmente a la resolución 8430 de 1993 que regula la investigación en salud, (51) normas éticas internacionales para la investigación en humanos. Se garantizó la confidencialidad de los participantes a través de asignación de números de codificación para preservar su identidad, este constó de 4 dígitos:

1	0	0	1
---	---	---	---

En donde la primera casilla corresponde a la unidad de salud (1=CESAMO Amapala, 2= CESAMO Puerto Grande, 3= CESAMO Los Langués) y las últimas tres casillas al número de participante. Solo la investigadora principal tuvo acceso a esta base de datos en caso de verificación.

El estudio se consideró pertinente ya que los resultados permitió mejorar en el conocimiento de las barreras y facilitadores en el proceso de implementación de estrategias para el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis, con el fin de impactar positivamente en la atención en salud de la población de Amapala y como potencial efecto replicado en Honduras; respetando el principio de no maleficencia, beneficencia, autonomía en el respeto a los participantes y salvaguardo de su confidencialidad, bajo el principio de justicia.

Esta investigación se clasificó como de riesgo mínimo tanto para los participantes como para la investigadora principal, ya que la posibilidad de daño o molestia para el participante no es mayor al que representa una entrevista o encuesta durante su rutina diaria. Sin embargo, hay que tener en cuenta la importancia de lo que puede implicar indagar el desempeño y funcionamiento de programas de salud, el dominio de conocimientos de los servidores profesionales de salud, ya que puede ser considerado por estos como una evaluación o auditoría, así como de igual manera los usuarios de estos servicios podrían sentir temor de represalias por parte del

personal de salud por verter sus opiniones respecto al funcionamiento y la atención por parte de estos últimos.

Por tal razón se hizo énfasis antes, durante y Después de la aplicación de los instrumentos y desarrollo de las actividades que se implementaron para la recolección de la información, en donde se dio la garantía que dicha información es totalmente confidencial y que no se usó para evaluaciones de desempeño o de calidad de los servicios. Tal información se recolectó y custodió por la investigadora principal.

Sin embargo, en caso de que algún participante hubiera presentado alguna reacción de tipo emocional o física durante la recolección de los datos, la investigadora principal fue la responsable del manejo de tales situaciones dado que es médica general y tiene experiencia en manejo de intervención en crisis y de haber sido necesario se haría la respectiva remisión a los niveles correspondientes.

En cuanto a la investigadora principal y su personal de apoyo también se tomaron en consideración el riesgo por estar en una zona endémica de leishmaniasis y se tomaron las medidas preventivas necesarias para disminuir el riesgo de exposición al vector, mediante el uso de ropa que proteja las áreas corporales expuestas, uso de repelente. Fue responsabilidad de la investigadora principal proporcionarle estas medidas mínimas a su equipo. Se tomo en consideración que la probabilidad de transmisión domiciliar de leishmaniasis es muy baja, esto ha sido documentado en diferentes estudios a nivel mundial.

Los resultados obtenidos se usaron exclusivamente para fines académicos e investigativos aplicados en el mejoramiento de la salud de las poblaciones. Las bases de datos se diseñaron garantizando la confidencialidad de la información obtenida, conservando su estado original sin alteraciones y la información que se obtenida en forma física se guardó en un archivo asegurado por un periodo de 5 años, para su posterior destrucción; y la digital por 10 años, para este último se harán tres copias de ella para garantizar la conservación de los datos.

El trabajo contó con los avales éticos e institucionales siguiente:

- Comité de Ética de Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia
- Aval Institucional de la Secretaria de Salud de Honduras
- Aval Institucional de la Dirección Departamental de Salud de Valle
- Aval Institucional de la Dirección Municipal de Salud de Amapala-

6. Resultados

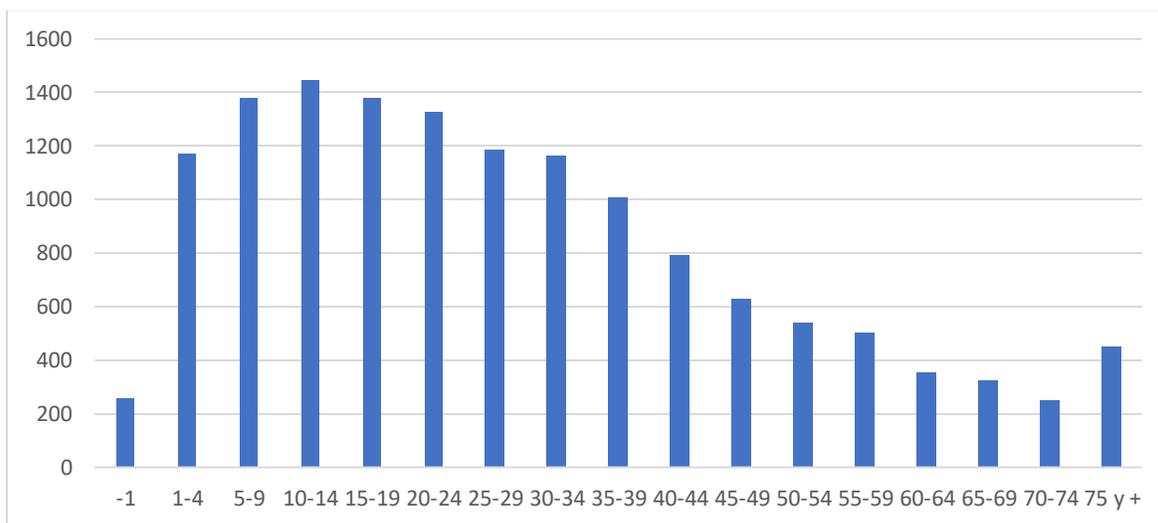
6.1 Contexto

A continuación, se hará una descripción del contexto en que se da la atención a los pacientes con leishmaniasis, principalmente en la unidad de salud del CESAMO de Amapala.

6.1.1 Descripción de la atención de los pacientes con leishmaniasis cutánea en la unidad de salud del municipio de Amapala

Según datos manejados por la unidad de salud de Amapala, para la programación de actividades anuales en salud, se estimó que la población para el 2020 es de 14,165 habitantes, de estos 8,300(59%) pertenecen al área de influencia del CESAMO Amapala, 3,105(22%) a la unidad de salud de Los Langes y 2,760(19%) a Puerto Grande la distribución de esta por grupos etarios se muestra en la gráfica a continuación:

Gráfico 1: Distribución de la población del municipio de Amapala por grupo etario, año 2020



Fuente: Base de datos de unidad de salud Amapala

El municipio cuenta con 3 unidades prestadores de servicios de salud, un CESAMO en el lado de la isla, el cual comparte instalaciones con la Clínica Materno Infantil y dos unidades en el lado de tierra firme: Langes y Puerto Grande. De ellos quien lleva un registro más juicioso de los casos es el CESAMO de Amapala, en los cuales se hizo la revisión del libro de registro diario de leishmaniasis de los años 2018 y 2019 que se lleva como parte de las actividades del programa de control de la enfermedad.

En el año 2018 se realizaron 148 muestras para examen directo (frotis) obteniendo un 90% (133 muestras) de positividad, la edad media de los casos fue de 17 años, 76(57%) de los casos fueron mujeres, solo 77(58%) del total de diagnosticados durante este año recibieron tratamiento. Para el año 2019 se realizaron un total de 167 muestras donde 152(91%) fueron positivas, 84(55%) de los casos son del sexo femenino, con una edad promedio de 19 años, en ese año solo se trataron 32(21%) de los casos, los datos actualizados a mayo del 2020 se han realizado un total de 30 de las cuales 28(93%) fueron positivas y hasta el momento solo un paciente se ha tratado de este año.

Los resultados de estos exámenes directos (frotis), pasan por un doble control de calidad primero a nivel regional y luego son enviadas al laboratorio central. Pese a estos esfuerzos en cuanto al diagnóstico de la leishmaniasis, se refleja que hay un porcentaje bajo de cobertura del tratamiento según registros del libro diario de leishmaniasis en estos dos últimos años (2018-2019), (Tablas 1,2,3)

Tabla 1: Registro de libro diario de leishmaniasis del CESAMO Amapala año 2018

LEISHMANIASIS CESAMO AMAPALA 2018						
	Muestras Tomadas	Positivos	H	M	Edad media	Tratados
Enero	31	30 (97%)	15(50%)	15(50%)	16	13(43%)
Febrero	9	7(78%)	3(43%)	4(57%)	14	5(71%)
Marzo	6	6(100%)	1(17%)	5(83%)	16	1(17%)
Abril	23	20(87%)	6(30%)	14(70%)	23	12(60%)
Mayo	30	23(77%)	12(52%)	11(48%)	16	11(48%)
Junio	15	15(100%)	6(40%)	9(60%)	17	7(47%)
Julio	6	6(100%)	1(17%)	5(83%)	11	6(100%)
Agosto	15	14(93%)	7(50%)	7(50%)	16	13(93%)
Septiembre	3	3(100%)	3(100%)	0(0%)	22	3(100%)
Octubre	5	4(80%)	1(25%)	3(75%)	12	3(75%)
Noviembre	3	3(100%)	2(67%)	1(33%)	7	2(67%)
Diciembre	2	2(100%)	0(0%)	2(100%)	39	1(50%)
TOTAL	148	133(90%)	57(43%)	76(57%)	17	77(58%)

Fuente: Libro de registro diario de pacientes con leishmaniasis.

Tabla 2: Registro de libro diario de leishmaniasis del CESAMO Amapala año 2019

LEISHMANIASIS CESAMO AMAPALA 2019						
	Muestras Tomadas	Positivos	H	M	Edad media	Tratados
Enero	7	5(71%)	3(60%)	2(40%)	19	2(40%)
Febrero	11	11(100%)	5(45%)	6(55%)	23	8(73%)
Marzo	26	26(100%)	8(31%)	18(69%)	18	5(19%)
Abril	17	15(88%)	11(73%)	4(23%)	25	3(20%)
Mayo	10	8(80%)	2(25%)	6(75%)	22	4(50%)
Junio	22	13(59%)	7(54%)	6(46%)	17	1(8%)
Julio	10	10(100%)	4(40%)	6(60%)	22	4(40%)
Agosto	10	10(100%)	4(40%)	6(60%)	22	3(30%)
Septiembre	9	9(100%)	3(33%)	6(67%)	31	2(22%)
Octubre	2	2(100%)	2(100%)	0(0%)	8	0(0%)
Noviembre	16	16(100%)	4(25%)	12(75%)	16	0(0%)
Diciembre	27	27(100%)	15(56%)	12(44%)	21	0(0%)
TOTAL	167	152(91%)	68(45%)	84(55%)	19	32(21%)

Fuente: Libro de registro diario de pacientes con leishmaniasis.

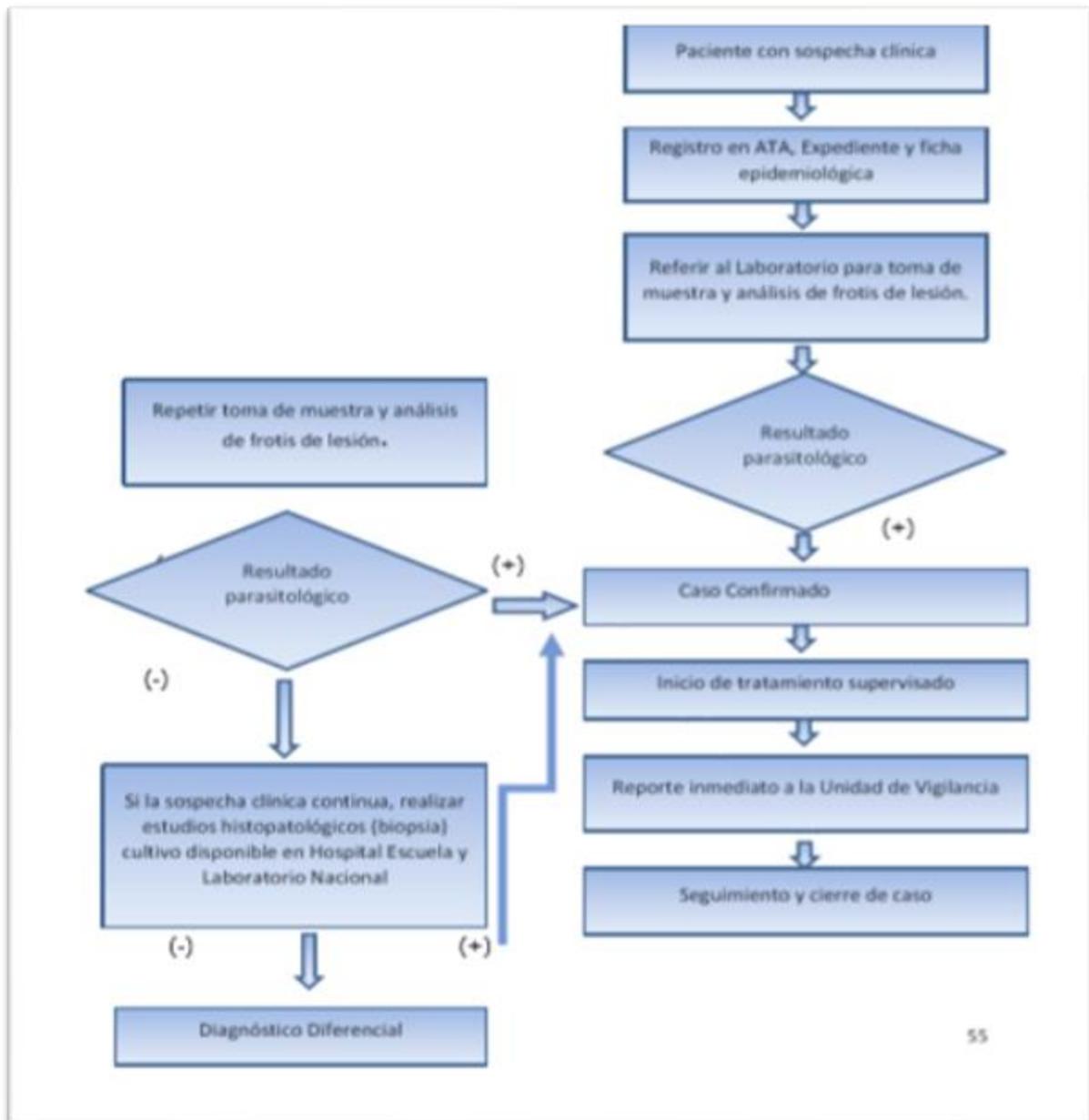
Tabla 3: Registro de libro diario de leishmaniasis del CESAMO Amapala año 2020

LEISHMANIASIS CESAMO AMAPALA 2020						
	Muestras Tomadas	Positivos	H	M	Edad media	Tratados
Enero	21	21(100%)	10(48%)	11(52%)	25	0(0%)
Febrero	6	5(83%)	2(40%)	3(60%)	16	1(20%)
Marzo	2	1(50%)	1(100%)	0(0%)	8	0(0%)
Abril	1	1(100%)	0(0%)	1(100%)	39	0(0%)
TOTAL	30	28(93%)	13(46%)	15(54%)	22	1(4%)

6.1.3 Ruta de atención al paciente con leishmaniasis en Amapala

A continuación, se presenta el flujograma de atención al paciente captado ya sea a través de búsqueda activa o por demanda espontánea por leishmaniasis cutánea, según el manual de abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras. (diagrama 4) y posteriormente en un cuadro se describirá en que consiste cada paso haciendo una comparación entre lo que establece el manual con lo observado durante el desarrollo de la investigación en la unidad de salud de Amapala.

Diagrama 4: Flujograma de Atención al Paciente con Leishmaniasis Cutánea



Fuente: Manual de Abordaje Integral de Leishmaniasis en Honduras

Cuadro 9: Paso a paso del flujograma de atención al paciente con leishmaniasis establecido en el manual de abordaje integral, comparado con el paso a paso en la atención observada durante la investigación

Flujo de atención según manual		Flujo de atención observado
1. Paciente con sospecha clínica (paciente con lesión dermatológica característica que acude por demanda espontánea o es captado en búsqueda activa por el personal de salud)		Paciente con lesión dermatológica característica captado por búsqueda activa o por demanda espontánea
2. Registro en ATA, Expediente y ficha epidemiológica (se da durante una atención médica ya sea brindada por el médico o por auxiliar de enfermería en los establecimientos de salud)		Paciente con la lesión dermatológica característica pasa directo al laboratorio, es revisada la lesión por la microscopista del laboratorio, si lo considera clínicamente compatible lo anota en el registro diario de leishmaniasis y llena la ficha epidemiológica.
3. Referir al Laboratorio para toma de muestra y análisis de frotis de lesión. (el médico o enfermera que evaluó previamente define si clínicamente es compatible y remite al laboratorio para toma de muestra)		Paciente en quien la lesión ya fue revisada por la microscopista y la considera compatible con el diagnóstico, procede a realizarle el raspado del borde de la lesión para el examen de frotis.
4. Resultado parasitológico		
Positivo	Caso Confirmado (técnico de laboratorio reporta examen parasitológico positivo al médico, paciente debe pasar a una segunda evaluación y se remite al laboratorio para realización de exámenes laboratoriales mínimos para determinar el inicio del tratamiento, registrar atención, posteriormente al estar los resultados, paciente debe pasar a atención nuevamente ser registrado y el médico debe llenar solicitud del tratamiento reportando resultados de laboratorio, peso, y dosificación)	Se informa al paciente sobre resultado positivo, este acude al laboratorio y se le realizan los exámenes requisito mínimo para determinar el inicio del tratamiento. Una vez están los resultados aquellos casos que no reportan anomalías se le remite al médico la ficha de solicitud de tratamiento para ser firmada. En los casos que los laboratoriales que reportan anomalías, se remite al paciente a atención médica para indicar tratamiento previo hasta que este determine que paciente ya es apto para iniciar el tratamiento.
	Reporte unidad de vigilancia (supervisora municipal entrega informe semanal, mensual de casos nuevos, además de técnico en laboratorio en informes mensuales)	Se informa a la unidad de vigilancia mediante informes semanales y mensuales de enfermedades de notificación obligatoria. (supervisora municipal y técnica de laboratorio)
	Inicio de tratamiento	

	(determinado de acuerdo con resultado de laboratorio y criterio medico)	
	Seguimiento y cierre de caso (administración supervisada del tratamiento por personal médico o de enfermería en la unidad de salud, vigilancia de efectos secundarios según ficha, evaluación al 1,3 y 6 mes de terminado el tratamiento, y cierre de caso en ficha de vigilancia)	Se administra el tratamiento en la unidad de salud de forma supervisada de lunes a viernes por la microscopista del laboratorio la cual fue capacitada para tal administración, y los fines de semana o días festivos el personal de enfermería de la clínica materno es el responsable de administrar el tratamiento. No se llena la ficha de vigilancia de efectos secundarios al uso de Glucantime® No se hace un seguimiento por escrito en el expediente por parte del médico ni del personal de enfermería en tiempos establecidos por el manual, ocasionalmente la técnica en laboratorio revisa la evolución de las lesiones en algunos pacientes, pero tampoco se hace un registro, ni se clasifica nuevamente la enfermedad y ni se determina el cierre de caso en las fichas de vigilancia.
Negativo	Repetir toma de muestra para examen parasitológico	No se observó que se realizara una segunda toma
	Si la sospecha clínica continua indicar exámenes (cultivo, biopsia, serología)	En solo uno de los casos encuestados se refirió para biopsia ante persistencia de sospecha clínica
	Diagnostico diferencial	No se observó que se realizara

Descripción de lo que sucede en la práctica (observacional)

En el municipio de Amapala, en el lado de la isla, los pacientes en su mayoría son captados por demanda espontánea, se dirigen directamente al laboratorio en búsqueda de la microscopista del laboratorio que es la encargada del programa de leishmaniasis en la unidad de salud del CESAMO de Amapala sin pasar a consulta médica. Una vez examinada la lesión dermatológica y si es compatible con las características típicas de la leishmaniasis en la zona se procede a la toma de la muestra por la misma microscopista quien posteriormente da lectura a las placas. Luego de ello al estar el resultado sea positivo o negativo se anota en el libro de registro diario de leishmaniasis, se contacta a los pacientes cuyo resultado es positivo para indicarle la realización de exámenes mínimos de laboratorio (hemograma, creatinina) para valorar si es apto para el inicio del tratamiento con Glucantime®. De estar estos dentro de los parámetros normales se decide de acuerdo con las características de la lesión y si ha recibido esquemas previos de tratamiento, el inicio del tratamiento ya sea por vía intramuscular o intralesional.

El tratamiento es supervisado en las unidades de salud administrado por la microscopista del laboratorio y las enfermeras o en casos excepcionales es administrado en la comunidad. Se le da orientación al paciente sobre efectos

secundarios sin embargo no se lleva un registro documental de estos. Respecto a esta ruta en las unidades de salud del lado de tierra firme hay algunas diferencias, la captación de los pacientes son en su mayoría por búsqueda activa en las comunidades ya que quien maneja las actividades de control de la enfermedad en estas es el técnico en salud ambiental (TSA), se toman las muestras ya sea en la comunidad o se remite a la unidad de salud, estas son enviadas al laboratorio del CESAMO Amapala, donde la microscopista del laboratorio da lectura y notifica los resultados a las respectivas unidades.

Los pacientes con resultado positivo son notificados por el TSA, y remitidos a la unidad de salud para evaluación e indicación de exámenes laboratoriales. Estos deben acudir al laboratorio de Amapala o al de San Lorenzo y una vez tengan los resultados acuden con ellos a las unidades de salud para iniciar el tratamiento, este es supervisado en las unidades de salud, administrado por las enfermeras y en caso excepcional en la comunidad por la enfermera y en el caso de Langues cuenta con la colaboración de una voluntaria de salud misma que es supervisada por las enfermeras. Sin embargo, igual que en Amapala, no se lleva un registro de los efectos secundarios del uso del tratamiento. (observaciones del investigador).

A continuación, se exponen los principales resultados obtenidos, por cada uno de los objetivos específicos de tipo cualitativos, realizando la triangulación necesaria con el objetivo cuantitativo, con el fin de evidenciar las convergencias entre los hallazgos que se obtuvieron en campo a través de las diferentes fuentes de información utilizadas.

6.2 Resultados por Objetivos

6.2.1 Objetivo 1: Describir el proceso de implementación de la estrategia “Manual para el abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras”, utilizada para implementar el diagnóstico y tratamiento, desde la perspectiva de los tomadores de decisiones.

A continuación, se presentan y describen los principales hallazgos a partir de las entrevistas realizadas a los actores claves identificados, relacionados con implementación de la estrategia “Manual de Abordaje Integral de las Leishmaniasis en Honduras”. Primero se presenta la caracterización sociodemográfica de los participantes, posteriormente se hace la descripción de los resultados que emergen del análisis del contenido de las entrevistas partiendo de categorías preestablecidas para dar respuesta al objetivo planteado. Luego se presentan las categorías emergentes significativas y que contribuyen a la descripción del proceso de implementación, así como a la identificación de posibles soluciones.

6.2.1.1 Caracterización sociodemográfica de los entrevistados

Se desarrollaron 8 entrevistas en total, a actores claves previamente identificados en los diferentes niveles, los cuales son representados por colores para su mejor visualización, el nivel central se representa con color verde, nivel regional color rosa y el nivel regional de color azul. Del total de participantes 3(37.5%) corresponden al nivel central, 3(37.5%) a nivel regional y 2(25%) a nivel local. Las edades estuvieron comprendidas entre los 40 y 61 años, la mayoría de los participantes fueron del género hombre 6(75%). Las profesiones variaron entre técnicos en salud ambiental, médicos, microbióloga, enfermera profesional y un administrador de empresas que funge como técnico en salud ambiental normativo. Del total de entrevistados 7(87.5%) aún continúan vinculados con la Secretaria de Salud y solo 1 trabaja actualmente en otra institución vinculada indirectamente con la secretaria, los 8(100%) han contado con un vínculo de permanencia en sus trabajos desde 2016 hasta la actualidad. (cuadro 10)

Cuadro 10: Caracterización sociodemográfica de los actores claves entrevistados

Nivel de Participación	Código	Edad	Sexo	Nivel de Educación	Cargo		Vinculación	
					Año Elaboración del Manual (2016)	Actual	2016	Actual
Central	E1001	58	H	Administración de empresas	Técnico de salud ambiental normativo de enfermedades transmitidas por vectores	Mismo Cargo	Permanente	Permanente
	E1002	61	H	Técnico en salud ambiental	Técnico normativo del nivel central de la secretaria de salud	Técnico normativo en el área de riesgos ambientales	Permanente	Permanente
	E1008	57	H	Medico parasitólogo	Jefe del programa nacional de chagas y leishmaniasis	Jefe del departamento de vigilancia de la salud del hospital escuela universitario	Permanente	Permanente
Regional	E2003	40	H	Técnico de salud ambiental	Entomólogo	Coordinador regional de riesgos ambientales	Permanente	Permanente
	E2004	48	H	Medico epidemiólogo	Jefe regional de la unidad de vigilancia de la salud	Mismo Cargo	Permanente	Permanente
	E2005	54	M	Microbióloga	Coordinadora de laboratorio regional	Mismo Cargo	Permanente	Permanente
Local	E3006	53	H	Medico salubrista	Jefe de salud de municipio Amapala	Mismo Cargo	Permanente	Permanente
	E3007	43	M	Licenciada en enfermería	Supervisora municipal de los establecimientos de salud	Mismo Cargo	Permanente	Permanente

Fuente: Guía de entrevista semiestructurada

6.2.1.2 Percepción de los entrevistados sobre el proceso de implementación del Manual de Abordaje Integral de las Leishmaniasis en Honduras 2016.

Esta categoría fue nutrida por subcategorías relacionadas con los resultados de la implementación de estrategias, en las etapas de introducción (elaboración), ampliación (socialización) y la establecida (evaluación), estas a su vez fueron nutridas con temas de codificación selectiva In-Vivo en las cuales los participantes

hablaron sobre estos tres momentos de la implementación de una norma o política en salud (elaboración, implementación y evaluación). (Diagrama 5)

Diagrama 5: Categorías y subcategorías preestablecidas en la guía de entrevista, para describir del proceso de implementación del Manual de Abordaje Integral de la Leishmaniasis en Honduras



Fuente: Elaboración propia.

Respecto al proceso de elaboración del Manual de Abordaje Integral de las Leishmaniasis en Honduras 2016, quienes participaron activamente en esta etapa según el análisis del contenido de las entrevistas fueron los actores del nivel central, quienes manifestaron desde su perspectiva que se desarrollaron diferentes actividades y acciones para alcanzar los resultados de la implementación del manual.

Dentro de estas figuras con mayor énfasis la revisión de referencias bibliográficas, múltiples revisiones a la elaboración y el contenido de este previo a su aprobación tanto por comités de expertos nacionales como internacionales, la participación de un equipo de personal calificado en diversas áreas y profesiones para la elaboración del manual. En la etapa de la elaboración e implementación propiamente dicha del manual, se contó con el apoyo de la secretaria de salud de Honduras a través de la dirección de normalización y fue financiado con recursos de la cooperación canadiense que ejecutó fondos para actividades de acción y control del programa de Chagas y Leishmaniasis.

Los entrevistados dejan de manifiesto que se hicieron muchos esfuerzos para garantizar con éxito la elaboración del manual de abordaje integral de la leishmaniasis en Honduras, y algunos de sus testimonios se plasman a continuación:

“Desde 1991 existía solo un documento específicamente para el tema de tratamiento y no así, para un abordaje integral de esta problemática a nivel nacional. Para 2011 ya se inicia con el auspicio de los fondos de Canadá a través del proyecto PENCHALE”.

...E1001

“Honduras durante el periodo 2006 a 2018 contó con el apoyo del gobierno de Canadá, para una subvención para Chagas y leishmaniasis, permitiendo la elaboración y socialización de la implementación del manual de abordaje integral”

...E1001

“Esta normativa nace de un proyecto que se gestionó con la cooperación canadiense desde el año 2008, con un total de 18 millones de dólares, se vino a implementar ya como en el 2011 de manera formal”

...E1008

“El proceso de elaboración del manual de abordaje integral de las leishmaniasis duro desde el 2014 y fue culminado en el 2016”

...E1001

“Objetivo de la implementación del manual es orientar las acciones en cuanto al tratamiento, educación, vigilancia entomológica y control de la leishmaniasis”

...E1002

“Participación de un equipo técnico multidisciplinario para la elaboración del manual, epidemiólogos, técnicos en salud ambiental, fejes regionales y técnicos microbiólogos del país”

...E1001

“En 2016 el manual fue aprobado por la Secretaria de Salud de Honduras y decretado dentro del marco normativo garantizando así su cumplimiento a nivel de país”

...E1002

Para la segunda etapa del proceso de implementación del manual de abordaje integral de las leishmaniasis, aparecen otros participantes de nivel regional durante esta fase, donde las principales acciones que se llevaron a cabo para garantizar el proceso fueron la capacitación con efecto multiplicador a los representantes de las diferentes regiones departamentales de salud, la distribución del manual a todos los establecimientos de salud a nivel nacional y la capacitación del recurso humano.

Reconocen que hubo limitaciones para alcanzar la cobertura por la accesibilidad a establecimientos de salud en lugares alejados y sostenibilidad dada la reestructuración del sistema de salud en Honduras a partir del 2014 en donde los programas pasaron a ser unidades autosostenibles de vigilancia para la salud en las diversas enfermedades, en este caso de la leishmaniasis. También los niveles locales y regionales desde su perspectiva refirieron no haber sido tomados en cuenta durante la elaboración del manual. Algunos de los testimonios son presentados a continuación:

“Las primeras socializaciones del manual se dieron durante la evaluación nacional del programa de chagas y Leishmaniasis y sus indicadores del 2014- 2015”

...E2004

“Una limitación en la implementación de estrategias para el control de la leishmaniasis es que en Honduras ya no existen los programas, sino unidades de vigilancia de la enfermedad”

...E1001

“Una limitación para socializar la implementación del manual fue el acceso lugares recónditos, por lo cual la estrategia que se empleo fue en generar el efecto multiplicador una vez socializado a las regiones de salud”

...E1002

“No recuerdo haber participado en el manual, nosotros (nivel regional) prácticamente solo estábamos en diagnóstico y cosas generales porque prácticamente la gente del nivel nacional es que toma las decisiones”

...E2005

“No participa en la elaboración e implementación de estrategias la gente que debe participar, participa solo equis personal para que le de validez y viabilidad a ese documento. Tendría que ser la gente encargada a final de ponerlas en práctica e implementarlas desde el lugar donde ocurren los casos, el personal que será el responsable de ponerlas en marcha, veces no se da ni cuenta uno donde hacen las normas, solo nos llaman de nivel central para discutir y socializar el manual en ocasiones siquiera eso”

...E3006

Para la última etapa del proceso de implementación, la evaluación, desde sus perspectivas algunos de los participantes mencionan que hay más limitaciones que acciones o actividades diseñadas para esta etapa y que son presentadas por sus testimonios a continuación:

“Nos quedamos un poco cortos, teníamos que haber diseñado algunas formas de evaluar el impacto de todo lo implementado a través del proyecto en sus siete años, para poder como definir que estrategias se podrían implementar en un plazo inmediato, o futuro”

...E1002

“La evaluación de la implementación de las estrategias se hace a través de la detección de los índices, mapeo de los casos por regiones, las muestras para diagnóstico son sometidas a control de calidad”

...E1001

“Los resultados de la implementación del manual los evaluamos de forma indirecta mediante las evaluaciones trimestrales, semestrales y anuales de todas las actividades relacionadas con la atención al paciente con leishmaniasis, nos da una idea de cuál es la aceptabilidad que tiene, si hay adherencia al tratamiento y todos esos factores que inciden en el control de la enfermedad”

...E2004

Las actividades y acciones que desde la perspectiva de los participantes de los diferentes niveles se llevaron a cabo durante todo el proceso de implementación del manual, fueron codificadas de acuerdo con el análisis de su contenido y se esquematizan en el siguiente cuadro:

Cuadro 11: Actividades y acciones en las diferentes etapas de implementación del Manual, según el análisis de contenido de las entrevistas a actores claves

Codificación In Vivo (frecuencia de la idea)
Participación en la elaboración de un equipo técnico multidisciplinario (2) Respuesta positiva del personal por documento normativo (1) Participación de todas las regiones sanitarias (1)
Aprobado por la Secretaria de Salud de Honduras (1) Segunda fase de proyecto de Honduras para control de la enfermedad (1)
Revisiones comité de expertos nacionales e internacionales (2) Reproducción y socialización de fácil interpretación (1) Revisión de datos y documentos (1)
El Manual fue establecido como decreto del marco normativo/ley (1) Documento de respaldo y cumplimiento obligatorio (2) Orientado a los lineamientos y estructura de interés de la OPS (1)
Socialización al personal de salud (1) Parte de la atención diaria en unidades de salud (1)
Directriz vertical para su implementación (1) Impacto en mecanismos de las actividades de acción y control (1) Impacto en reporte de casos (1) Supervisiones por la unidad de vigilancia del marco normativo (1)
Apoyo financiero Gobierno de Canadá: subvención programa Chagas y Leishmaniasis 2006-2018 (3) Apoyo financiero Gobierno de Canadá: subvención programa Chagas y Leishmaniasis 2006-2018 (3)
Disponibilidad del manual en todas las unidades (1)

Con este esquema podemos visualizar que los resultados de la implementación en la primera fase y algunos de la segunda son los que se más se evidencian en el análisis del contenido, durante el proceso de implementación del manual durante el proceso. Así como nuevamente evidenciar la mayor participación en esta primera etapa de implementación del nivel central y de escasa a nula a nivel regional y local, respectivamente.

Por otro lado, los participantes mencionaron algunas de las limitaciones o barreras del proceso de implementación del manual y estas también se codificaron dentro según el análisis del contenido de la entrevista y son esquematizados en el siguiente cuadro:

Cuadro 12: Barreras para el logro de los resultados de implementación de la estrategia, identificadas por los actores claves entrevistados.

Limitantes o barreras (frecuencia de la idea)
No participación del nivel local en la elaboración (1)
Recurso humano no calificado a cargo de la dirección de programas (1)
Nivel de conocimiento limita la implementación (1)
Falta de capacitación en la norma (2)
Rotación del personal de salud (1)
Desinterés del personal de salud (4)
No se cumple protocolo de atención (1)
Falta de recursos financieros para actualización del personal en las normas (1)
Descentralización de los recursos económicos para implementación (1)

Desde la percepción de los entrevistados, las principales barreras que fueron mencionadas en 4 y 2 ocasiones fueron el desinterés por parte del personal de salud y la falta de capacitación en la norma, respectivamente, respecto a esto algunos de los testimonios de los participantes fueron:

“Para garantizar la adopción y adherencia a la norma lo primero que se debió haber realizado era la capacitación a nivel local a todos los recursos: médico, enfermera, licenciada, enfermería, porque hay personas que saben que la enfermedad se llama leishmaniasis, pero no conocen mucho de la enfermedad”

...E3007

“En cuanto a la implementación desde el nivel central y nivel regional pues ha enviado la norma, pero que no hemos sido capacitados, solo la norma aquí está y hay que dedicar el tiempo nosotros mismo en darle una pequeña revisión”

...E3007

“La falta de actitud y aptitud del personal de salud, la falta de interés en capacitarse, la guía es clara y dice como debe de ser el abordaje integral”

...E2004

“A nivel regional no se adoptando la norma, el personal no se está involucrando en las actividades contempladas en el manual de abordaje, los médicos en servicio social se limitan a cumplir un numero de 18 pacientes y actividades de campo nada, entonces la falta de voluntad y de interés del personal médico como profesional y humano para abordar esta problemática es una de las barreras”

...E2004

Por otro lado, una de las categorías emergentes que surgió durante el desarrollo de las entrevistas a los actores claves de los diferentes niveles que se consideró relevante para proporcionar potenciales soluciones ante la problemática relacionada con la implementación de las estrategias del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis, se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro 13: Estrategias sugeridas por los actores claves entrevistados para mejorar la implementación del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis

Categoría Emergente	Estrategia (frecuencia de la idea)
Propuesta de estrategia de mejora para el control de la leishmaniasis	Programa de promoción y comunicación a través de canales digitales (2)
	Evaluación sistemática del personal (1)
	Estrategia de búsqueda activa de casos en escuelas (1)
	Incluir a las opciones de tratamiento el intralesional para casos selectivos (1)
	Incluir a las opciones de tratamiento el intralesional para casos selectivos (1)
	Estrategias de educación a la comunidad (1)
	Estrategia de vigilancia y seguimiento de casos (1)
	Capacitación de más recursos en zonas endémicas (1)

Se observa que dentro de las posibles estrategias para mejora las dos que figuran son, la de un programa de promoción y comunicación mediante la utilización de canales digitales la cual es propuesta a nivel central y por otro lado la inclusión dentro del manual de abordaje integral de opciones de tratamiento intralesional para casos selectivos la cual fue propuesta a nivel central y regional. Los entrevistados sobre esto dijeron:

“Que la población acceda más a los servicios de salud, promocionar el servicio, sería total...por ejemplo aprovechar los canales digitales que tiene la Secretaría de Salud, tiene campañas por Facebook, pero se promueve todo menos leishmaniasis. Se debería fortalecerse esa parte y asignar presupuesto para poner acciones para el control de leishmaniasis”

...E1001

“En aquellos pacientes que no mejoran con las inyecciones intramusculares, utilizar la inyección intralesional lo cual ya hemos demostrado que tiene excelentes resultados en estudios realizados en la zona”

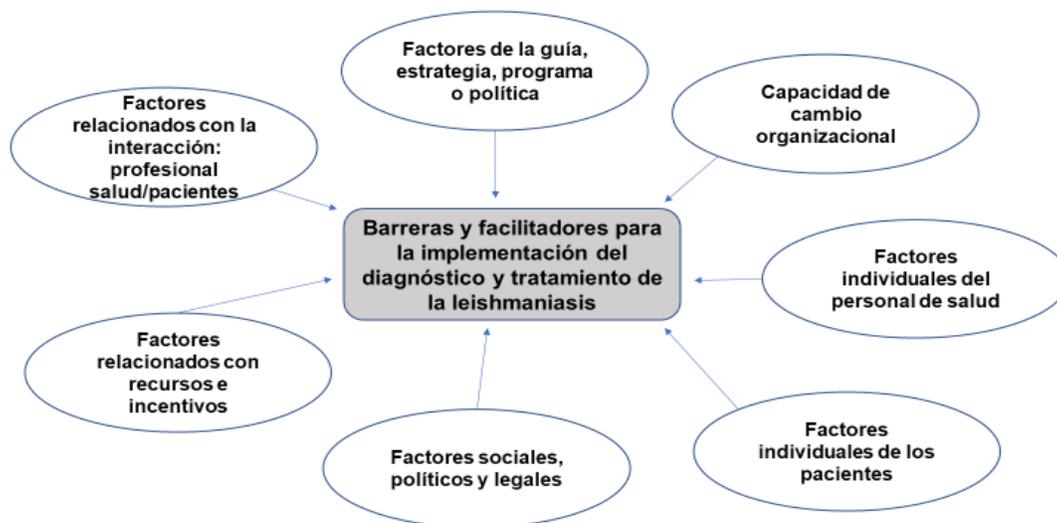
...E1008

6.2.2 Objetivo 2: Explorar las experiencias del personal de salud y de los usuarios sobre las barreras y facilitadores para la implementación del diagnóstico mediante examen directo (frotis) y el tratamiento con Glucantime®, de la leishmaniasis cutánea.

A continuación, se presentan los principales hallazgos luego de realizar la codificación NVivo del contenido del texto transcrito de los grupos focales tanto del personal de salud como de los usuarios. Estos se agruparon en las 7 categorías preestablecidas relacionadas con las barreras y los facilitadores para la implementación del diagnóstico mediante examen directo (frotis) y tratamiento con Glucantime® de la leishmaniasis, identificadas desde la experiencias de ambos grupos que participaron, para dar respuesta al objetivo propuesto, estos resultados se presentaran en cuadros registrando las ideas obtenidas del análisis del contenido de los grupos focales y entre paréntesis se refleja el número de veces se repitió una idea.

Se presenta el diagrama de las categorías preestablecidas y posteriormente los cuadros con los resultados contrastando las experiencias del personal de salud con las de los usuarios que fueron mencionadas por estos y que se clasificaron dentro de las categorías como barreras o facilitadores, con excepción de la relacionada con los factores de la guía norma o política que solo se abordó en el personal de salud.

Diagrama 6: Categoría y subcategorías preestablecidas en la guía de grupos focales para la identificación de barreras y facilitadores en la implementación del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea: personal de salud y usuarios



Fuente: Elaboración propia.

Caracterización de los participantes de los grupos focales:

Tabla 4: Caracterización de los participantes del grupo focal: personal de salud

Características	N=10	Porcentaje (%)
Unidad de salud		
Amapala	6	60%
Langues	2	20%
Puerto Grande	2	20%
Profesión/Oficio		
Médico	1	10%
Enfermera	1	10%
Auxiliar de enfermería	5	50%
Técnico en salud ambiental	2	20%
Microscopista	1	10%
Genero		
Mujer	7	70%
Edad (Media/SD)	34.4	
Tipo de vinculación		
Permanente	1	10%
Contrato	7	70%
Servicio social	2	20%

Tabla 5: Caracterización de los participantes del grupo focal: usuarios

Características	N=8	Porcentaje (%)
Unidad de salud		
Amapala	8	100%
Profesión/Oficio		
Ama de casa	2	25%
Comerciante	2	25%
Electricista	1	12.5%
Técnico	1	12.5%
Maestro	1	12.5%
Militar	1	12.5%
Genero		
Mujer	4	50%
Edad (Media)	41.25	

Uno de los factores menos comentados por los participantes del grupo focal del personal de salud son aquellos factores relacionados con la norma, aparentemente esta no conlleva en si misma dificultades para la implementación de las estrategias dictadas para el diagnóstico y tratamiento (Cuadro 14)

Cuadro 14: Factores de la guía o manual.

	Barreras	Facilitadores
Personal de Salud	Rigidez del protocolo de atención (1)	La información del manual orienta el abordaje integral (2)

Cuadro 15: Factores relacionados con la estructura organizacional

	Barreras	Facilitadores
Personal de Salud	Personal no capacitado en el abordaje del paciente con leishmaniasis (7) Contratación limitada de recursos/sobrecarga laboral (6) Falta de laboratorio en tierra firme (2) Tipo de vinculación del personal con la institución de salud (1) Desinformación de las autoridades regionales/centrales de la situación en zonas endémicas (1) Falta de vigilancia epidemiológica y seguimiento de los casos (1) Fallas en el protocolo de atención (1)	Colaboradores voluntarios conformados en las comunidades (1)
Usuarios	Una sola persona a cargo de la administración del tratamiento (2)	En casos excepcionales el paciente puede recibir su tratamiento en otras unidades de salud (1)

Una de las principales barreras mencionada en 7 ocasiones por los participantes del personal de salud respecto a la capacidad de cambio organizacional fue que el personal no está capacitado en el abordaje de paciente con leishmaniasis, a lo que mencionaron:

“Que el personal no esté capacitado para hacer el raspado y todo el protocolo de lo que se requiera para el abordaje de los pacientes con leishmaniasis, esto haría más fácil el abordaje porque ya no tendría que estar llamando al técnico en salud ambiental o enviando al paciente de un lado a otro para acceder al diagnóstico, porque en todas las comunidades del otro lado (tierra firma), es uno de los problemas que hemos tenido”

...PS02

“El personal de salud en todos los centros no están capacitados en la toma de la muestra para el examen (frotis o raspado), si fuera así otra cosa sería, no tuviéramos enfermeras, médicos llamando a la persona "encargada" siendo esta una barrera si el encargado no está disponible en ese momento, porque el paciente no espera, se va y no vuelve limitando el diagnóstico oportuno.”

...PS03

La segunda barrera identificada como prioritaria por frecuencia en que se repitió la idea fue la relacionada con la contratación limitada de recursos/sobrecarga laboral, sobre esto dijeron:

“En mi caso tengo a cargo dos unidades de salud, tengo más de veinticinco comunidades cargo, se necesita más recursos para las salidas de campo, atención más oportuna, el traslado de la muestra al laboratorio y el seguimiento del proceso de diagnóstico y tratamiento de los pacientes con leishmaniasis.”

...PS03

“En mi caso tengo a cargo cuatro establecimientos de salud para supervisión, son más de treinta recursos, es muchísimo trabajo, lo que limita que involucre más en las actividades de la leishmaniasis, sin embargo, se hacen las gestiones de insumos y recursos para el diagnóstico y tratamiento de esta”

...PS04

Como una tercera barrera identificada por el personal de salud, es la falta de un laboratorio en el lado de tierra firme para la atención oportuna a los pacientes que acuden a las otras dos unidades de salud que se encuentran en esta porción territorial, mencionado al respecto:

“La dificultad también es en la realización de los exámenes de laboratorio, porque no todos los establecimientos de salud cuentan con un laboratorio clínico en donde le van a hacer hemogramas y todos los demás exámenes para iniciar tratamiento”

...PS04

El personal de salud identificó únicamente un facilitador y son los agentes o colaboradores voluntarios que como esquema organizacional cuentan con ellos, mencionando que:

“Hay voluntarios en las comunidades, que nos ayudan a facilitar el diagnóstico y al tratamiento, facilitar la comunicación con estos pacientes cuando necesitamos que acudan al centro de salud”

...PS04

Por otro lado, los usuarios encuentran una sola barrera relacionada con la capacidad de cambio organizacional y es que las unidades de salud solo cuentan con una sola persona encargada de la atención directa de los pacientes con leishmaniasis y mencionan:

“Específicamente para esta enfermedad no hay mucho personal porque a la única que yo veo es a la técnica en laboratorio, es la única que yo veo y la que, por cierto, es muy eficiente”

...PU05

“Por lo general, pues, raro, contadas las personas que fueron a ponerse el tratamiento tal vez con alguna enfermera del centro de salud o con algún doctor. Siempre todo es con la técnica en laboratorio.”

...PU08

Y como facilitador los usuarios mencionaron la remisión interinstitucional para garantizar el acceso al tratamiento y la adherencia de los pacientes al mismo:

“Elegir donde me convenia recibir el tratamiento, si en mi lugar origen o aquí en la clínica (naval) y pedí mejor aquí en la clínica porque iba a tener mejor dieta e iban a estar pendientes los doctores sobre mi tratamiento.”

...PU06

Cuadro 16: Factores individuales del paciente

	Barreras	Facilitadores
Personal de Salud	Temor al tratamiento y a la vía de administración intramuscular (4) En ocasiones es necesario repetir el tratamiento (4) Falta de interés del paciente (3) Desconocimiento de la enfermedad (2) Tiempo de espera para iniciar el tratamiento (1) Temor a los efectos secundarios del tratamiento intramuscular (1)	
Usuarios	Miedo al tratamiento intramuscular con Glucantime® (4) Desconocimiento de la enfermedad (4) La localización de la lesión retrasa la búsqueda de atención (2) Embarazo y lactancia retrasa el inicio de tratamiento (1) Temor al diagnóstico de la enfermedad (1) Presentar efectos secundarios (1)	Interés (1)

Respecto a los factores individuales de los pacientes el personal de salud no identificó ningún facilitador, sino por el contrario muchas barreras. Dentro de estas las tres que tuvieron mayor frecuencia en repetición de la idea fue el temor al tratamiento específicamente a la vía de administración intramuscular en donde mencionaron:

“Los pacientes se rehúsan a la aplicación del tratamiento por el hecho de que dicen, «No, es que son cuarenta inyecciones», tal vez sí se lo aplicaron una vez, entonces resulta que tienen nuevamente leishmaniasis y se rehúsan a aplicarse por segunda vez el tratamiento.”

...PS01

“El paciente tiene miedo al tratamiento porque es muy invasivo, son demasiadas inyecciones desde el comienzo ellos ya van formando una limitante, dicen que no van a aguantar porque les va a causar otros problemas.”

...PS08

También mencionan como barrera el hecho de que los pacientes requieran un segundo esquema de tratamiento, con relación a ello se mencionaron:

“El paciente que ha diagnosticado dos veces y todavía sigue con la lesión, tiene temor a aplicarse un segundo tratamiento, porque dice «¡Ay!, de todos modos, no se me va a quitar”

...PS02

“La experiencia previa de los veinte días de tratamiento a uno como persona le afectan por el hecho de los efectos secundarios, por el hecho de haberse puesto ya el primer tratamiento y luego le dicen «No, sigue siendo positivo», ha de ser frustrante para ellos.”

...PS05

La tercera barrera identificada por el personal de salud en orden de frecuencia de las ideas tiene que ver con la falta de interés/baja percepción del riesgo de la enfermedad que tienen los pacientes, mencionando:

“El desinterés del paciente, porque como es asintomático, entonces consideran que no es de importancia, no visitan el centro de salud porque no ven un cambio”

...PS04

“Los pacientes no quieren llegar a la unidad de salud, aunque tienen la lesión, pero como no hay síntomas, no les molesta, no les duele, no les pica, entonces los pacientes no, realmente no les interesa”

...PS01

Por otra parte, los usuarios ratifican que la principal barrera relacionada a los factores individuales tiene que ver con el miedo al tratamiento mediante la vía intramuscular, y mencionan:

“El miedo a las cuarenta inyecciones, cuando a mí me dijeron que era positivo me puse mal pues porque imagínese cuarenta inyecciones”

...PU05

“Miedo al tratamiento ya que con el primero no se me quitaron las lesiones y tengo que iniciar otra dosis”

...PU08

En cuanto a facilitador a nivel individual solo identificaron desde su experiencia el interés.

“El interés personal de cumplir el tratamiento a cabalidad para evitar recaídas”

...PU04

Cuadro 17: Factores individuales de los profesionales de la salud

	Barreras	Facilitadores
Personal de Salud	Desconocimiento del manual de abordaje integral de la leishmaniasis (10) No estar involucrado en la atención integral del paciente con leishmaniasis (5) Falta de interés (4) Recursos financieros limitados para acudir a capacitaciones (3)	
Usuarios	Restricción del horario de administración del tratamiento (1)	Atención oportuna y personalizada por parte de la encargada de administrar el tratamiento (8)

En relación con los factores individuales del personal de salud, estos no mencionaron ningún facilitador. Sin embargo, identifican 4 barreras desde su experiencia y es uno de los factores con mayor frecuencia en cuanto a la repetición de las ideas, por lo que valdrá la pena traer a colación al menos un testimonio para cada barrera identificada en el orden de frecuencia:

La primera de ellas y más repetida por el personal de salud es el desconocimiento del manual de abordaje integral de la leishmaniasis, respecto a esto comentaron:

“Una de las barreras, es desconocer mucho de lo que es el manual, sus lineamientos en cuanto a los tipos de leishmaniasis que hay, lo que es el tratamiento. Yo la verdad solamente conocía lo que es el Glucantime® y del tipo de leishmaniasis solamente el cutáneo”

...PS07

Seguidamente reconocen que el personal de salud no esté involucrado en la atención integral de los pacientes con leishmaniasis es otra de las barreras y dicen respecto a ello:

“No involucramos en el proceso de diagnóstico y tratamiento a las personas, saber quiénes son exactamente, como es que se le diagnostica, porque a veces casi no estamos mucho conectados a los pacientes, entonces creo que eso sería para mí una barrera.”

...PS10

En tercer lugar, mencionaron que la falta de interés del personal de salud es otra de las barreras principales y de ello se dijo:

“Nos falta interés, no consultamos frecuentemente la norma, porque los casos más comunes son los mismos, leishmaniosis cutánea, entonces ya sabemos que le vamos a hacer un raspado, ya sabemos que le vamos a poner su tratamiento con Glucantime® si sale positivo, entonces así nos quedamos”

...PS04

Finalmente, en relación con las barreras el personal de salud desde su experiencia menciona que los recursos financieros limitados para acudir a capacitaciones dado que no se otorgan viáticos para ello, es también una imitante a nivel individual, haciendo referencia de ello así:

“Falta de viáticos para las personas a capacitar porque de repente nos pueden decir «Hay una capacitación en Tegucigalpa», pero realmente no proporcionan recursos financieros para costear los gastos de traslado, hospedaje y alimentación, entonces, aunque haya capacitaciones la falta de recursos económicos es una barrera”

...PS09

Por otro lado, y totalmente opuesto desde la experiencia de los usuarios estos vislumbran que el factor relacionado con el personal de salud es un potente facilitador para que ellos accedan al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, y se engloba en una sola idea la cual tuvo una frecuencia de 10 veces durante el desarrollo del grupo focal, mencionando entre otros testimonios los siguientes:

“En muchos casos, la técnica en laboratorio que se encarga de nosotros los pacientes con leishmaniasis, ella se tomaba el tiempo de llamar, preguntar por efectos secundarios y la otra cuestión es que, por ejemplo, a mí los fines de semana si no puede ir a la unidad de salud nos inyecta hasta en su casa en horarios que no le corresponde trabajar”

...PU05

“No encontré ninguna barrera. con el personal del centro de salud, me parece que me atendieron bien, todo fue excelente, me revisaron la lesión me pasaron con la técnica en laboratorio me hizo el

examen y luego me aviso que estaba positivo y que tenía que estar pendiente a que llegará el tratamiento ”

...PU07

Cuadro 18: Factores sociales, políticos y legales.

	Barreras	Facilitadores
Personal de Salud	<p>Falta de recursos económicos del paciente (5)</p> <p>Temor del personal que administra el tratamiento por no tener respaldo legal (4)</p> <p>No obligatoriedad del tratamiento (2)</p> <p>Interacciones del paciente con otros miembros de la comunidad (2)</p> <p>Acceso limitado a los servicios de salud (2)</p> <p>Nivel educativo de los pacientes (2)</p> <p>Falta de interés político en las situaciones de salud (1)</p> <p>Ausencia de consentimiento informado para administrar el tratamiento (1)</p> <p>Condiciones de vivienda y entorno del paciente (1)</p>	<p>Buena técnica de aplicación del tratamiento y vigilancia de efectos disminuye demandas (2)</p> <p>Estar en área endémica permite la sospecha diagnóstica (1)</p> <p>Normativa política para vigilancia de limpieza de solares (1)</p>
Usuarios	<p>La atención es brindada en horarios laborales (4)</p> <p>Recursos económicos (1)</p>	<p>Políticas de abastecimiento del Glucantime en los establecimientos de salud (1)</p> <p>Compañeros de trabajo permiten cumplir con las citas para el tratamiento (1)</p>

Dentro de los factores relacionados con lo social político y legal el personal de salud desde su experiencia con la asistencia a pacientes con leishmaniasis identificaron 9 barreras, que en orden de frecuencia la falta de recursos económicos de los pacientes fue la más mencionada en 5 ocasiones refiriendo en cuanto a esta lo siguiente:

“El factor económico es la parte más importante en este caso porque a pesar de que la enfermedad le puede dar a cualquiera, pero en este caso las comunidades más pobres son las que están siendo más afectadas y son personas que carecen bastante de dinero y esto implica que tienen que venirse al centro de salud a aplicarse el tratamiento”

...PS10

“En el caso de los pacientes del lado de tierra firme, tienen que trasladarse a la isla a realizarse los exámenes y entonces ahí incurre en gastos económicos, los cuales no tienen, la cuestión económica es la barrera más grande para lograr tratar a todos”

...PS04

“Yo tengo pacientes de 2017 que no han venido a hacerse exámenes porque dicen que no tienen dinero para venírselos a hacer”

...PS06

El temor del personal de salud por no tener un respaldo legal en cuanto a la atención al paciente con leishmaniasis fue identificado como la segunda barrera en orden de frecuencia y se mencionó al respecto de esta lo siguiente:

“No estar respaldado legalmente genera temor en el personal de salud a la hora de administrar un medicamento, tal vez no por mala técnica, sino que el paciente presente alguna reacción o algo y el paciente cree que está en su derecho de demandarlos”

...PS01

“Los pacientes que están como incómodos con algunos efectos de las inyecciones, uno está con miedo, imagínese que en la aplicación del tratamiento los efectos que presentan van desde inflamación, hasta morado se le pone, ya lo primero que empiezan a decir es que se la pusimos mal, que si les pasa algo van a demandar”

...PS10

La obligatoriedad del cumplimiento del tratamiento por parte del paciente, las interacciones de estos con otros miembros de la comunidad, el acceso limitado a los servicios de salud, así como el pobre nivel educativo de los pacientes fueron identificadas en tercer lugar por el personal de salud con una frecuencia de 2 en repetición de la idea. Se traen a colación un testimonio correspondiente a cada barrera a continuación:

“No hay un marco legal que le obligue a que el paciente con leishmaniasis cumpla el tratamiento”

...PS04

“Las creencias de las personas o a veces creen lo que le dicen otras personas respecto al tratamiento «No, que si te pones las cuarenta inyecciones terminan ingresando en el hospital porque se forma un absceso», no se informan directamente con el personal de salud”

...PS01

“En Puerto Grande (tierra firme) una de las barreras que existe es la poca accesibilidad, las distancias del centro de salud a las diferentes comunidades son demasiadas, algunas caminando son hasta tres horas, solo existe un bus, no hay transporte para que los pacientes puedan acudir al centro”

...PS01

“Entre menos educación tiene más le dificulta que esta persona pueda entenderle lo que usted le está diciendo respecto a la enfermedad de la leishmaniasis”

...PS04

Como facilitador el personal de salud respecto a estos factores identifica principalmente que una adecuada técnica de administración del tratamiento y un seguimiento de los efectos secundarios puede ayudar a disminuir la inconformidad y posibles demandas por parte de los pacientes, comentando lo siguiente:

“Hacer una buena técnica de aplicación del tratamiento, estar vigilando diariamente al paciente por presencia de efectos secundarios cada vez que se le aplique el tratamiento y educar sobre los signos y síntomas que pueden presentarse”

...PS05

“En aspecto legal es ideal tratar de hacer una buena técnica de aplicación del medicamento a los pacientes para disminuir los efectos secundarios”

...PS07

Los usuarios por su parte identifican que desde su experiencia la principal barrera relacionada con factores sociales, políticos y legales está relacionada con las condiciones y restricciones laborales, mencionando sobre esto:

“Una de mis barreras era el trabajo porque aplicarse el tratamiento implica ser muy cumplida con el horario de aplicación y el trabajo me lo impedía”

...PU02

“El trabajo (militar) es porque nosotros a veces tenemos muchas misiones fuera de la base y tenemos que salir, y puede limitar el acceso al tratamiento”

...PU06

Cuadro 19: Factores relacionados con inventivos y recursos

	Barreras	Facilitadores
Personal de Salud	<p>Limitaciones en la disponibilidad del medicamento (4)</p> <p>Falta de viáticos para financiar búsqueda activa de casos (3)</p> <p>Falta de incentivos al personal comunitario para búsqueda activa de casos (1)</p> <p>Falta de otro tipo de incentivos y reconocimiento al personal de salud (1)</p>	<p>Disponibilidad del manual en todas las 3 unidades de salud de Amapala (2)</p> <p>Personal de salud comprometido con el cumplimiento del tratamiento del paciente (2)</p> <p>Disponibilidad de insumos para diagnóstico y tratamiento (2)</p> <p>Existencia de otros medicamentos para el tratamiento (1)</p> <p>Capacitaciones recibidas (1)</p> <p>Capacitaciones recibidas (1)</p> <p>Persona encargada del diagnóstico y tratamiento fue capacitada por expertos (1)</p> <p>Brindar charlas educativas a las comunidades (1)</p>
Usuarios	<p>Retraso en la disponibilidad del tratamiento (3)</p>	<p>Terapia intralesional en casos seleccionados (2)</p> <p>Deseo de curarse de la enfermedad (2)</p> <p>Disponibilidad completa del tratamiento (1)</p> <p>Acceso gratuito a los exámenes de diagnóstico y laboratorio (1)</p>

En cuanto a los factores relacionados con los incentivos y recursos, el personal de salud desde su experiencia manifiesta que las principales barreras según su frecuencia de repetición de la idea fueron, la limitación en la disponibilidad del medicamento para iniciar el tratamiento y la falta de viáticos para el personal de salud. De las limitaciones de la disponibilidad del tratamiento se dijo:

“Una barrera es que cuando se diagnostican los pacientes hacemos un listado para solicitar el tratamiento a la región de salud, y por ejemplo de cien pacientes nos envían el tratamiento para veinte y no es que no se haga la solicitud, lo que pasa es que el tratamiento viene incompleto”

...PS04

“Hay muchos pacientes que están con diagnóstico positivo desde el año antepasado y no se les ha tratado por falta de tratamiento”

...PS05

Respecto a la falta de viáticos destinados al personal de salud, dijeron:

“La capacitación es algo que realmente sí es necesaria, pero también la cobertura de los viáticos para poder acceder a ella, ya que los recursos económicos también son limitados al momento de trasladarnos a dichas capacitaciones”

...PS02

“En tiempos anteriores siempre había presupuestos para llevar a cabo diferentes actividades en diferentes temas, actualmente carecemos, hace muchos años que asistimos a reuniones y capacitaciones a las que no nos proporcionan ningún incentivo económico, en algunos casos tal vez alimentación, pero en la mayoría de las ocasiones se va el personal de salud a recibir capacitaciones sin esperar ni siquiera el transporte para regresar a su lugar donde vive”

...PS04

Como facilitadores en cuanto a incentivos y recursos el personal de salud identificó que la disponibilidad del manual en todas las unidades de salud, el personal de salud comprometido con el cumplimiento del tratamiento del paciente y la disponibilidad de insumos para diagnóstico y tratamiento, son los principales en igual orden de frecuencia, un testimonio para cada uno de ellos se presenta a continuación:

“En cada establecimiento de salud se encuentra el manual de atención al paciente con leishmaniasis, las normas no se tienen que aprender textuales, si queremos algo sobre esta, vamos a la norma y la leemos.”

...PS04

“En cuanto a recurso humano, tenemos la disponibilidad de las personas que aplican el tratamiento, que lo hacen de lunes a domingo sin importar que no estén en horario laboral.”

...PS01

“Hay disponibilidad de los materiales para trabajar en el diagnóstico de los pacientes con leishmaniasis, así como en la realización de los exámenes para el inicio del tratamiento, el nivel regional nos proporciona las láminas, todo lo necesario para tomarle la muestra de sangre, los reactivos, etc...”

...PS04

Los usuarios por su parte consideran que la principal barrera en cuanto a recursos e incentivos se trata del retraso en la disponibilidad del tratamiento, respecto a estos comenta:

“Yo tuve que esperar ocho meses para que me pudieran poner el tratamiento porque no estaba disponible”

...PU08

Encuentran como facilitadores en cuanto a incentivos y recursos la disponibilidad de terapia intralesional en los casos selectivos y que es aplicado por personal entrenado y capacitado en esta vía de administración del fármaco, hacen referencia a lo siguiente:

“Fui evaluada y aplicaba para el tratamiento de las diez inyecciones intralesional y eso fue el facilitador que yo tuve”

...PU02

Y como otro facilitador relacionado con los incentivos en este caso de tipo emocional está el deseo de curarse de la enfermedad, a lo que comentaron:

“Un incentivo es obtener la cura de la enfermedad, pese a la mala experiencia con los efectos adverso, eso nos motiva a cumplir con el tratamiento”

...PU05

Cuadro 20: Interacción entre profesionales de la salud/miembros de la comunidad

	Barreras	Facilitadores
Personal de Salud	Roles y funciones encasilladas (2)	Remisión coordinada de pacientes para optimizar la atención (2) Trabajo en equipo entre profesionales de salud facilita la obtención de información y conocimiento (1)
Usuarios	Intercambio de malas experiencias retrasa la búsqueda de atención (7) Estigmatización de la enfermedad (1)	Identificación de la lesión y remisión a la unidad de salud (6) Apoyo familiar (1) Intercambio de experiencia sobre mejora de los efectos secundarios (1)

Por último, en los factores relacionados con la interacción entre profesionales para el caso del personal de salud y de la interacción entre los miembros de la comunidad para los usuarios, en el primer caso el personal de salud desde su experiencia el encasillamiento de roles y funciones es la principal barrera ante lo cual comentaron:

“Una de las barreras es la función o el trabajo que desempeñamos, nos encasillamos en que no nos toca hacer ciertas cosas y solo hacemos eso. Nosotros de la clínica le “ayudamos” a la compañera (técnica en laboratorio) en cuanto a la aplicación del tratamiento, pero no nos involucramos en cuanto al diagnóstico, no conocemos nada del paciente, sino que solamente inyectarlos porque ya está ahí”

...PS06

En tanto que, reconocen que su mayor facilitador es la coordinación del flujo de atención y la comunicación que existe entre el equipo de salud y la técnica de laboratorio para brindar la adecuada atención al paciente con leishmaniasis, de ello comentaron:

“En cuanto a las interacciones creo que hay más facilitadores, trabajo en equipo través de una buena comunicación: el técnico en salud ambiental acude al llamado cuando captamos paciente con lesiones para que tome la muestra, la enfermera presta sus servicios para cumplimiento del tratamiento aun en su casa los fines de semana, el personal del laboratorio de Amapala nos dan facilidad para los pacientes que les enviamos aun después de hora de recibo de muestras, se les hacen por emergencia a los de tierra firme para que el mismo día obtengan el resultado”

...PS01

Mientras tanto, los usuarios reconocen que la principal barrera de resultado de la interacción con otros miembros de la comunidad es el intercambio de malas experiencias lo que retrasa la búsqueda de atención, respecto a esto comentaron:

“Una barrera es el temor que infunden los comentarios, <<creo que eso debe ser como recibir una quimioterapia esas inyecciones porque es veneno que le zampan para combatir esa cuestión>>. ¡Imagínese!, cuarenta inyecciones», y me decían «Ya cuando llega uno a las treinta ya ni quiere, ya no se puede ni sentar de tanto puyón»”

...PU05

“La experiencia de mi hermana con el tratamiento y sus comentarios que me hacía fueron una barrera para buscar atención, ella me decía que después del tratamiento o durante el tratamiento yo iba a tener varias dificultades en el cuerpo, como calentura, alergia y todos esos síntomas y gracias a Dios pues no tuve ninguna de esas cuestiones”

...PU04

En cuanto a los facilitadores los usuarios desde su experiencia comentaron que el principal facilitador fue que otros miembros de la comunidad les identificaron la lesión y los remitieron a la unidad de salud para que se realizaran el examen diagnóstico, en cuanto a esto sus testimonios fueron:

“En el mercado fue que me vieron el granito a este lado del brazo, lugar que yo no me lo veo, no me lo miraba, entonces yo fui con la inquietud al centro de salud para que me hicieran el diagnostico”

...PU02

“Algunos de los vecinos de mi aldea fueron los que se fijaron que yo tenía una ronchita que podía ser leishmaniasis y que fuera al centro de salud a hacerme el examen”

...PU08

6.2.3 Objetivo 3: Cuantificar el conocimiento que el personal de salud y los usuarios tienen respecto a las intervenciones de diagnóstico mediante examen directo (frotis) y el tratamiento con Glucantime®, de la leishmaniasis cutánea

A continuación, se presentan los hallazgos relacionados con el conocimiento del personal de salud y de los usuarios respecto al diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea, para ello se asignó un porcentaje al conocimiento adecuado para cada pregunta del cuestionario.

6.2.3.1 Conocimiento del personal de salud: Mediante el logro de este objetivo se busca describir el conocimiento del personal de salud, teniendo como base los lineamientos establecidos en el manual de abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras 2016.

A. Caracterización sociodemográfica del personal de salud al que se le aplicó el cuestionario:

Se encontró que, del total de participantes el 75% (N=18) laboran en la unidad de salud de Amapala, el 62.50% (N=15) son del personal de enfermería, la edad promedio de los participantes es de 35 años con una desviación estándar de ± 9.20 , el 79.17% (N=19) corresponde al género mujer. El 58% de los participantes son originarios de Amapala, ninguno de los participantes ha tenido la enfermedad (leishmaniasis) durante su vida. En relación con el tiempo que los encuestados tienen de estar laborando en las distintas unidades el 37.5% (N=9) tiene menos de un año, así como el tipo de vinculación laboral el porcentaje para las modalidades de contrato (54%) y servicio social (25%), representan el 79% de los participantes que no tienen una estabilidad laboral y por ende esto favorece la rotación del personal. (Tabla 6)

Tabla 6: Caracterización del personal de salud encuestado, municipio de Amapala-Honduras, 2019-2020

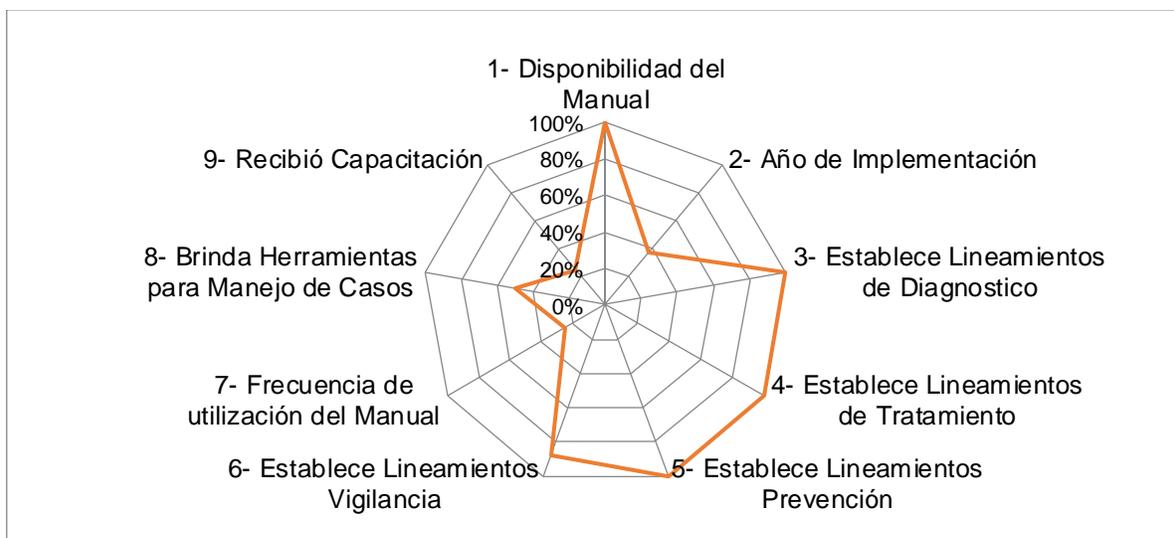
Características	N=24	Porcentaje (%)
Unidad de Salud		
Amapala	18	75.00%
Langues	3	12.50%
Puerto Grande	3	12.50%
Perfil Profesional		
Personal Médico	5	20.83%
Personal de Enfermera	15	62.50%
Personal Técnico	4	16.67%
Género		
Mujer	19	79.17%
Edad (Media/SD)		
	35.08	±9.20
Tiempo de Laborar		
Menos de un año	9	37.50%
1 a 4 años	3	12.50%
5 a 9 años	8	33.33%
10 o más	4	16.67%
Tipo de Vinculación		
Permanente	5	20.83%
Por Contrato	13	54.17%
Servicio Social	6	25.00%
Originario Amapala		
SI	14	58.33%
Antecedente Leishmaniasis		
NO	24	100%
Conoce el Manual		
SI	8	33.33%

B. Conocimiento que tiene el personal de salud sobre el manual de abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras 2016.

Se realizaron preguntas dirigidas únicamente al personal de salud que refirió conocer el manual, en las cuales, el 100% contestó que el manual estaba disponible en las unidades de salud en las que laboran. El 37.5%(N=3) conoce que el año en el cual el manual se empezó a implementar fue en el 2017. Respecto a los lineamientos que contempla el manual para el abordaje integral de la leishmaniasis, los relacionados con el diagnóstico, tratamiento y la prevención son conocidos por

el 100% de los encuestados, pero un 12.5% desconoce que el manual contemple lineamientos sobre la vigilancia. Cuando se les preguntó si consideraban que el manual les brinda las herramientas necesarias para el abordaje de pacientes con leishmaniasis solo el 50% refirió estar totalmente de acuerdo. (grafico 2)

Gráfico 2: Conocimiento adecuado del personal de salud (N=8), sobre características del manual de abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras 2016



Fuente: Elaboración propia.

Al preguntarles sobre la frecuencia en la que utilizan el manual para abordar los casos de leishmaniasis el 25% dijo que lo utilizaban solo ocasionalmente. En entrevistas y grupos focales en relación con esto se mencionó que:

“Nivel local esto no lo veo que está funcionando, no lo están adoptando porque el personal no se involucra al 100%, no tiene ese hábito de leer las guías. Cuando vamos a supervisar, nos encontramos que esta guía o norma la anda el técnico o el auxiliar de salud en su mochila o la tienen engavetada”
...E2004

“No consultamos frecuentemente la norma”
...(PS04)

De los 8 encuestados que conocen el manual de abordaje solo el 25% (N=2) ha recibido capacitación en este por parte de la Secretaria de Salud. Durante entrevistas o grupos focales en relación con las capacitaciones del personal de salud sobre el manual se mencionó:

“La falta de una fuente de financiamiento para estar capacitando y recapacitando al personal, porque no solo se debe capacitar al médico, a la enfermera, sino al técnico, el microscopista, el personal de campo, colaboradores voluntarios para que identifique el tipo de lesión”
...E2004

“No dan presupuesto para hacer una retroalimentación de estas normas desde nivel regional a nivel local, es la región que tiene que ver cómo darlo a conocer a todo el personal de salud”
...E2005

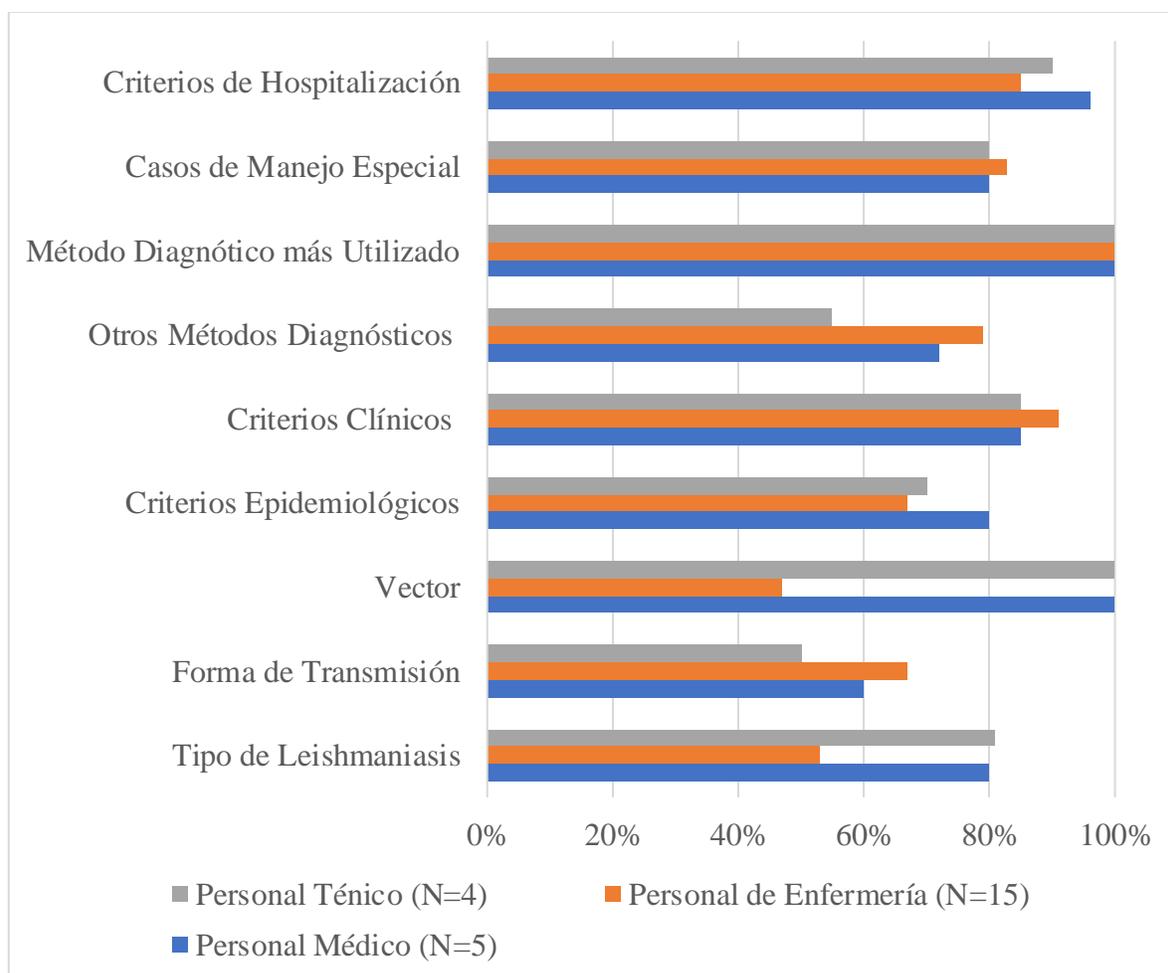
“Pues creo que, más que todo, no estamos capacitados y tampoco conocemos las normas, entonces creo que ese es probablemente el problema que tengamos el personal de salud”
...PS02

“No hemos recibido, al menos yo, no he recibido una capacitación sobre la norma, la tenemos, pero no he recibido una capacitación”
...PS04

En relación con el reporte del conocimiento del personal de salud: se hizo el cálculo del porcentaje de conocimiento de acuerdo con el número de ítems de respuestas adecuada en las preguntas establecidas en los cuestionarios, considerando como respuesta adecuada lo contemplado en el manual de abordaje integral de las leishmaniasis relacionado con el diagnóstico y tratamiento, y los hallazgos se agruparon en tres aspectos: conocimiento sobre el diagnóstico, conocimiento del tratamiento y conocimiento sobre los efectos adversos del tratamiento.

C. Conocimiento que tiene el personal de salud sobre el diagnóstico de la leishmaniasis cutánea.

Gráfico 3: Porcentaje de conocimiento adecuado según perfil profesional de salud sobre el diagnóstico de la leishmaniasis cutánea en el Municipio de Amapala-Valle, Honduras, 2019.



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a estos hallazgos se puede concluir que:

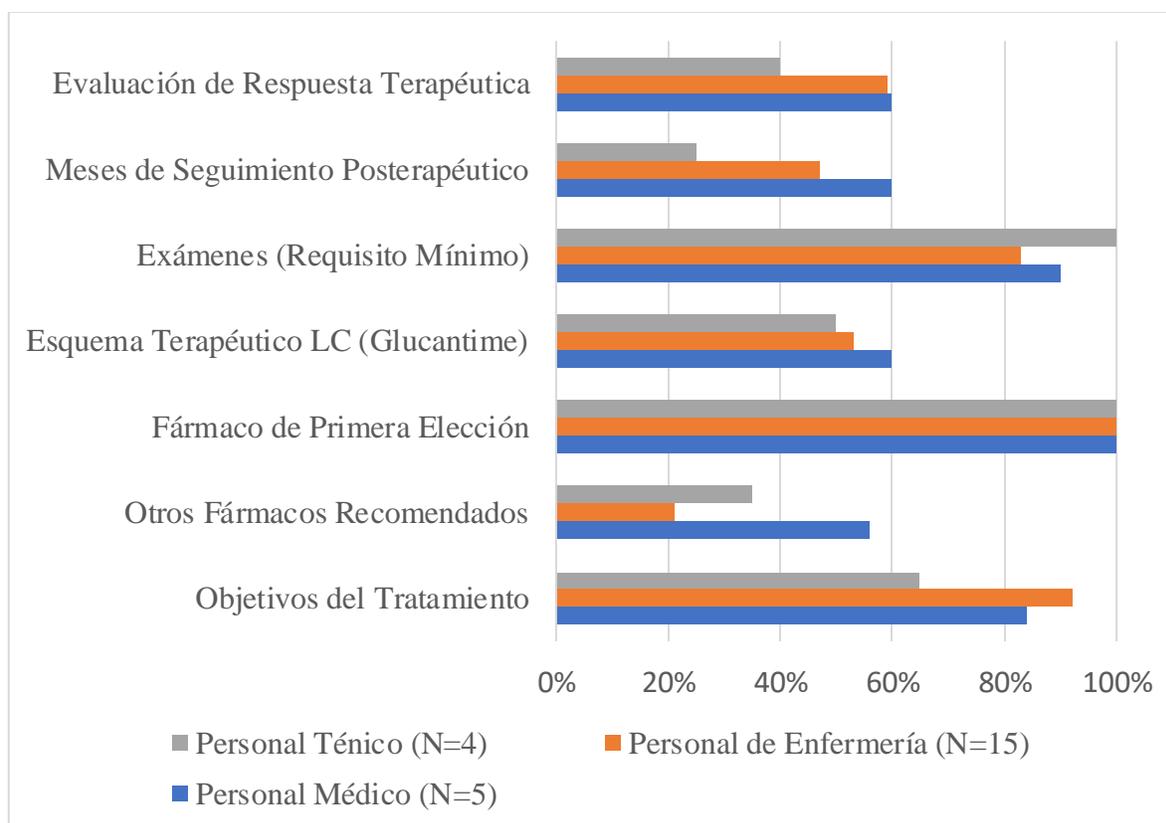
- El personal médico y técnico conocen adecuadamente los diferentes **tipos de leishmaniasis** en un 80%, en tanto del personal de enfermería tiene un 53% de conocimiento adecuado respecto a ello.
- El personal de enfermería tiene un mayor porcentaje (67%) de conocimiento adecuado sobre la **forma de transmisión** de la leishmaniasis cutánea respecto al personal médico y técnico con un 60% y 50% respectivamente
- Se puede evidenciar que hay un porcentaje alto (53%) de conocimiento inadecuado sobre el **vector** de la leishmaniasis en el personal de enfermería,

mientras tanto el personal médico como técnico poseen un conocimiento adecuado (100%).

- El personal médico posee un conocimiento adecuado mayor con un 80% sobre los **criterios epidemiológicos** para establecer el diagnóstico de la leishmaniasis cutánea, por otro lado, el personal técnico supera en porcentaje de conocimiento adecuado al personal de enfermería con un 70%.
- El porcentaje de conocimiento adecuado sobre los **criterios clínicos** no variaron mucho y va de 85% al 91%, siendo este último correspondiente al conocimiento adecuado del personal de enfermería.
- Se encontró un porcentaje de conocimiento adecuado sobre **otros métodos diagnósticos**, similar entre el personal médico y el de enfermería con un 72% y 79% respectivamente, sin embargo, se encontró un porcentaje bajo de 55% para el personal técnico. Por otro lado, la totalidad del personal de salud conoce adecuadamente cuál de estos métodos (frotis o raspado) es el más utilizado para establecer el diagnóstico de leishmaniasis cutánea.
- El porcentaje de conocimiento adecuado sobre cuáles son los casos que deben ser considerados para un **manejo especial** (pacientes con antecedentes alérgico, pacientes con trastornos pancreático, renal, cardiaco o hepático, mujeres en edad fértil, embarazo/lactancia, pacientes con comorbilidades) no vario mucho entre los diferentes perfiles profesionales siendo de un 80% a un 83%, este último corresponde al personal de enfermería.
- El porcentaje de conocimiento adecuado sobre los **criterios de hospitalización** en leishmaniasis cutánea es mayor en el personal médico con un 96%, mientras que el personal de enfermería obtuvo un porcentaje del 85%.

D. Conocimiento que tiene el personal de salud sobre el tratamiento de la leishmaniasis cutánea.

Gráfico 4: Porcentaje de conocimiento adecuado según perfil profesional de salud sobre el tratamiento de la leishmaniasis cutánea en el Municipio de Amapala-Valle, Honduras, 2019.



Fuente: Elaboración propia.

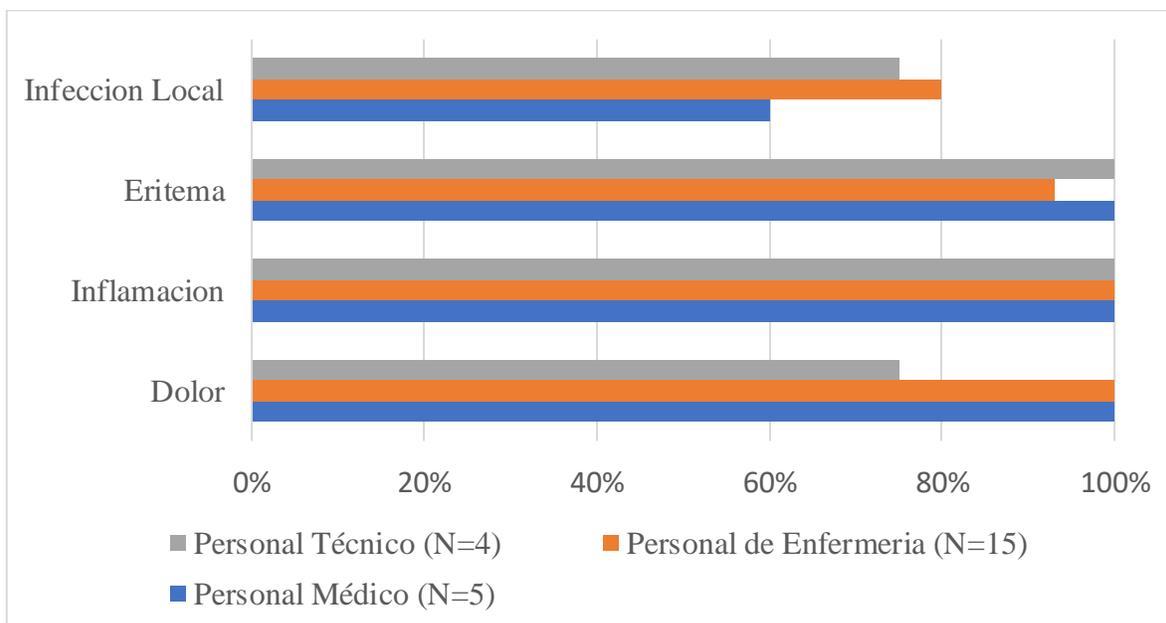
Respecto a estos hallazgos se puede concluir que:

- En general el conocimiento adecuado sobre los **fármacos recomendados** para el tratamiento de la leishmaniasis cutánea es bajo, inferior al 60% en todos los perfiles profesionales. Apenas el 56% en personal médico, y 21% y 35% en el personal de enfermería y técnico respectivamente.
- Solo se evidencia un 60% de conocimiento adecuado sobre el **esquema de tratamiento recomendado con Glucantime®**, correspondiente al personal médico, el conocimiento adecuado del personal de enfermería y técnico se encuentran por debajo de ese porcentaje con 53% y 50% respectivamente. Sin embargo, hay un conocimiento adecuado de 100% en todos los perfiles profesionales para el **fármaco recomendado de primera línea (Glucantime®)**

- Hay un conocimiento adecuado de 100% en el personal técnico sobre los **exámenes que se consideran requisito mínimo** (hemograma, creatinina) para iniciar el tratamiento de la leishmaniasis cutánea con Glucantime®. Por otro lado, el personal médico y de enfermería alcanzaron un porcentaje de conocimiento adecuado del 90% y el 83% respectivamente.
- El porcentaje de conocimiento adecuado sobre los meses en que se debe hacer el **seguimiento al terminar el tratamiento** estuvo entre el 27% y el 60%, siendo el personal técnico y médico los de menor y mayor porcentaje de conocimiento respectivamente.
- El menor porcentaje de conocimiento adecuado sobre **los criterios de evaluación a la respuesta terapéutica** lo obtuvo el personal técnico con 40%, mientras que el personal médico y de enfermería tuvieron un conocimiento adecuado sobre ellos de un 60% y 59% respectivamente.

E. Conocimiento que tiene el personal de salud sobre los efectos adversos locales y sistémicos por el tratamiento con Glucantime® IM, de la leishmaniasis cutánea.

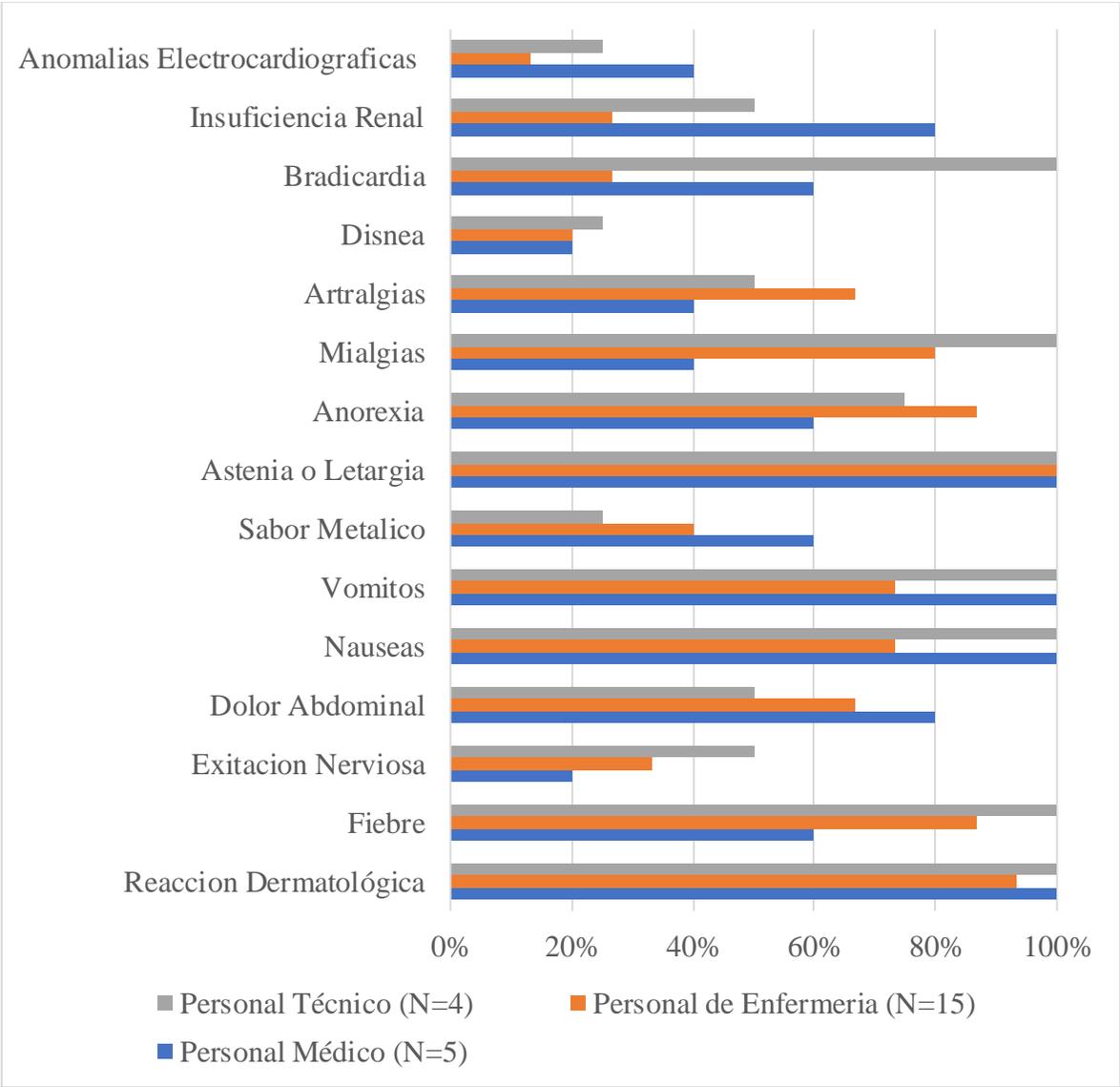
Gráfico 5: Conocimiento adecuado según perfil profesional de salud sobre los efectos locales secundarios al uso de Glucantime®



Fuente: Elaboración propia

En general hay un adecuado conocimiento sobre los efectos locales secundarios al uso de Glucantime® en todos los perfiles profesionales de salud, a excepción de la infección local para los tres grupos, donde el mayor porcentaje de conocimiento adecuado fue en el personal de enfermería con 80%, mientras que el personal médico y técnico obtuvo 60% y 75% respectivamente.

Gráfico 6: Conocimiento adecuado según perfil profesional de salud sobre los efectos sistémicos secundarios al uso de Glucantime®



Fuente: Elaboración propia.

Las anomalías electrocardiográficas, disnea, sabor metálico y la excitación nerviosa fueron los efectos secundarios con menor porcentaje de conocimiento adecuado en

los tres grupos de perfiles profesionales, y de estos en su mayoría el mayor porcentaje de conocimiento adecuado correspondió al personal técnico y médico.

6.2.1.2 Conocimiento de los usuarios (pacientes con diagnóstico de leishmaniasis cutánea): Mediante el logro de este objetivo se buscó calcular el porcentaje del conocimiento experiencial de los usuarios (conocimiento experiencial o tácito sobre esta enfermedad, este es el conocimiento adquirido a través de observaciones en la práctica rutinaria) sobre el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea.

A. Caracterización sociodemográfica de los usuarios de los servicios de salud a los que se les aplicó el cuestionario:

Se encontró que, del total de participantes el 79.21% (N=80) reciben atención en la unidad de salud de Amapala, el 38.61% (N=39) son amas de casa, seguido de un 34.65%(N=35) que son estudiante, la edad promedio de los participantes es de 24.28 años con una desviación estándar de ± 13.49 , el 61.397% (N=62) corresponden al género mujer. El 79.21% de los participantes residen en la isla, y el 100% tienen más de 5 años de vivir en Amapala.

Tabla 7: Caracterización sociodemográfica de los usuarios encuestados, Amapala 2019-2020

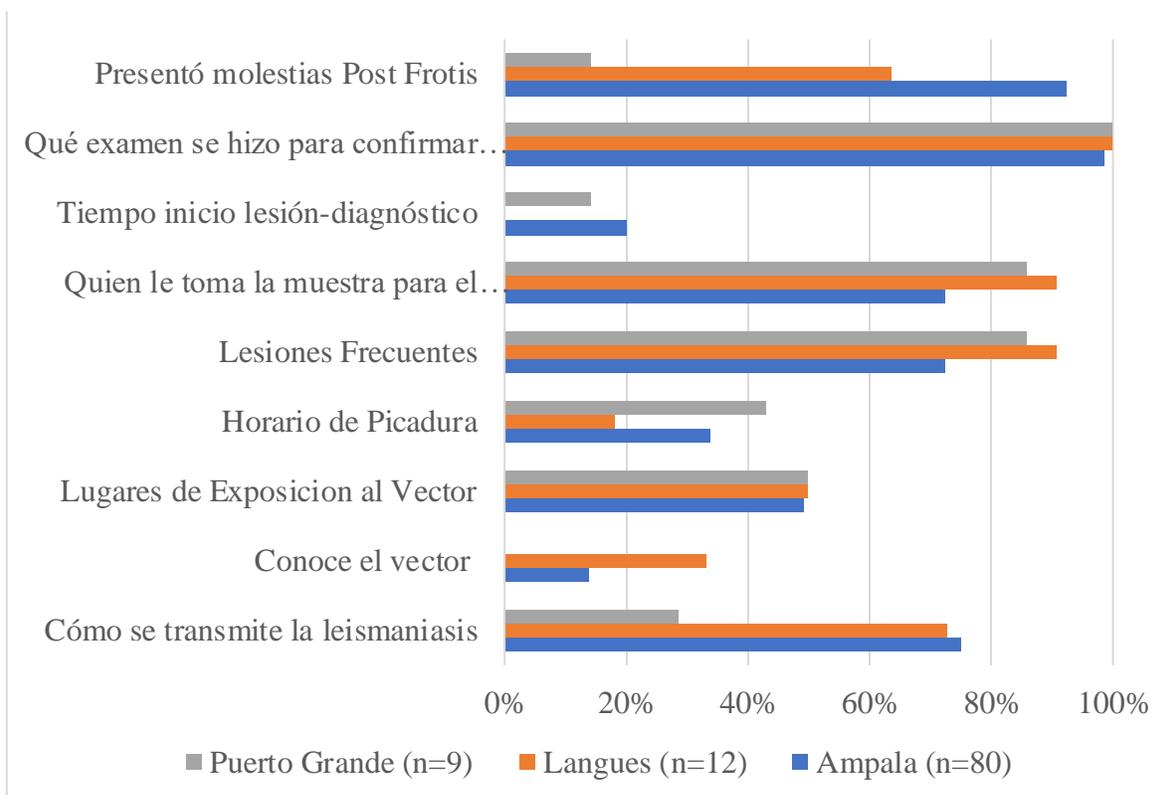
Características	N=101	Porcentaje (%)
Unidad de salud donde recibe atención		
Amapala	80	79.21%
Langues	12	11.88%
Puerto Grande	9	8.91%
Profesión/Oficio		
Ama de casa	39	38.61%
Estudiante	35	34.65%
Actividades Exteriores	16	15.84%
Actividades Interiores	11	10.89%
Género		
Mujer	62	61.39%
Edad (Media/SD)		
	24.26	13.49
Nivel Educativo		
Ninguno	2	1.98%

Primaria incompleta	16	15.84%
Primaria completa	33	32.67%
Secundaria incompleta	26	25.74%
Secundaria completa	23	22.77%
Universidad completa	1	0.99%
Tiempo de vivir en Amapala		
Más de 5 años	101	100.00%
Lugar de Residencia		
Isla	80	79.21%
Tierra Firme	21	20.79%

En relación con el reporte del conocimiento de los usuarios: se calculó el porcentaje de conocimiento basado el número de ítems de respuestas adecuada en las preguntas establecidas en los cuestionarios, considerando como respuesta adecuada la experiencia optima esperada en durante recibió el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea y esto en relación con lo descrito en el manual de abordaje integral de las leishmaniasis, los hallazgos se agruparon en tres aspectos: conocimiento experiencial adecuado sobre el diagnóstico, tratamiento y sobre los efectos adversos del tratamiento con Glucantime®.

B. Conocimiento experiencial adecuado de los usuarios a los que se les aplicó el cuestionario, sobre el diagnóstico de la leishmaniasis cutánea:

Gráfico 7: Conocimiento experiencial adecuado de los usuarios según unidad de salud en la que recibió atención, sobre el diagnóstico de la leishmaniasis cutánea



Fuente: Elaboración propia.

En relación con estos hallazgos se puede concluir:

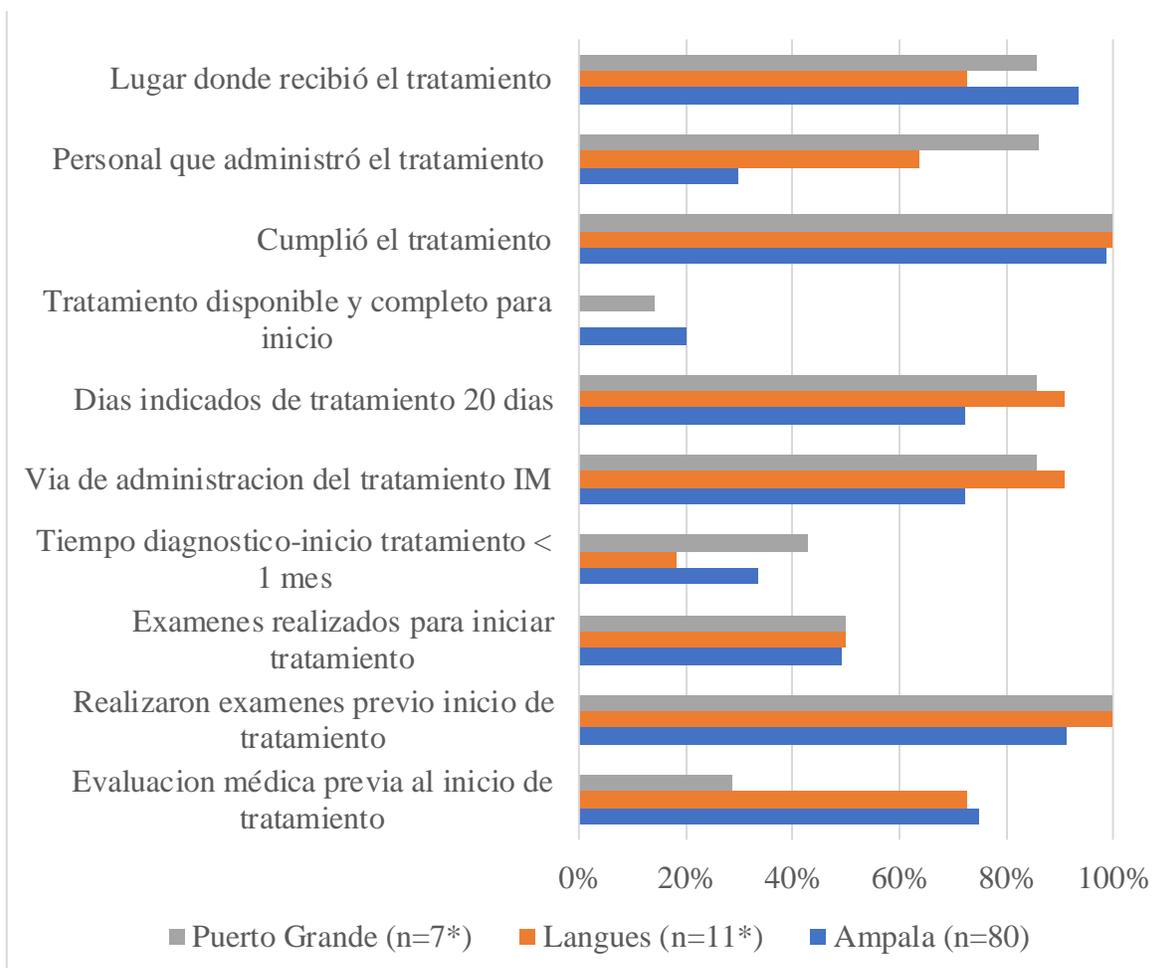
- Los usuarios que reciben atención en la unidad de salud de Amapala obtuvieron un 75% de conocimiento experiencial adecuado sobre la **forma de transmisión** de la leishmaniasis cutánea, mientras que los usuarios de la unidad de salud de Los Langués obtuvieron un porcentaje solo del 29%.
- Hubo un porcentaje bajo de conocimiento adecuado de los usuarios de todas las unidades de salud en relación con el **vector**. Los usuarios de Puerto Grande obtuvieron un 0% de conocimiento adecuado, Amapala y Langués obtuvieron 14% y 33% respectivamente.
- El porcentaje de conocimiento adecuado de los usuarios de todas las unidades de salud, en relación con el **lugar de exposición al vector**, estuvo alrededor del 50%
- El conocimiento experiencial adecuado de todos los usuarios respecto al **horario de picadura del vector** estuvo por debajo del 50%, siendo el de

mayor y menor porcentaje los usuarios de las unidades de salud de salud de Puerto Grande y Langues con un 43% y 18% respectivamente.

- El porcentaje del conocimiento experiencial adecuado de los usuarios de las unidades de salud, sobre las **lesiones frecuentes** osciló entre el 73% y 91%, correspondientes a la unidad de salud de Amapala y Langues respectivamente.
- Los usuarios de la unidad de salud de Amapala fueron los que tuvieron un menor porcentaje de conocimiento experiencial adecuado sobre el personal **encargado de tomarles la muestra** del borde de la lesión para la realización del frotis.
- En general se obtuvo un porcentaje muy bajo de una experiencia adecuado en todos los usuarios encontrándose por debajo del 20%, y los usuarios del Langues incluso obtuvieron un 0% de experiencia adecuada en el **tiempo transcurrido desde el inicio** de la lesión hasta el establecimiento del diagnóstico de leishmaniasis.
- La totalidad de los usuarios tuvieron una experiencia adecuada sobre el **examen** que se les realizó para el **diagnóstico** de la leishmaniasis cutánea.
- Hubo una diferencia entre los porcentajes de la experiencia entre los usuarios de las 3 unidades de salud respecto a las **molestias presentadas** después de realizarse el frotis, variando de un 93% a un 14% correspondientes a los usuarios de las unidades de salud de Amapala y Puerto Grande respectivamente.

C. Conocimiento experiencial de los usuarios a los que se les aplicó el cuestionario, sobre el tratamiento de la leishmaniasis cutánea:

Gráfico 8: Conocimiento experiencial adecuado de los usuarios según unidad de salud en la que recibió atención, sobre el tratamiento de la leishmaniasis cutánea



Fuente: Elaboración propia.

Basado en los hallazgos encontrados se puede decir que:

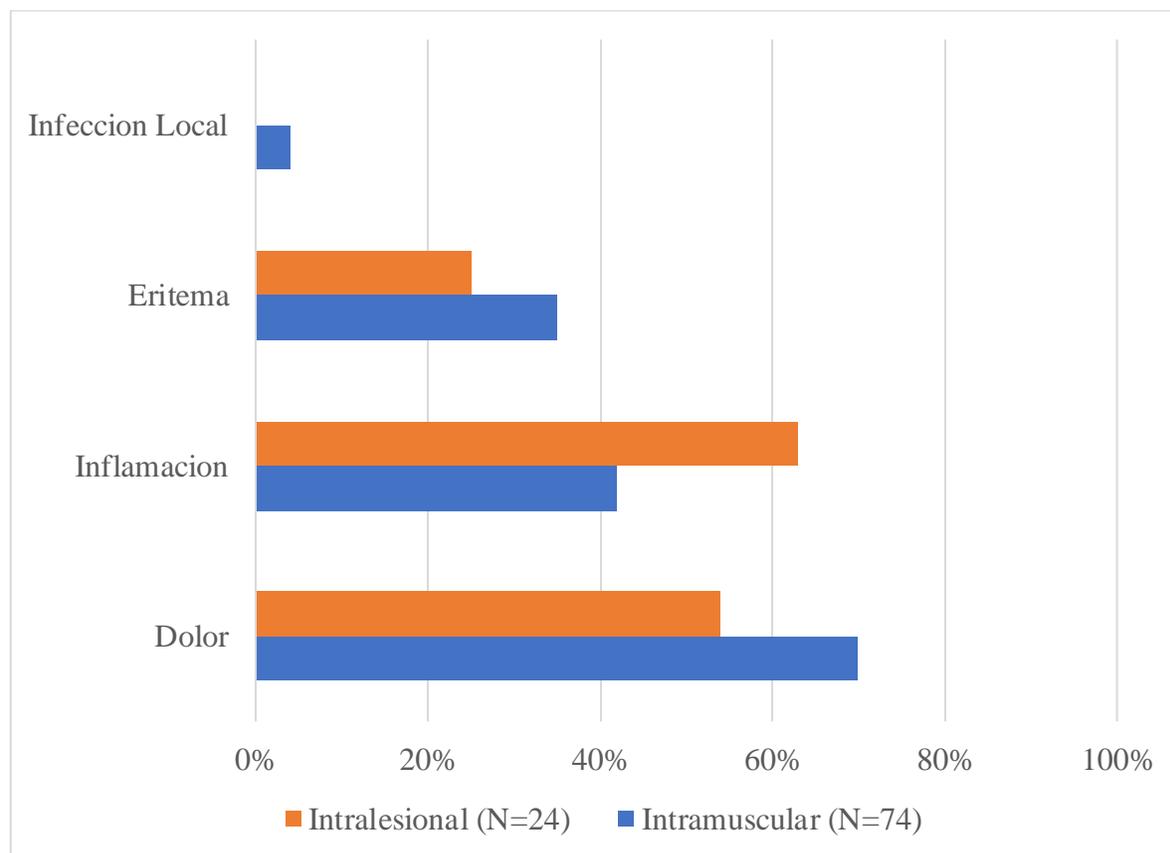
- Los usuarios de la unidad de salud de Puerto Grande obtuvieron el menor porcentaje de conocimiento experiencial adecuado respecto a **la evaluación previa** que recibieron antes de iniciar el tratamiento con un 29%, comparado con los usuarios de la unidad de salud de Amapala que obtuvieron un 75%.
- Los usuarios de las unidades de salud de Puerto Grande y Langues tuvieron un porcentaje de 100% de conocimiento experiencial adecuado en relación con los **exámenes requisitos** para inicio del tratamiento con Glucantime®, no así los de Amapala que tuvieron un 91%.

- Los usuarios de las 3 unidades de salud tuvieron un porcentaje de conocimiento experiencial adecuado de alrededor del 50%, sobre la **realización de exámenes para iniciar el tratamiento** con Glucantime® en sus respectivas unidades.
- El porcentaje de conocimiento experiencial adecuado sobre la **vía de administración del Glucantime®**, de los usuarios de las unidades de Langes y Puerto Grande fueron de 91% y 86% respectivamente, mayores respecto a los usuarios de Amapala que obtuvieron un 73%.
- El mayor y menor porcentaje de conocimiento experiencial adecuado sobre el periodo de **duración del tratamiento con Glucantime®** en la leishmaniasis cutánea corresponde a los usuarios de las unidades de Langes y Amapala con un 91% y 73% respectivamente.
- Casi la totalidad de los usuarios de las 3 unidades de salud obtuvieron un 100% de conocimiento experiencial adecuado respecto al **cumplimiento del esquema** de tratamiento de la leishmaniasis cutánea.
- Los usuarios de las unidades de salud de Puerto Grande y Amapala obtuvieron el mayor y menor porcentaje de conocimiento experiencial adecuado sobre el **personal responsable de administrar el tratamiento** de la leishmaniasis cutánea, con un 86% y 30% respectivamente.
- El conocimiento experiencial adecuado de los usuarios, sobre **dónde se administra el tratamiento** de la leishmaniasis osciló entre el 73% y 94% correspondiente a las unidades de salud de Puerto Grande y Amapala respectivamente.
- Los usuarios de la unidad de salud de Puerto Grande tuvieron un mayor porcentaje de experiencia adecuada respecto al **tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento** con un 43%, mientras que los de Langes solo obtuvieron un 18%.
- La experiencia adecuada de los usuarios de las unidades de salud sobre la **disponibilidad del Glucantime®** para el inicio del tratamiento de la leishmaniasis cutánea varió entre 0% y 20%, correspondiente a los usuarios de Langes y Amapala respectivamente.

D. Conocimiento experiencial de los usuarios a los que se les aplicó el cuestionario, sobre los efectos secundarios locales y sistémicos del tratamiento con Glucantime® de la leishmaniasis cutánea:

La experiencia de los usuarios, respecto a los efectos locales secundarios al uso de Glucantime® fue mayor en todas las unidades de salud en cuanto al dolor local oscilando entre 57% y 69%, mientras tanto que el de menor porcentaje fue relacionado con la infección local oscilando entre 0% a 9% de esta experiencia. Mientras que la experiencia de los usuarios sobre los efectos sistémicos secundarios al uso de Glucantime® fue mayor en cuanto a la fiebre, astenia, mialgias y artralgias en todas las unidades de salud. Se hizo la comparación entre la experiencia de los usuarios que recibieron Glucantime® por vía intramuscular respecto con la vía intralesional. Encontrando lo siguiente:

Gráfico 9: Experiencia de los usuarios sobre los efectos locales secundarios al uso de Glucantime® por vía intramuscular e intralesional en leishmaniasis cutánea

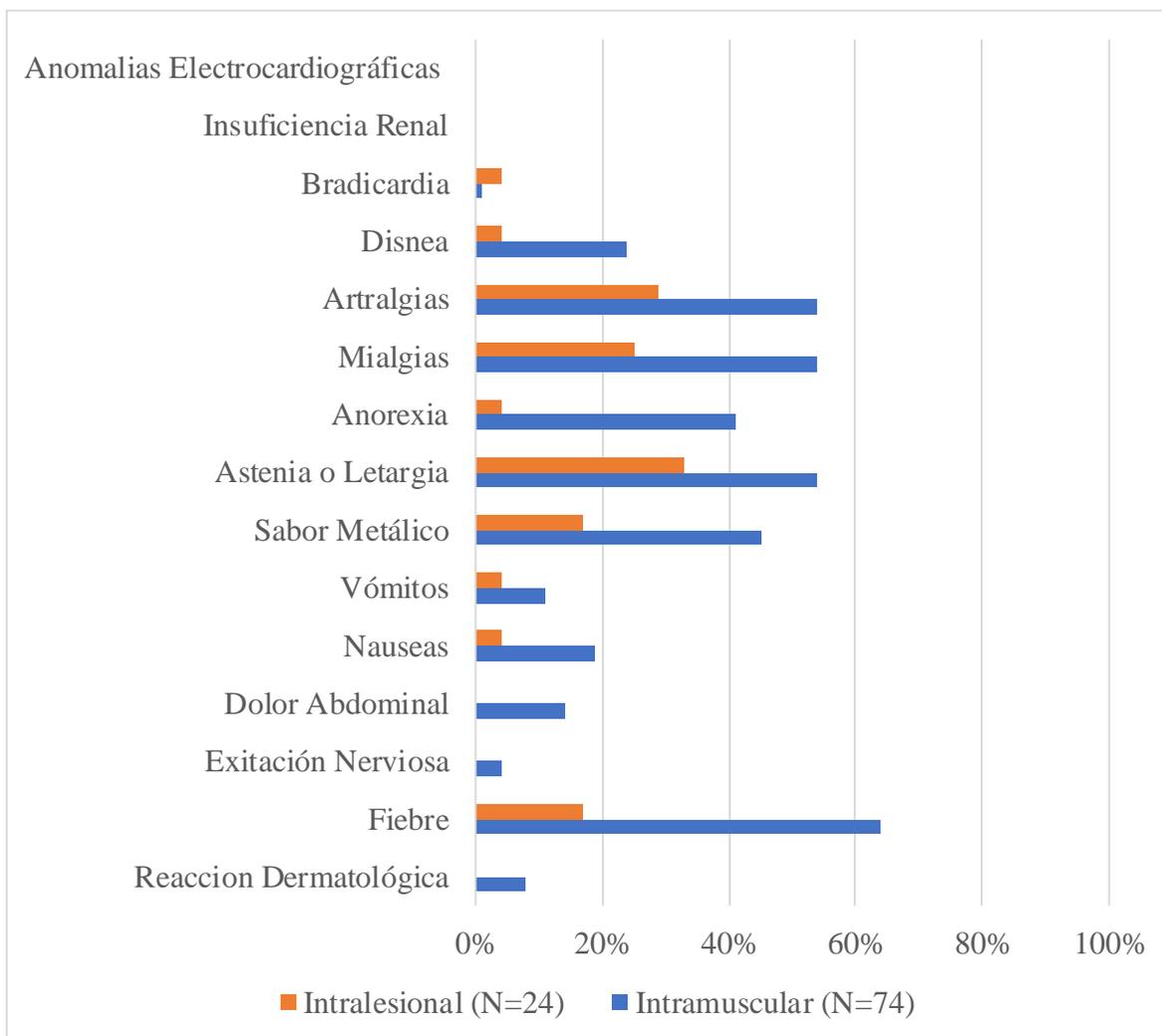


Fuente: Elaboración propia.

El mayor porcentaje de experiencia de los usuarios sobre los efectos locales secundarios al uso de Glucantime® por vía intramuscular fue el dolor local en un 70% mientras que por vía intralesional la experiencia el mayor porcentaje fue de

54%, en segundo lugar, se presentó la inflamación en un 63% por vía intralesional mientras que por vía intramuscular fue de 42%.

Gráfico 10: Experiencia de los usuarios sobre los efectos sistémicos secundarios al uso de Glucantime® por vía intramuscular e intralesional en leishmaniasis cutánea



Fuente: Elaboración propia.

La experiencia en cuanto a los efectos sistémicos secundarios al uso de Glucantime® fue mayor en todos los signos y síntomas cuando la vía de administración fue la intramuscular.

Adicionalmente se indagó por la respuesta terapéutica al tratamiento en los meses de seguimiento (primero, tercero y sexto mes), encontrando los siguientes hallazgos:

Tabla 8: Experiencia de los usuarios según unidad de salud en la que recibió atención, sobre la evolución de la lesión posterior al término del tratamiento con Glucantime® de la leishmaniasis cutánea y la presencia de recaídas.

Tiempo/Evolución	Amapala (N=80)	Langues (N=11*)	Puerto Grande (N=7*)
Mes			
Igual	6(7.5%)	1(9.1%)	
Mejóro	50(62.5)	9(81.8%)	5(71.4%)
Curó	22(27.5%)	1(9.1%)	2(28.6%)
Empeoró	1(1.25%)		
No aplica	1(1.25%)		
3 Meses			
Igual	2(2.5%)		
Mejóro	19(23.75%)	1(9.09%)	2(28.57%)
Curó	54(67.5%)	3(27.27%)	3(42.85%)
Empeoró	2(2.5%)		
No aplica	3(3.75%)	7(63.63%)	2(28.57%)
6 Meses			
Igual			
Mejóro	9(11.25%)		
Curó	62(77.5%)	3(27.27%)	2(28.57%)
Empeoró	1(1.25%)		
No aplica	8(10%)	8(72.72%)	5(71.43%)
Recaídas			
SI	10(12.5%)		
Intramuscular	(9)		
Intralesional	(1)		

Al mes de evaluación del seguimiento, se observa que el mayor número de experiencia reportada por los usuarios con tratamiento de la leishmaniasis cutánea fue la mejoría, seguido de la cura de la lesión, a los 3 meses de tratamiento de la leishmaniasis cutánea se reportó mayormente la cura, seguido de la mejoría de la lesión, y a los 6 meses de seguimiento el mayor número de experiencia reportado por los usuarios fue la cura, seguido de no aplica dado que estos usuarios no habían completado el tiempo de seguimiento.

Se presentaron recaídas solo en usuarios de la unidad de salud de Amapala, un total de 10(12.5%) usuarios. Posteriormente se hizo el análisis de estas recaídas según la vía de administración utilizada para el tratamiento evidenciando que las experiencias sobre las recaídas fueron mayores en los usuarios que se les administro el fármaco por vía intramuscular un total de 9(12%) usuarios en contraste cuando se usó la vía intralesional que presento en 1(4%) caso.

6.2.4 Objetivo 4: Integrar los hallazgos para identificar las convergencias o divergencias entre las barreras y facilitadores experimentadas por el personal de salud y los usuarios, con el conocimiento que estos tienen acerca estas intervenciones.

Después de recopilar datos cuantitativos y cualitativos y hacer el análisis por separado de cada uno de ellos obtenidos a través de las diferentes fuentes de información, se hizo la comparación de los resultados obtenidos desde las bases separado y se presentan en una tabla de visualización conjunta, reportando el hallazgo de convergencias o divergencias entre estos. Se comenzó por el conocimiento adecuado del personal de salud y luego del conocimiento experiencial adecuado de los usuarios de los servicios de salud.

Tabla 9: Visualización conjunta de los hallazgos cualitativos y cuantitativos en el personal de salud.

Personal de Salud			
Hallazgos Cuantitativos Porcentaje (%)		Hallazgos Cualitativos	Comparación
Conocimiento del Manual	33.33%	Desconocimiento del manual: <i>“Una de las barreras, es desconocer el manual, sus lineamientos en cuanto a los tipos de leishmaniasis y el tratamiento.”</i> <i>...PS07</i> <i>“El personal de salud no está adoptando el manual, ni siquiera la conocen, ahí es donde tenemos el problema o la debilidad”</i> <i>...E2004</i>	Convergencia
Frecuencia de uso del manual para abordaje de pacientes.	25%	<i>“Nos falta interés, no consultamos frecuentemente el manual, porque los casos son los mismos, entonces ya sabemos que le vamos a hacer un raspado, a poner su tratamiento con Glucantime®”</i> <i>...PS04</i> <i>“No lo están adoptando porque el personal no se involucra al 100%, no tiene ese hábito de leer, ni usar las guías”</i> <i>...E2004</i>	Convergencia

Capacitación sobre el manual	25%	<p><i>"No hemos recibido, al menos yo, no he recibido una capacitación sobre la norma, la tenemos, pero no he recibido una capacitación"</i></p> <p>...PS04</p> <p><i>"No dan presupuesto para hacer una retroalimentación de estas normas desde nivel regional a nivel local, es la región que tiene que ver cómo darlo a conocer a todo el personal de salud"</i></p> <p>...E2005</p>	Convergencia
Tiempo de laboral <1 año y vinculación no permanente	37.5% y 79%	<p><i>"La alta rotación del personal médico, el hecho de que solamente vienen un año a los establecimientos de salud y en su mayoría es a prestar su servicio social"</i></p> <p>...PS10</p> <p><i>"Específicamente en la región de salud de Valle, no ha habido un empoderamiento de la guía de abordaje de la leishmaniasis, porque tenemos el déficit de personal, el recurso que maneja las unidades de salud es rotativo, son en su mayoría en servicio social"</i></p> <p>...E2004</p>	Convergencia
Conocimiento del Diagnóstico y del Conocimiento del Tratamiento	79% y 60%	<p><i>Yo la verdad solamente conocía lo que es el Glucantime® y del tipo de leishmaniosis solamente el cutáneo"</i></p> <p>...PS07</p> <p><i>"Tenemos un gran problema con los médicos, dentro de su currículum no está incluida el abordaje de las enfermedades transmitidas por vectores de forma integral, entonces había"</i></p>	Convergencia

		<i>aceptabilidad, pero no lo adoptan, por ejemplo: porque tienen miedo colocar el medicamento intralesional”</i> <i>...E1008</i>	
--	--	---	--

En primer lugar, cuando se le interrogó al personal de salud sobre si conocían o no el Manual de Abordaje Integral de las Leishmaniasis, solo un 33.33% (N=8), refirió conocerlo. Hallazgos que convergen en los testimonios vertido durante las entrevistas y grupo focal se dijo al respecto:

“El personal de salud no está adoptando la guía o manual, ni siquiera la conocen, ahí es donde tenemos el problema o la debilidad”

...E2004

“Leerlo así a profundidad no, realmente no lo conozco”

...PS02

“Una vez lo he leído, más de lo que es la dosis y los tipos de leishmaniasis”

...PS03

“Yo no lo conozco”

...PS07

En relación con el tiempo que el personal de salud encuestado tiene de estar laborando en las distintas unidades el 37.5% (N=9) tiene menos de un año, así como el tipo de vinculación laboral el porcentaje para las modalidades de contrato (54%) y servicio social (25%), representan el 79% de los participantes que no tienen una estabilidad laboral permanente y por ende rotación de este. Estos aspectos fueron considerados por algunos de los participantes durante las entrevistas y los grupos focales como potenciales explicaciones del desconocimiento y la no implementación de las estrategias de control de la leishmaniasis en el municipio, algunos de sus testimonios fueron:

“Específicamente en la región de salud de Valle, no ha habido un empoderamiento en lo que es referente al manejo, porque tenemos el déficit del personal, el recurso que maneja las unidades de salud es rotativo, médicos, licenciadas en enfermería, enfermeras auxiliares, técnicos en salud ambiental son en su mayoría en servicio social es por eso no habido un empoderamiento en si en la guía de abordaje de la leishmaniasis”

...E2004

“El tipo de vinculación que tengo con el centro de salud es por contrato y este es por cuatro horas, entonces el tiempo es una barrera porque tengo que desarrollar otras actividades no sola en cuanto a leishmaniasis, ya no podría involucrarme más de lo que es la enfermedad”

...PS08

“La alta rotación del personal médico, el hecho de que solamente vienen un año a los establecimientos de salud y en su mayoría es a prestar su servicio social”

...PS10

Del personal de salud que refirió conocer el manual, al preguntarles sobre la frecuencia en la que utilizan el manual para abordar los casos de leishmaniasis el 25% dijo que lo utilizaban solo ocasionalmente, pese a que el 100% conoce que este está disponible en todas las unidades de salud. Algunos de los testimonios de los participantes durante las entrevistas y grupos focales en relación con esto convergen en el discurso en que el personal de salud no utiliza el manual:

“Nivel local esto no lo veo que está funcionando, no lo están adoptando porque el personal no se involucra al 100%, no tiene ese hábito de leer las guías. Cuando vamos a supervisar, nos encontramos que esta guía o norma la anda el técnico o el auxiliar de salud en su mochila o la tienen engavetada”

...E2004

“No consultamos frecuentemente la norma”

...(PS04)

Otro aspecto en el que los hallazgos cuantitativos convergen con los hallazgos cualitativo está relacionado con haber recibido capacitación por parte de la secretaria de salud, sobre el manual de abordaje integral de la leishmaniasis, de los 8 encuestados que conocen el manual de abordaje solo el 25%(N=2) ha recibido capacitación, reflejado en algunos de los testimonios de los participantes tanto en las entrevistas como en los grupos focales:

“La falta de una fuente de financiamiento para estar capacitando y recapitando al personal, porque no solo se debe capacitar al médico, a la enfermera, sino al técnico, el microscopista, el personal de campo, colaboradores voluntarios para que identifique el tipo de lesión”

...E2004

“No dan presupuesto para hacer una retroalimentación de estas normas desde nivel regional a nivel local, es la región que tiene que ver cómo darlo a conocer a todo el personal de salud”

...E2005

“Pues creo que, más que todo, no estamos capacitados y tampoco conocemos las normas, entonces creo que ese es probablemente el problema que tengamos el personal de salud”

...PS02

“No hemos recibido, al menos yo, no he recibido una capacitación sobre la norma, la tenemos, pero no he recibido una capacitación”

...PS04

Al estimar un promedio del conocimiento adecuado del personal de salud independientemente del perfil profesional, se encontró un promedio global de porcentaje de conocimiento adecuado de 79% y 60% sobre el diagnóstico y el tratamiento de la leishmaniasis respectivamente, en los hallazgos cualitativos en las entrevistas algunos de los testimonios de los participantes convergen con estos resultados expresando lo siguiente:

“Tenemos un gran problema con los colegas médicos que dentro de su currículum no está incluida como tal el abordaje y del estudio de las enfermedades transmitidas por vectores de forma integral, y en el caso de la leishmaniasis el nivel de educación es muy bajo, entonces había aceptabilidad pero no lo podían adoptar porque tenían miedo colocar el medicamento intralesional, por otra parte existía el antecedente también de que había muerto una persona con el uso intramusculares y a pesar de ellos trabajar en una zona endémica no adoptaban, ni se acoplan tampoco de lo que era el uso de estos medicamentos”

...E1008

Tabla 10: Visualización conjunta de los hallazgos cualitativos y cuantitativos de los usuarios

Usuarios			
Hallazgos Cuantitativos	Porcentaje (%)	Hallazgos Cualitativos	Comparación
Conocimiento del Diagnóstico	54.55%	<i>“El desconocimiento de lo que es y en que consiste la enfermedad es el problema, yo antes creía que la leishmaniosis era más que todo en lugares de condiciones de pobreza extrema”</i> ...PU02	Convergencia
Conocimiento del Tratamiento	68%		
Tiempo entre inicio lesión-diagnostico,	11%	<i>“La experiencia de mi hermana con el tratamiento y sus comentarios que me hacía fueron una barrera para buscar atención”</i> ...PU04 <i>“Una de las barreras que tuve fue la ubicación de la roncha, retrasó la búsqueda de atención”</i>	Convergencia

		...PU05	
Tiempo entre diagnóstico e inicio de tratamiento	43%	<p><i>“El miedo a las cuarenta inyecciones, cuando a mí me dijeron que era positivo me puse mal”</i></p> <p>...PU05</p> <p><i>“Miedo a un segundo tratamiento ya que con el primero no se me quitaron las lesiones”</i></p> <p>...PU08</p> <p><i>“Una de mis barreras era el trabajo porque aplicarse el tratamiento implica ser muy cumplida con el horario de aplicación”</i></p> <p>...PU02</p> <p><i>“Una barrera es el temor que infunden los comentarios, <<creo que eso debe ser como recibir una quimioterapia esas inyecciones porque es veneno>>”</i></p> <p>...PU05</p>	Convergencia
Disponibilidad del tratamiento	14%	<p><i>“Yo tuve que esperar ocho meses para que me pudieran poner el tratamiento porque no estaba disponible”</i></p> <p>...PU08</p>	Convergencia
Vía de administración del tratamiento	86%	<p><i>“Fui evaluada y según mi lesión, aplicaba para el tratamiento de las diez inyecciones intralesional y eso fue el facilitador que yo tuve”</i></p> <p>...PU02</p>	Divergencia

Por otro lado, respecto al conocimiento experiencial adecuado de los usuarios sobre el diagnóstico y el tratamiento de la *Leishmania*, se estimó un promedio de ese conocimiento experiencial adecuado de todos los usuarios independientemente de la unidad de salud donde reciben atención, en relación con el proceso de diagnóstico los promedios para los diferentes ítems fueron: cómo se transmite la leishmaniasis (59%), conoce el vector (16%), conoce los lugares de exposición al vector (50%), conoce el horario de picadura (32%), conoce las lesiones frecuentes de la leishmaniasis (83%), conoce quien le toma la muestra para el diagnóstico (83%), el tiempo entre inicio lesión-diagnóstico (11%), que examen se hizo para confirmar diagnóstico (100%) y que molestias presento Post Frotis (57%).

Así mismo en relación con aspectos del tratamiento de la enfermedad, se estimó un promedio del conocimiento adecuado de estos, y se encontró que: si recibió evaluación médica previa al inicio de tratamiento(29%), los exámenes que se indican(100%), exámenes realizados para iniciar tratamiento (50%), el tiempo entre diagnóstico-inicio tratamiento (43%), la vía de administración del tratamiento (86%), los días indicados de tratamiento(86%), tratamiento disponible y completo para inicio(14%), cumplió el tratamiento(100%), personal que administro el tratamiento (86%) y el lugar donde recibió el tratamiento(86%). Evidenciándose un conocimiento experiencial inadecuado en general, tanto del diagnóstico como del tratamiento de la leishmaniasis, sin embargo, pese a esto durante la realización de los grupos focales tanto el personal de salud como los usuarios el desconocimiento por parte de los usuarios fue una de las barreras identificadas con menor frecuencia en el contenido del discurso, algunas de las subcategorías codificadas al respecto y que de alguna manera convergen fueron:

1. Falta de interés/baja percepción del riesgo de la enfermedad (3 veces)

“El poco interés de hacerse el examen de diagnóstico, hay personas que tienen de uno hasta dos años de tener la lesión”

...PS03

2. Desconocimiento de la enfermedad (2 veces)

“Le preguntan al médico, pero tienen miedo al diagnóstico, porque en sí no entienden realmente lo que es leishmaniasis, ellos tienen temor a que la leishmaniasis los va a matar”

...PS10

“Como es una enfermedad más estética que otra cosa la gente no consulta, evoluciona de forma natural y utilizan productos caseros porque ellos dicen, para que va ir a colocar inyecciones en un centro de salud que le queda a 2 día de camino, entonces prefieren utilizar el machete caliente, ponerse tabaco, cenizas entre otras cosas”

...E1008

3. Tiempo de espera para iniciar el tratamiento (1 vez)

“Se hacen el raspado, les sale positivo y tienen que esperar tantos meses para que les llegue el tratamiento, ellos lo ven como una limitante”

...PS07

En general se encontraron convergencias entre los hallazgos cuantitativos y cualitativos en este estudio, relacionados con las barreras para la implementación del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea en Amapala, sin embargo cualitativamente no se logró una mayor visibilización de evidencia para darle mayor entendimiento a los datos cuantitativos, uno de los ejemplos claros es en cuando a

la disponibilidad del tratamiento, el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento que se encontró en los cuestionarios aplicados sin embargo en el grupo poblacional de los usuarios estas barreras fueron poco mencionada, una razón que podría explicar esta aparente contradicción fue que al momento del diseño del estudio y basado en los objetivos se buscaba describir el conocimiento tanto del diagnóstico como del tratamiento razón por la cual los usuarios que no habían recibido el tratamiento no se ven reflejados en los resultado, dado que solo tres sin tratamiento participaron de la encuesta y ninguno de ellos en a realización de los grupos focales.

7. Discusión:

La traducción de la evidencia a la práctica, también conocida como implementación, es un proceso activo en el que participan individuos, equipos y organizaciones, y es una fase esencial de la práctica ya que está, a menudo implica cambios en las concepciones, la actitud y el comportamiento; por consiguiente, la identificación de barreras es un paso importante en el proceso de traducción de conocimientos (52) Por tal razón esta investigación se centró en la identificación de barreras y facilitadores para la implementación del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea en el municipio de Amapala del departamento de Valle en Honduras área endémica del tipo cutánea no ulcerada, para contribuir a mejorar la implementación del diagnóstico mediante examen directo (frotis) y el tratamiento con Glucantime®.

En cuanto al proceso de implementación del manual de abordaje integral de la leishmaniasis, en las etapas iniciales de la implementación de esta estrategia, se realizaron actividades de manera intuitiva para garantizar resultados de implementación. En estas primeras etapas se evidenció el rol protagonista de nivel central y en menor grado su participación continuó en la segunda etapa de socialización de esta, mientras que los actores de nivel regional y local tuvieron de nula a escasa participación en la etapa de elaboración y socialización, respectivamente.

Existe una articulación débil entre los 3 niveles, que ha interferido en la adecuada implementación del manual y sus intervenciones. En la literatura se evidencia que la cultura y las estructuras organizacionales están asociadas con la eficacia de la implementación y se ha asociado a mejores actitudes, la calidad de los servicios, el sostenimiento de nuevas prácticas y los resultados de salud. (53) Las deficiencias en la estructura organizacional dada la verticalización en la toma de decisiones, permiten divergencias, principalmente entre nivel central con respecto a los niveles regional y local, ya que estos últimos, manifiestan no fueron tomados en cuenta en el proceso de elaboración, ni socialización de la estrategia y sus intervenciones.

Los contextos de implementación que proporcionan más apoyo educativo se relacionan con actitudes más positivas hacia la implementación de estrategias (53), en contraste con un clima en donde no hay un apoyo educativo como el encontrado en esta investigación, en donde los actores claves manifestaron que las mayores dificultades para la adopción y la fidelidad de la implementación está relacionado con el bajo nivel de conocimiento, la falta de capacitación en la norma, el desinterés del personal de salud y el no cumplimiento protocolo de atención.

El conocimiento del manual de abordaje integral de las leishmaniasis fue de 33%, pese a ello el promedio global de conocimiento sobre el diagnóstico y el tratamiento fue de 79% y 60%, respectivamente, esto está relacionado con el conocimiento experiencial o tácito sobre esta enfermedad, este es el conocimiento adquirido a través de observaciones en la práctica rutinaria. Estos conocimientos como señalan

en la revisión sistemática de estudios mixtos observacionales de Hurst and Micken (2017), puede deberse al conocimiento experiencial o tácito sobre esta enfermedad. Este conocimiento es adquirido a través de observaciones en la práctica rutinaria y su identificación permite mejorar la adopción de prácticas basadas en evidencia. (54) En investigación de la implementación, el conocimiento es variable y por debajo de lo esperado. Por ejemplo, porcentajes inferiores fueron reportados en estudio de Costa Rica, por Jacobo Elizondo (2018), en donde el conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento sobre arbovirosis esta alrededor del 40%. (55)

En relación con el conocimiento de los usuarios sobre el diagnóstico y el tratamiento de la leishmaniasis cutánea fue explorado desde el conocimiento experiencial adecuado que tuvieron durante su proceso, en donde el porcentaje general de conocimiento de los usuarios sobre el diagnóstico y el tratamiento de la leishmaniasis fue de 54% y 68%, respectivamente. Patiño, Salazar, Tovar y Vélez; en Colombia (2017), reportaron hallazgos similares en su estudio mixto donde aplicaron una encuesta epidemiológica sobre el reconocimiento de la leishmaniasis, forma de transmisión, tratamiento, (56) de igual manera en estudio de Hernández, Hidalgo, Lorenzo, Hung y Bastidas (Carabobo, Venezuela 2019), sobre las características clínicas epidemiológicas y conocimiento sobre la leishmaniasis tegumentaria americana, encontrando un porcentaje de conocimiento alrededor del 60%. (57)

El conocimiento del tratamiento en ambos grupos, tanto el personal de salud como los usuarios identifican al Glucantime® como el fármaco de elección para el tratamiento de la leishmaniasis y ambos grupos reportaron los efectos tanto locales como sistémicos con el uso de este fármaco principalmente por la vía intramuscular. Los pilares del tratamiento en varias regiones del mundo son los compuestos de antimonio pentavalente administrados por vía parenteral, pese su toxicidad reconocida, y es ante esto que el desarrollo de una alternativa terapéutica más efectiva y segura para la leishmaniasis cutánea se considera una prioridad. De igual manera los efectos secundarios en la revisión sistemática sobre la eficacia de los antimoniales pentavalentes intralesional, Brasil (2017) realizada por Brito, Rabello y Cota, reportan que los efectos adversos sistémicos más frecuentes incluyen artralgia, mialgia, molestias abdominales, erupción cutánea usando la vía intramuscular, (58) estos hallazgos son similares a los reportados por los usuarios en este estudio.

Amapala, ha iniciado la administración intralesional de Glucantime® en casos clínicamente seleccionados, en quienes se utilizó esta vía de administración reportaron menos efectos adversos sistémicos. Basados en la capacitación por expertos, del recurso humano (microscopista) de la unidad de salud encargada de la unidad de leishmaniasis en la infiltración intralesional, en Amapala se ha iniciado de forma empírica la administración intralesional de Glucantime® en casos clínicamente seleccionados. El Comité de Expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre leishmaniasis también incluyó el tratamiento

intralesional en las directrices regionales restringidas a centros de referencia y a lesiones individuales que no afectan la cara o las articulaciones en el 2013. Teniendo en cuenta que las ventajas potenciales de la infiltración intralesional son el uso de dosis totales más bajas de antimonio (menos efectos tóxicos) y un régimen terapéutico más flexible sin el requisito de la administración diaria de medicamentos. (58)

Los pacientes en quienes se utilizó esta vía de administración en comparación con los que se le administró vía intramuscular reportan menos efectos adversos sistémicos relacionados con el uso de este medicamento y menos reporte de recaídas. Datos similares en la revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento intralesional de Brito, Rabello y Cota, Brasil (2017), en donde solo se reportaron efectos locales con diferentes intensidades de dolor, hipersensibilidad local, eritema y edema e incluso en 12 estudios (30%) no informaron la aparición de efectos secundarios; este mismo estudio reporta que una comparación indirecta muestra que la tasa de eficacia de infiltración de antimonio es similar a la informada para el uso sistémico de antimonio. (58)

En resumen, respecto al conocimiento, en términos generales el personal clínico (médico y de enfermería) que es el responsable de la atención y el manejo de los pacientes, así como los usuarios independientemente de la unidad de salud donde reciben la atención, no obtuvieron en su mayoría un porcentaje de conocimiento adecuado sobre ambas intervenciones.

Las barreras relacionadas con la guía, en este estudio la rigidez del protocolo de atención fue la única identificada por un participante, indicando que en su mayoría no encuentran mayor problema relacionado con esta, esto contrasta con lo encontrado en una revisión sistemática sobre barreras para la implementación de estrategias en el tercer sector de salud en donde problemas en la adaptación de la estrategia fue identificada como una de las principales barreras, seguida de la dificultad de implementación y a diferencia de esta revisión se mencionó que antes que rigidez, la flexibilidad con respecto a la implementación de las intervenciones fue un facilitador. (59)

Respecto a las barreras relacionadas con la estructura organizacional, se identificó que el personal no está capacitado en el abordaje del paciente con leishmaniasis, la contratación limitada de recursos/sobrecarga laboral, que haya una sola persona a cargo de la atención, la falta de laboratorio en tierra firme, el tipo de vinculación, la falta de vigilancia epidemiológica y seguimiento de los casos, las fallas en el protocolo de atención; hallazgos similares que también fueron encontrados en una revisión sistemática sobre barreras para la implementación de estrategias en el tercer sector de salud se evidencio que el personal no capacitado o capacitación no adecuada fue citado en 8/31 artículos, la falta de recursos del personal/alta rotación de personal en 11/31, la falta de recursos técnicos en 3/31, el no tener prácticas de monitoreo para evidenciar eficacia en 4/31.(59)

Otros hallazgos similares se encontraron en una revisión sobre las barreras y los facilitadores del acceso a los servicios de salud, haciendo referencia también a la falta de formación y capacitación de los equipos médicos 16% (60), en otro estudio que se desarrolló para identificar las barreras sobre contactos de usuarios con Tuberculosis, se identificó la escasez de personal en las unidades impide que el personal realice trabajos comunitarios, incluida la investigación de contactos, los trabajadores de la salud informaron que tenían varias tareas que cumplir (61) En un estudio descriptivo sobre los aspectos socioepidemiológicos de la leishmaniasis se reportó como una barrera que los médicos en servicio social, llegan usualmente de otras zonas no endémicas para leishmaniasis cutánea, por lo que durante su formación de pregrado solo tuvieron acercamientos teóricos a la enfermedad, hallazgo similar al de este estudio (56)

En relación con las barreras individuales del paciente se identificadas por el personal de salud y los mismos usuarios convergen, el temor al tratamiento y a la vía de administración intramuscular, temor al requerimiento de más de un esquema terapéutico, la falta de interés, el desconocimiento de la enfermedad, el tiempo de espera para iniciar el tratamiento, el temor a los efectos secundarios del tratamiento intramuscular. Estudios realizados reportaron hallazgos similares, ya que el tratamiento médico es el más temido por los pacientes debido a una percepción negativa generalizada frente al tratamiento con Glucantime®, no solo por el dolor ocasionado por las inyecciones o la fobia a las agujas, sino por sus efectos secundarios (60), este último aspecto en contraste con lo encontrado en este estudio que fue una de las barreras menos mencionada.

Los hallazgos sobre los factores individuales de los profesionales de la salud fueron el desconocimiento del manual, no estar involucrado en la atención integral del paciente con leishmaniasis, falta de interés, los recursos financieros limitados, por otra parte, los usuarios refieren la restricción del horario de administración del tratamiento. Se reportaron resultados similares en estudios como la revisión sistemática cualitativa de Hirmas Aduy et al. (2013) sobre barreras y facilitadores para el acceso a salud y de Irene Ayakaka et al. sobre la investigación de contacto de la tuberculosis en Kampala, Uganda (2017), relacionados con la escasez del personal capacitado y la sobrecarga laboral que impide el desarrollo de otras actividades para el control de las enfermedades.

Así mismo Paloma Herrera et al. 2017 Guías de práctica clínica: estudio cualitativo sobre su implementación en el sistema de salud de Chile existen dificultades de acceso a las GPC y sus recomendaciones, sugiere la necesidad de capacitar y educar a profesionales en el contenido y uso de las guías, desafío adicional la alta rotación del personal de salud; otro estudio también comparte que los recursos limitados es una de las barreras más comúnmente reportadas para implementar las recomendaciones de directrices, relacionado con los recursos, incluyendo la falta de equipo, tiempo y personal (59). Por otra parte, los horarios de atención

inadecuados reportada en 15% de artículos de la revisión sistemática sobre barreras y facilitadores en el acceso a los servicios de salud (19,59,60,61)

Cabe destacar que en esta investigación como gran facilitador para la implementación del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea es la atención oportuna y personalizada por el encargado del programa, mencionado en 10 ocasiones por los usuarios de los servicios de salud, contrario a los estudios revisados en la literatura, en donde no fue identificado

Los factores sociales, políticos y legales en este estudio el personal de salud identificó la falta de recursos económicos del paciente, temor del personal por no tener respaldo legal, no obligatoriedad de cumplimiento del tratamiento, interacciones del paciente con otros miembros de la comunidad, el acceso limitado a los servicios de salud; mientras que los usuarios por su parte: las condiciones y restricciones laborales, la falta de recursos económicos. En un estudio se encontró que el personal de salud, así como los usuarios señalan que los costos de llegar a una clínica podrían ser un impedimento importante para acceder a los servicios de diagnóstico y tratamiento (61), otro estudio comparte que las distancias largas entre residencia de usuarios y lugar de atención y los costos del traslado al centro de atención (60), estos hallazgos convergen con algunas de las barreras identificadas en este estudio

En cuanto a las barreras relacionados con incentivos y recursos en este estudio se identificaron por el personal de salud las limitaciones en la disponibilidad del medicamento, falta de viatico al personal de salud y personal comunitario, falta de otros; mientras que los usuarios refieren: el retraso en la disponibilidad del tratamiento. En otros estudios se encontraron hallazgos similares en donde se evidenciaron la falta de recursos financieros (59), la escasez de recursos, infraestructura, horas de atención y medicamentos. (60) Como facilitadores se identificaron la disponibilidad del manual en todas las unidades de salud, personal comprometido con el cumplimiento del tratamiento del paciente, respecto a estos los usuarios reportan: disponibilidad de la terapia intralesional, deseo de curarse de la enfermedad, el acceso gratuito a los exámenes de diagnóstico y laboratorio; respecto a los facilitadores en un estudio de revisión sistemática sobre barreras se encontró convergencia con los hallazgos de este estudio, en este se indica que el suministro de los recursos necesarios, la disponibilidad de manuales. (59)

Las interacciones con otros profesionales/miembros de la comunidad, se identificaron como barrera los roles y funciones encasilladas; los usuarios reportan el intercambio de malas experiencias retrasa la búsqueda de atención y la estigmatización. Estudios también comparten hallazgos similares en relación con las historias de terceros respecto a sus malas experiencias con el tratamiento, la escasez del medicamento en algunas temporadas del año (56), el estigma social (60) Y como facilitadores en este estudio fue identificado, el apoyo familiar, el intercambio de experiencia sobre mejora de los efectos secundarios. En contraste

solamente por un usuario en contraste con un estudio sobre las barreras para el acceso al diagnóstico de la leishmaniasis visceral en donde el apoyo familiar fue identificado como uno de los grandes facilitadores. (7)

Limitaciones y fortalezas del estudio:

Limitaciones	Fortalezas
Selección de usuarios (objetivo 3): no se incluyeron pacientes sin tratamiento	Primer estudio de Investigación de la Implementación en sobre Leishmaniasis en Honduras
No se usó cuestionario validado: aplicación de prueba piloto para ambos (personal de salud y usuarios)	Hubo participación intersectorial de los tres niveles (departamental, regional y local).
No participación en grupos focales de usuarios de unidades de salud de tierra firme (Langues y Puerto. Grande)	Utilización de datos primarios, recogidos por la investigadora principal
Hubiera sido mejor uso de un diseño mixto secuencial exploratorio.	Metodología mixta con estatus dominante cualitativo facilita la comprensión de las barreras en la implementación del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis en Amapala

8. Conclusiones:

1. La articulación débil entre los diferentes niveles repercute indirectamente en la adecuada implementación de las intervenciones de diagnóstico y tratamiento para el control de la leishmaniasis.
2. Las principales barreras en personal de salud están relacionadas con la falta de capacitación continua, de interés y la rotación de este, dada la estructura organizacional del sistema de salud de Honduras
3. Las barreras para la implementación del tratamiento fueron atribuidas principalmente a los usuarios relacionadas con el desconocimiento de la enfermedad y no a otros factores institucionales para acceder al diagnóstico y tratamiento.
4. El conocimiento del personal de salud como los usuarios, resultó heterogéneo y en su mayoría inadecuado sobre la estrategia y sus intervenciones, y deja evidencia la ausencia de actividades de formación y capacitación continua en ambos grupos.

5. El liderazgo y participación de la microscopista en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes y la utilización de la terapia intralesional con Glucantime® en Amapala, contribuyen a una mejor implementación de estas intervenciones.

9. Recomendaciones:

1. Los niveles central y regional deben tener más en cuenta al nivel local para la toma de decisiones y apoyarlos en la implementación del examen directo y el tratamiento con Glucantime® para el manejo de la leishmaniasis cutánea no ulcerada.
2. De manera coordinada entre los tres niveles, se deben diseñar intervenciones de información, comunicación y educación dirigidas tanto al personal de salud como a los pacientes, para mejorar la implementación del diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea no ulcerada en Amapala.
3. Se requiere que, a nivel local, haya una mayor participación de los médicos, no solo en la identificación y diagnóstico de casos sino también, en la prescripción y seguimiento al tratamiento con Glucantime®.
4. Se deben diseñar y ejecutar políticas sanitarias participativas e intersectoriales, que eliminen las barreras para que todos los pacientes diagnosticados, reciban tratamiento con Glucantime® de manera oportuna y revisar si en todos los casos es requerido el tratamiento supervisado.
5. El nivel central debe revisar la evidencia y considerar la inclusión de la administración intralesional del Glucantime® para el tratamiento de la leishmaniasis cutánea no ulcerada, particularmente en Amapala.

10. Referencias:

1. Organización Panamericana de la Salud. Manual de procedimientos para vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019.
2. Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal. Manual de manejo de enfermedades parasitarias prioritarias en Honduras. Tegucigalpa, MDC. 2005.
3. Organización Mundial de la Salud. Control de las leishmaniasis. Informe de una reunión del Comité de Expertos de la OMS sobre el Control de las Leishmaniasis. Ginebra: OMS, Serie de Informes Técnicos 949. 2010.
4. Organización Panamericana de la Salud. 3 Reunión de los programas nacionales de leishmaniasis de los países prioritarios de las Américas. Resumen Ejecutivo. En colaboración con Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud Unidad de Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores. Bogotá, Colombia. 9-11 Nov. 2015.
5. Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, Honduras. Estrategia Nacional. Prevención y control de la enfermedad de Chagas y Leishmaniasis 2008-2015. Tegucigalpa, MDC. 2007
6. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. Plan de acción para fortalecer la vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas 2008-2015. OMS. 2007.
7. Sunyoto, Temmy; Adam, Gamal K.; Atia, Atia M.; Hamid, Yassin; Babiker, Rabie Ali; Abdelrahman, Nugdalla et al. "Kala-Azar is a Dishonest Disease": Community Perspectives on Access Barriers to Visceral Leishmaniasis (Kala-Azar) Diagnosis and Care in Southern Gadarif, Sudan. En: The American journal of tropical medicine and hygiene 98 (4), pág. 1091-1101. 2018 DOI: 10.4269/ajtmh.17-0872.
8. World Health Organization; For Research on Diseases of Poverty. IMPLEMENTATION RESEARCH TOOLKIT: Research Methods and Data Management. November 2017.
9. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. Plan de acción para fortalecer la vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas 2016-2022. OMS. 2016.
10. Torres Avila, Leslye; Rodríguez, Gabriela; Sosa Ochoa, Wilfredo; Ortiz, José Jafet; Martínez Colindres, David. Implementación de un PCR-RFLP/Hsp70 para identificar y tipificar especies de Leishmania en una zona endémica a Leishmaniasis Cutánea Atípica en Honduras. Revista Ciencia y Tecnología, núm. 23, ISSN: 1995-9613. 2019
11. Robinson Ramirez, Jose. Diagnosis of Cutaneous Leishmaniasis in Colombia: the Sampling Site within Lesions Influences the Sensitivity of Parasitologic Diagnosis. Journal of Clinical Microbiology, Vol. 38, No. 10. p. 3768-3773. Oct. 2000

12. López-Carvajal, L; Mazo-Hoyos, L; Cardona-Arias, J. Sistematización de Estudios Clínicos Sobre la Eficacia de Tratamientos para la Leishmaniasis Cutánea 1980-2015. Archivos de Medicina ISSN 1698-9465, Vol. 12 No. 3: 8. 2016. doi: 10.3823/1307
13. Limachi-Choque, J; Rojas-Cabrera, E; Verduguez-Orellana, A; Eid-Rodríguez, D. ¿El tratamiento intralesional de Leishmaniasis cutánea es seguro frente al riesgo de complicaciones mucosas? Gac Med Bol 2020; 43(1): enero - junio 2020.
14. Coulborn, Rebecca Marie; Gebrehiwot, Tesfay Gebregzabher; Schneider, Martin; Gerstl, Sibylle; Adera, Cherinet; Herrero, Mercè et al. Barriers to access to visceral leishmaniasis diagnosis and care among seasonal mobile workers in Western Tigray, Northern Ethiopia: A qualitative study. En: PLoS neglected tropical diseases 12 (11), e0006778. 2018. DOI: 10.1371/journal.pntd.0006778.
15. Thornton, Sheila J.; Wasan, Kishor M.; Piecuch, Anna; Lynd, Larry L. D.; Wasan, Ellen K. Barriers to treatment for visceral leishmaniasis in hyperendemic areas: India, Bangladesh, Nepal, Brazil and Sudan. En: Drug development and industrial pharmacy 36 (11), pág. 1312-1319. 2010. DOI: 10.3109/03639041003796648.
16. Sosa Ochoa, W et all. Ecoepidemiología de la Leishmaniasis cutánea no ulcerada en Honduras. En: Revista Ciencia y Tecnología (14). 2014
17. Organización Panamericana de la Salud. 4 Reunión de los programas nacionales de leishmaniasis de los países prioritarios de las Américas. Resumen Ejecutivo. En colaboración con Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud Unidad de Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores. Bogotá, Colombia. 3-5 May 2017.
18. Secretaría de Estado en el Despacho de Salud; Honduras. Manual para el Abordaje Integral de las Leishmaniasis en Honduras. En colaboración con Unidad de Vigilancia de la Salud/ Chagas y Leishmaniasis. 1ra: Línea Creativa. 2016.
19. Paloma Herrera et al. Guías de práctica clínica: estudio cualitativo sobre su implementación en los sistemas de salud. Rev Panam Salud Publica. 2017;41:e67. 2017
20. Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR). Plan de acción del TDR 2008-2013. En: TDR/GEN/SP 07 (1). 2007
21. Organización Panamericana de la Salud. LEISHMANIASIS. Informe Epidemiológico de las Américas. Washington, D.C (16). 2018
22. Organización Panamericana de la Salud. LEISHMANIASIS. Informe Epidemiológico de las Américas. Washington, D.C (17). 2019
23. Informe del municipio de Amapala. Características sociodemográficas del departamento de Valle. 2017
24. República de Honduras secretaría de salud. Plan estratégico para la prevención, atención, control y eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas en Honduras 2012-2017 (PEEDH). Abril 2012.

25. Organización Panamericana de la Salud. Manual de procedimientos para vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas. Washington, D.C.: OPS. 2017
26. David H. Peters, Nhan T. Tran, Taghreed Adam. Investigación sobre la implementación de políticas de salud: Guía práctica. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud. 2013
27. Castro Jalca, J; Marcillo Carvajal, C; Moran, J; Castro Jalca, A. Leishmaniasis, infección compleja en las Américas. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 1(5). pp. 715-732. 2017
28. Mejia, A. et al. Bionomic aspects of *Lutzomyia evansi* and *Lutzomyia longipalpis*, proven vectors of *Leishmania infantum* in an endemic area of non-ulcerative cutaneous leishmaniasis in Honduras. Parasit Vectors. 2018 Jan 5;11(1):15. doi: 10.1186/s13071-017-2605-7. PMID: 29304878; PMCID: PMC5756426. 2018
29. McCluskey et al. Barriers and enablers to implementing multiple stroke guideline recommendations: a qualitative study. BMC Health Services Research 2013, 13:323 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/323>
30. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/02-02. 2009
31. Flottorp et al.: A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. Implementation Science 8:35. 2013
32. Proctor, E et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. Adm Policy Ment Health, 38:65–76. 2011. DOI 10.1007/s10488-010-0319-7
33. David H. Peters, Nhan T. Tran, Taghreed Adam. Implementation research: what it is and how to do it. BMJ 2013; 347:f6753 doi:10.1136/bmj.f6753 (Published 20 November 2013)
34. Baez J, De Tudela P. Investigación cualitativa. 2da edición. Mexico, DF: Alfaomega Grupo Editor; 2012.
35. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. 6ta edición. McGraw-Hill; 2014
36. Galeano Marin M. estrategias de investigación social cualitativa: El giro en la mirada. Medellín: La carreta editores; 2012.
37. Gagnon, Marie-Pierre; Shaw, Nicola; Sicotte, Claude; Mathieu, Luc; Leduc, Yvan; Duplantie, Julie et al. Users' perspectives of barriers and facilitators to implementing EHR in Canada: a study protocol. En: Implementation science : IS 4, pág. 20. 2009. DOI: 10.1186/1748-5908-4-20
38. Vargas Melgarejo L. Sobre el concepto de percepción. Alteridades, 4 (8): Págs. 47-53; 1994

39. Morse J, M. Asuntos Críticos en los Métodos de Investigación Cualitativa. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2003.
40. Pereira Pérez, Z. Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. Revista Electrónica Educare Vol. XV, N° 1, [15-29], ISSN: 1409-42-58, Enero-Junio, 2011
41. Creswell J. Designing and conducting mixed methods research. Second. United States of America: SAGE Publications; 2011.
42. World Health Organization on behalf of the Special Programme for Research and Tropical, Diseases. Implementation Research Toolkit. Geneva: World Health Organization; 2014.
43. Secretaria de recursos naturales y ambiente. Informe perspectivas del ambiente urbano. Ciudad de Amapala, Valle. Agosto, 2019.
44. Consejo nacional de agua potable y saneamiento. Análisis de la Situación del Sector Agua Potable y Saneamiento del Municipio de Amapala, Valle. Junio, 2011. www.consana.gov.co
45. Soto García P, Redón Pantoja S, Arancibia Martínez L. ¿Cómo indagar las experiencias de los sujetos? Una discusión teórico-metodológica: acerca del estudio de caso. Volumen 14, número 33, enero-abril, 2017, pp. 303-324
46. Porta Luis, Silva Mirian. "La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa". <http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2016/01/An%C3%A1lisis-de-contenido-en-investigaci%C3%B3n-educativa-UNMP-UNPA-2003.pdf>
47. Ulin, Priscilla R. Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. Washington, D.C: OPS, (Publicación Científica y Técnica No. 614). 2006
48. M. M, Arias Valencia. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. <http://tone.udea.edu.co/revista/mar2000/Triangulacion.html>
49. An Introduction to triangulation. UNAIDS Monitoring and Evaluation Fundamentals. https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/10_4-Intro-to-triangulation-MEF.pdf
50. World Medical Association. Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects; 2013
51. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución N° 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud de la República de Colombia. 1993
52. McCluskey et al. Barriers and enablers to implementing multiple stroke guideline recommendations: a qualitative study. BMC Health Services Research 2013, 13:323 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/323>
53. Powell et al. Are general and strategic measures of organizational context and leadership associated with knowledge and attitudes toward evidence-based practices in public behavioral health settings? A cross-sectional observational study. Implementation Science (2017) 12:64 DOI 10.1186/s13012-017-0593

54. Hurst and Mikan. Describing knowledge encounters in healthcare: a mixed studies systematic review and development of a classification Implementation Science (2017) 12:35 DOI 10.1186/s13012-017-0564-1
55. Jacobo Elizondo, J; Gomez Arias, R; Escobar Vasco, J. Revista Medica de la Universidad de Costa Rica., Volumen 12, número 2, artículo 2. 2018
56. Patiño-Londoño, S. Salazar, L. Tovar Acero, C. Vélez Bernal, I. Aspectos socioepidemiológicos y culturales de la leishmaniasis cutánea: concepciones, actitudes y prácticas en las poblaciones de tierralta y Valencia, (córdoba, colombia), Salud Colectiva. 2017;13(1):123-138. doi: 110.18294/sc.2017.1079
57. Abdel K, Hernández D, Hidalgo O, Hidalgo S, Lorenzo C, Hung F, Bastidas G. Características clínicasepidemiológicas y conocimiento sobre la leishmaniosis tegumentaria americana en una población de Carabobo. Venezuela. Rev Peru Investig Salud [Internet];4(1). Available from: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/478>. 09-16
58. Brito NC, Rabello A, Cota GF. Efficacy of pentavalent antimoniate intralesional infiltration therapy for cutaneousleishmaniasis: A systematic review. 2017, PLoS ONE 12(9): e0184777. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184777>
59. Bach-Mortensen et al. Barriers and facilitators to implementing evidence-based interventions among third sector organisations: a systematic review Implementation Science. 13:103 <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0789-7>. 2018
60. Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(3):223–9.
61. Ayakaka et al. Identifying barriers to and facilitators of tuberculosis contact investigation in Kampala, Uganda: a behavioral approach Implementation Science, 12:33. 2017. DOI 10.1186/s13012-017-0561-4

11. Anexos:

Anexo 1: Resumen de algunos artículos realizados en Honduras y Amapala sobre leishmaniasis cutánea

Fuente	Hallazgos
<p>Araujo Flores, G. et al. (2020). Th17 lymphocytes in atypical cutaneous leishmaniasis caused by Leishmania (L.) infantum chagasi in Central America. Parasite Immunology. 2020;00:e12772. doi.org/10.1111/pim.12772</p>	<p>Lesiones cutáneas en la leishmaniasis cutánea no ulcerada (NUCL) causada por Leishmania (L.) infantum chagasi se caracterizan por un infiltrado inflamatorio mononuclear en la dermis, que se compone principalmente de linfocitos, seguida de macrófagos, pocas células plasmáticas y granulomas epitelioides con parasitismo tisular leve.</p> <p>La respuesta inmune adaptativa mediada por células T colaboradoras es heterogénea y se basa en el desarrollo de diferentes subtipos de células caracterizados por diferentes perfiles de producción de citocinas.</p> <p>Se observaron células ROR-γt +, IL-17 +, IL-6 +, TGF-β + e IL-23 + en el infiltrado inflamatorio dérmico de las lesiones cutáneas de NUCL.</p> <p>Correlación positiva entre los linfocitos T CD4 + y las células ROR-γt + e IL-17 + sugiere que algunos de los linfocitos T CD4 + en NUCL podrían ser linfocitos Th17</p> <p>Correlación positiva entre las células ROR-γt + y las células TGF-β +, IL-6 +, IL-17 + e IL-23 + podría indicar el papel de estas citocinas en la diferenciación y mantenimiento de los linfocitos Th17</p>
<p>Sosa Ochoa, W. et al. (2020). Clinical and Immunological Features of Human Leishmania (L.) infantum Infection, Novel Insights Honduras, Central America. Pathogens 2020, 9, 554; doi:10.3390/pathogens9070554</p>	<p>Leishmania (Leishmania) infantum es el agente etiológico de la leishmaniasis visceral americana (AVL) y la leishmaniasis cutánea no ulcerada (NUCL) en Honduras.</p> <p>576 personas con diagnóstico basado en ensayos combinados de ELISA (IgG / IgM) y DTH. También PCR de ADNc específico de género y PCR-RFLP de Hsp70 para los casos de NUCL 336 (58,3%) eran mujeres y 240 (41,7%) eran hombres, (55,9%) tenían más de 21 años</p> <p>La evaluación clínica encontró 82% de individuos asintomáticos</p> <p>Especies de L. (L.) infantum en el 100% de los raspados de lesiones cutáneas y en el 90% de las muestras de sangre de los casos de NUCL estudiados</p> <p>Un total de 320 individuos asintomáticos estuvieron expuestos (ELISA + y / o DTH +), lo que proporcionó una prevalencia global de L. (L.) infantum del 73,6%.</p>
<p>Sandoval, C, M. et al. (2018) Histopathological features of skin lesions in patients affected by non-ulcerated or atypical cutaneous leishmaniasis in Honduras, Central America; International Journal of Experimental Pathology 99(5), pp. 249 257</p>	<p>Los resultados en Amapala (55%):</p> <p>Sociodemográficos: mujeres (65%), edad promedio 33.4 años.</p> <p>Clínicos: diámetro de las lesiones de 3 a 5 mm (70%), lesión única (60%), tiempo de evolución 6 meses (40%), extremidades (50%).</p> <p>Laboratorio: Frotis observación de amastigotes (100%), inmunohistoquímica (55%), ADN parasitario por biopsias (100%), agente infeccioso Leishmania (L.) infantum/chagasi (100%), cambios morfológicos en dermis y epidermis adelgazamiento leve (40%), acantosis leve (10%)</p>

	y exocitosis linfohistiocítica focal (20%), cambios histopatológicos dermis superficial y profunda: infiltrado inflamatorio linfohistiocítica (linfocitos, macrófagos, células plasmáticas). (25)
Mejia, A. et al. (2018) Bionomic aspects of <i>Lutzomyia evansi</i> and <i>Lutzomyia longipalpis</i> , proven vectors of <i>Leishmania infantum</i> in an endemic area of non-ulcerative cutaneous leishmaniasis in Honduras; Parasit Vectors. 2018 Jan 5;11(1):15. doi: 10.1186/s13071-017-2605-7. PMID: 29304878; PMCID: PMC5756426.	Aspectos bionómicos de la <i>Lutzomyia</i> en Amapala: Caracterización: género <i>Lutzomyia</i> (13,248), hembra (78%), tres especies de <i>Lutzomyia</i> (<i>Lu. evansi</i> , <i>Lu. cayennensis</i> y <i>Lu. panamensis</i>). Distribución por ubicación de trampas: ecotopo extradomiciliario mayor tasa de captura de <i>Lutzomyias</i> (79.66%), peri-domiciliario (12.34%), intradomiciliarios (8%). Distribución de especies según ubicación de trampas: ecotopo extradomiciliario (<i>Lu. Evansi</i>), domiciliario (<i>Lu. Longipalpis</i>). Fuente de alimento: en orden de frecuencia para cinco especies (<i>Lu. Longipalpis</i> , <i>Lu. Cruciana</i> , <i>Lu. Evansi</i> , <i>Lu. Gomezzi</i> y <i>Lu. chiapanensis</i>), fue el cerdo, perro, pollo. Humano (<i>Lu. Longipalpis</i> y <i>Lu. Cruciana</i>). (24)
Araujo, G, V. et al. (2018) Evaluation of Regulatory Immune Response in Skin Lesions of Patients Affected by Nonulcerated or Atypical Cutaneous Leishmaniasis in Honduras, Central America. Hindawi, Mediators of Inflammation. Volume 2018, Article ID 3487591, 7 pages https://doi.org/10.1155/2018/3487591	Resultados en Amapala y Orocuina: Análisis inmunohistoquímico: presencia de linfocitos CD4 + T, FoxP3 +, células TGF-β + y células IL-10 + <u>Densidad celular paciente con lesión</u> (media ± error estándar) de linfocitos T CD4 + fue de 296.60 ± 53.47, la de las células FoxP3 + fue de 168.40 ± 28.71, de las células TGF-β + y el de las células IL-10 + fue de 63.72 ± 9.70 células / mm ² <u>Densidad celular piel:</u> el número de células / mm ² fue de 46.25 ± 11.55 para linfocitos T CD4 +, 3.79 ± 1.72 para células FoxP3 +, 0.11 ± 0.11 para células TGF-β + células, y 13.26 ± 5.05 para células IL-10 + <u>Persistencia de parásito en el sitio de la infección</u> se debe a la actividad de las células Treg, aunque se ha creído que el bajo de estos importante para la producción Inmunidad duradera y protectora. (26)
Izaguirre, A. et al. (2017) Características clínicas y epidemiológicas de leishmaniasis en el municipio de trojes, el paraíso, 2014-2017; REV MED HONDUR, Vol. 85, Nos. 1 y 2, 2017	De 204 casos: Sociodemográficos: edad 20-39 años (37.8%), masculino (61.8%), área rural (88.8%), empleados (32.8%), escolaridad básica completa (33.8%). Clínicos: lesión única (58.8%), lesión cutánea tipo ulcerada (86.2%), tiempo de evolución 2 semanas-6 meses (91.6%), ninguna manifestación clínica (74,5%), Glucantime® (100%), otros antibióticos (6.4%), antimicóticos (4.4%), antihistamínicos 1.5%. Casos autóctonos (98.55%), mejoría completa (98%), abandonaron el tratamiento (1,5%). Epidemiológicos: permanencia en zonas boscosas (96.1%), actividades lugar de residencia (65.1%). Laboratorio: examen parasitología directa (99.5%), Leishmaniasis más frecuente fue de tipo cutánea 89.1%, seguido de atípica en un 2.8%, mucocutánea 2.8%. (27)
Matute, N. et al. (2009) Caracterización clínico -	126 pacientes: Consulta Externa de Dermatología (54.8%) y hospitalizados (45.2%): Leishmaniasis cutánea (57,9%): LCNU (78,1%), LCU (21.9%). LMC (7,9%) y LV (34,1).

<p>epidemiológica de pacientes con leishmaniasis atendidos en el Hospital Escuela; REV MED HONDUR 2009;77(1)</p>	<p>LCNU (n = 57): Sociodemográficas: edad de 6 – 15 años (64.9%), femenino (54.4%), Francisco Morazán (38,6%), El Paraíso (29.8%) y Choluteca (19,3%), educación primaria (66,7%), ocupación estudiante (57.8%). Clínicas: lesión pápula (54.1%), número de lesiones 2.2 (56.8%), cara (80.7%), tiempo de evolución 1 año (28.0%), tratamiento con antimonio (AM) intramuscular (73.6%), efectos adversos: fiebre y cefalea (29.5%); náuseas, vómitos y eritema (11.7%); mialgias y somnolencia (5.8%), celulitis (0%). Tratamiento con AM intralesional (24,5%); criocirugía (1,7%), curación (94.7%). Epidemiológicos: episodio previo (21%) de LCNU (75,0%), familiares y vecinos con la enfermedad (35.0%) y (54.3%) respectivamente, viaje a áreas endémicas (35,0%). Del total uso mosquiteros y tela metálica (3,5%). Laboratorio: microscopía frote o impronta (89.5%), cultivo (7.0%), biopsia (1.7%). (28)</p>
<p>Risco, G. et al. (2009) Leishmaniasis cutánea en la Región Sanitaria No. 3, República de Honduras, enero 1998-septiembre 2002; Revista Cubana de Higiene y Epidemiología 47(2)</p>	<p>161 fichas de vigilancia epidemiológica de leishmaniasis: Sociodemográficos: mayor número sexo masculino, edades: 5 a 14 años (34,16%) y mayores de 15 (55,28%), mayor número de casos durante los primeros 3 meses del año, estudiantes (32,92%). labradores (24,22%), domésticos (20,50%). Clínicas: dolor (63,9%) prurito (59,6%), asintomáticos (12,4%), úlcera (50,3%), única (58,38 %), piernas (40,99%), miembros superiores (40,37%), cara (13,66 %), asistencia médica 30-90 días después de lesiones, 15 se reinfectaron (10 tratados incompletamente o se automedicaron/5 no habían recibido tratamiento). (29)</p>
<p>Lizardo, G. et al. (2008) Caracterización de pacientes con Leishmaniasis Cutánea Atípica; Rev Med Hondur Vol. 76</p>	<p>27 pacientes con diagnóstico de LCA del servicio de dermatología del Hospital Escuela: Sociodemográficos: masculino (63,0%), edad 3-20 años (33.3%), Francisco Morazán (9), Valle (7), Choluteca (6), El Paraíso (4) y Comayagua (1). Clínicas: cara (85%), promedio de lesiones fue 3.7, el tiempo de evolución al momento del diagnóstico estuvo 8 meses-11 años.(30)</p>
<p>Meléndez, V. et al. (2006) Estudio comparativo entre antimonio de meglumina intralesional versus tratamiento convencional intramuscular en el manejo de leishmaniasis cutánea atípica; Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH Vol. 9 Nº 2 mayo - Agosto 2006</p>	<p>Escolares con LCA y residentes del Municipio de Reitoca, Francisco Morazán Efectos adversos: Grupo IM: reacciones inflamatorias locales, celulitis, mialgias, artralgias, náuseas, vómitos, dolor abdominal, cefalea, somnolencia, erupciones en la piel, pancreatitis y neuropatía periférica. Grupo IL: dolor, ardor, eritema, prurito, eccema, e infección en el sitio de la inyección. Eficacia: Grupo IL (90), abandono (1%), falla terapéutica (8%), curación (91%). Grupo IM (20), abandono (0%), falla terapéutica (5%), curación (95%). En relación con la desaparición de lesiones no hubo diferencias entre los dos grupos (72% versus 70%, p = 0.8). Ambos grupos a las cinco semanas de tratamiento, reacciones adversas más frecuencia en el Grupo IL (locales y leves), tratamiento intralesional fue tan efectivo como el tratamiento parenteral en el tratamiento de la LCA.(31)</p>

<p>M. Campos-Ponce et al. (2004) <i>Leishmania chagasi/infantum</i>: further investigations on <i>Leishmania</i> tropisms in atypical cutaneous and visceral leishmaniasis foci in Central America. <i>Experimental Parasitology</i> 109 (2005) 209–219. doi:10.1016/j.exppara.2004.11.013</p>	<p>Investigó si había diferencias relacionadas con la patología en la virulencia entre las cepas CL y VL de Honduras utilizando como referencia las cepas mediterráneas de <i>L. infantum</i>. La infectividad de los macrófagos y la sensibilidad del suero, propiedades que se cree que están asociadas con la virulencia, fueron similares entre las cepas CL y VL de ambas regiones. la organización del genoma de los genes para dos factores de virulencia candidatos: la proteína quinasa activada por mitógenos de <i>Leishmania</i> (LMPK) y la cisteína proteinasa b (Cpb):</p> <ul style="list-style-type: none"> Las cepas mediterráneas exhibieron polimorfismos de enzimas de restricción asociados con el tropismo para los genes LMPK y Cpb, mientras que no se observaron diferencias para las cepas hondureñas.
<p>J. Carrasco, A. Morrison, C. Ponce. (1998) Behaviour of <i>Lutzomyia longipalpis</i> in an area of southern Honduras endemic for visceral/atypical cutaneous leishmaniasis. <i>Annals of Tropical Medicine & Parasitology</i>, Vol. 92, No. 8, 869±876</p>	<p>Se recolectaron 918 flebótomos Dinámica poblacional: 7 especies diferentes La rareza de <i>Lu. evansi</i> y abundancia de <i>Lu. longipalpis</i> en las colecciones hacen poco probable que el primero sea un vector importante de <i>L. chagasi</i> en la zona (86%) de los <i>Lu. longipalpis</i> recolectadas fueron capturadas en tres noches, en julio, e inmediatamente después de la temporada de lluvias, en diciembre y enero De <i>Lu. longipalpis</i> capturados, el 39% eran hembras. Intenta encontrar los sitios de descanso diurno del <i>Lu. longipalpis</i> fueron en muros de piedra, madrigueras de roedores, debajo de grandes rocas y troncos de árboles La actividad de picadura alcanza su punto máximo entre las 22.00 y las 01.00 horas y luego disminuye gradualmente a cero a las 05.00 horas</p>
<p>Franklin A. Neval et al. (1997) Non-ulcerative cutaneous leishmaniasis in Honduras fails to respond to topical paromomycin. <i>TRANSACTIONS OF THE ROYAL SOCIETY OF TROPICAL MEDICINE AND HYGIENE</i>. 91,473475</p>	<p>Ensayo doble "ciego" controlado con placebo de terapia tópica con 15% de paromomicina (aminosidina) y 10% de urea en parafina blanca en 53 pacientes con leishmaniasis cutánea no ulcerante: 18 de 266 aislamientos de pacientes eran especies de <i>L. mexicana</i> por tipificación de isoenzimas Las lesiones de las que se recuperaron <i>L. mexicana</i> eran clínicamente indistinguibles de las de los casos de <i>L. chagasi</i> No se encontraron anomalías en las pruebas de laboratorio de rutina antes y al finalizar la terapia No se informó ni se observó ningún efecto adverso de la pomada de paromomicina o placebo El tratamiento con paromomicina no fue eficaz en el tratamiento de las lesiones de <i>L. mexicana</i> o <i>L. chagasi</i> Las lesiones persistieron independientemente de si recibieron fármaco o placebo La resolución espontánea de la leishmaniasis cutánea no ulcerosa en Honduras es lenta</p>
<p>Harry Noyes et al. (1997) <i>leishmania chagasi</i>: Genotypically Similar Parasites from Honduras Cause both</p>	<p>Descripción de hallazgos de 33 cepas identificadas por anticuerpos monoclonales y 30 habían sido identificadas previamente por isoenzimas Laboratorio:</p>

<p>Visceral and Cutaneous Leishmaniasis in Humans. <i>Experimental Parasitology</i> 85, 264–273</p>	<p>9 cepas eran <i>L. mexicana</i>, estas lesiones eran clínicamente indistinguibles de las causadas por <i>L. chagasi</i>. 24 cepas fueron <i>L. chagasi</i>, 17 de casos cutáneos, 5 de casos viscerales y 2 de flebotomos</p>
<p>C, Ponce et al. (1991) <i>Leishmania donovani chagasi</i>: new clinical variant of cutaneous leishmaniasis in Honduras. <i>The Lancet</i>. Vol 337:JAN 12</p>	<p>Descripción de los hallazgos 17 pacientes con leishmaniasis cutánea atípica en Amapala: Clínico: Pacientes bien nutridos y sin antecedentes de inmunodepresión o alguna enfermedad sistémica previa. Mayor frecuencia en cara, papulares, no ulcerosas, generalmente pocas en número (1-3) y variaban de 0-5 a 30 cm de diámetro, presentes durante dos a cinco años. Laboratorio: Montenegro a los 17 pacientes con lesiones cutáneas; las reacciones fueron positivas (5-5 mm de induración) con ambos antígenos en 10 pacientes y negativas en 7 pacientes. Los frotis fueron positivos para amastigotes en 11 de 17 pacientes Cultivaron organismos <i>leishmaniales</i> en los 9 pacientes cuyas muestras se cultivaron Los títulos de anticuerpos séricos por IIF fueron positivos en los 17 pacientes Se aislaron en 4 casos <i>leishmania</i> de lesiones cutáneas, se tipificaron como <i>L. donovani chagasi</i> mediante análisis de isoenzimas. Tratamiento: Las lesiones cutáneas respondieron bien a tratamiento con un solo ciclo de 15 inyecciones (5 ml por inyección) de 'Glucantime' (antimoniato de meglumina, 85 mg antimonio pentavalente / ml). 1 paciente requirió dos cursos de tratamiento.</p>

Fuente: elaborado por la autora a partir de revisión de artículo

Anexo 2: Consentimiento informado cuestionario

CONSENTIMIENTO INFORMADO CUESTIONARIO Barreras y facilitadores para la implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea en el municipio de Amapala, Honduras 2019.	 UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803
---	--

Investigadora principal: Elsy Denia Cárcamo Rodríguez. Médica, Estudiante de Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Contacto: elsy.carcamo@udea.edu.co

Código:

Sitio donde se llevará a cabo el estudio: Amapala (Valle, Honduras)

Comité de Ética Colombia: Sra. Margarita María Montoya Montoya. Presidente del Comité de Ética, UdeA correo: eticasaludpublica@udea.edu.co

Entidades que respaldan la investigación: Secretaría de Salud de Honduras, Universidad de Antioquia

Entidad que patrocina la investigación: Programa Especial de Entrenamiento e Investigación en Enfermedades Tropicales (TDR).

Información para el participante

En Amapala la leishmaniasis cutánea es un problema de salud pública importante, por esto la Secretaría de Salud de Honduras realiza campañas de prevención y control de esta enfermedad en barrios donde se presentan casos confirmados. La localidad en la que usted vive es objeto del interés de la investigación dado los casos que se reportan de leishmaniasis y usted acaba de recibir la información al respecto. Por esta razón lo estamos invitando a participar de esta investigación.

La participación en este estudio es libre y voluntaria

Usted tiene derecho a no participar o retirarse en cualquier momento, siendo su participación totalmente libre y voluntaria. Además, usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando ya haya aceptado. Si le incomoda responder alguna de las preguntas, también puede elegir no hacerlo y continuar con el desarrollo del cuestionario. Antes de otorgar su consentimiento para participar, es importante que usted lea y comprenda la siguiente explicación acerca de los procedimientos del estudio.

Justificación y objetivo del estudio:

La leishmaniasis es un problema importante de salud pública en el país, pese a la

implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento el número de casos sigue en aumento, principalmente en la zona sur del país. El objetivo del presente cuestionario es determinar el grado de conocimiento que el personal de salud y los usuarios tienen respecto a las estrategias de diagnóstico y tratamiento estipuladas por el manual para el abordaje integral de la leishmaniasis.

Procedimiento y propósito del estudio:

Si usted acepta participar en este estudio, se procederá a realizar un cuestionario que será llenado por el encuestador, esto tomará aproximadamente 20 minutos. Adicionalmente, podría ser invitado a asistir a una reunión que pretende describir las percepciones de la comunidad sobre esta enfermedad.

Este estudio busca contribuir al control de esta enfermedad, a través de la reconstrucción del proceso de implementación, el conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento y las barreras para su óptima implementación en el municipio de Amapala.

Duración del estudio:

El proyecto se ejecutará durante el periodo comprendido de octubre 2019 a abril de 2020. Su participación en el estudio culminará en el momento del diligenciamiento completo de este cuestionario. De ser necesario se le contactara para participación en alguna otra actividad previa autorización de su parte.

Riesgos:

Esta investigación se clasifica como de riesgo mínimo ya que no involucra ningún procedimiento clínico ni toma de muestras biológicas. Sin embargo, se considerará que los profesionales de la salud y tomadores de decisión puedan percibir como evaluación o auditoria, y por otro lado los usuarios pueden temer la atención que recibirán en las unidades de salud, por tal razón se garantizara en todo momento que sus respuestas y opiniones no tendrán consecuencias negativas para su situación económica, laboral, educativa y convivencia en su barrio, ni la de sus familiares. De presentarse reacciones físicas o emocionales durante el desarrollo del cuestionario la investigadora principal será responsable de brindar primeros auxilios médicos y psicológicos, y si el caso amerita remitirá al nivel correspondiente.

Protección de la confidencialidad de los datos

Con los datos obtenidos en los cuestionarios se construirá una base de datos, a la que solo el investigador principal tendrá acceso y en la que no serán utilizados nombres ni apellidos de los participantes, solo los códigos. Los cuestionarios físicos diligenciados, serán guardados bajo estricta custodia por el investigador principal durante al menos 5 años. La información se manejará de manera anónima y solo se utilizará para fines investigativos.

Incentivos:

Usted no incurrirá en ningún tipo de gasto, pero tampoco será compensado

económicamente por participar en el estudio.

Beneficios para el participante:

Usted no se beneficiará directamente por participar en este estudio, pero esperamos que los resultados obtenidos contribuyan a mejorar los programas de control de la leishmaniasis cutánea en Amapala y, por ende, a la disminución de la enfermedad.

Compromisos del participante:

Al firmar este consentimiento usted acepta contestar las preguntas verídicamente, sin embargo, también puede negarse a contestar aquellas que usted considere.

Compromisos de los investigadores:

El investigador se compromete a: 1) Guardar en secreto su información personal y garantizar que su nombre o el de sus familiares no aparezca en ninguna publicación derivada del estudio. 2) Responderle clara y oportunamente todas las preguntas relacionadas con la investigación 3) Presentar a usted los resultados de esta investigación, en caso de que así lo requiera 4) presentar informes a Secretaría de Salud de Honduras para los fines que estime convenientes y 5) Responder por cualquier acto o conducta inapropiada con la información entregada.

Divulgación:

Los resultados obtenidos en este estudio sólo serán conocidos por los investigadores y sus datos personales no aparecerán en ningún informe. Si es pertinente la publicación en revistas científicas de los resultados, éstos serán presentados de manera anónima.

Resultados esperados:

Los resultados de esta investigación se emplearán para que a futuro las estrategias para el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis puedan mejorarse, teniendo en cuenta las opiniones y necesidades de la comunidad.

Personas para contactar para información:

Si tiene alguna duda puede contactar a la representante y presidenta del comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública, Sra. Margarita María Montoya Montoya eticasaludpublica@udea.edu.co, y al investigador principal, Elsy Denia Cárcamo Rodríguez, teléfono elsy.carcamo@udea.edu.co y elsycarcamo84@gmail.com

Aceptación de la participación

Declaro que he leído o se me ha leído la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas al respecto y cualquier pregunta que he hecho, me ha sido contestada a mi satisfacción. Doy mi consentimiento voluntario para participar en este estudio respondiendo a la encuesta realizada.

Conflicto de interés

El estudio carece de conflictos de interés y de compromisos comerciales y políticos.

Firma del participante

Firmando este documento, usted manifiesta que acepta libremente participar y que comprende todos los aspectos de esta investigación.

“Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que tomo dicha decisión en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre”.

Firma y número de identidad del participante

Firma y número de identidad del encuestador

Fecha (día/mes/año)

Anexo 3: Asentimiento Informado para Cuestionario

ASENTIMIENTO INFORMADO CUESTIONARIO Barreras y facilitadores para la implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea en el municipio de Amapala, Honduras 2019.	 UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803
---	---

Investigadora principal: Elsy Denia Cárcamo Rodríguez. Médica, Estudiante de Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Contacto: elsy.carcamo@udea.edu.co

Código:

Sitio donde se llevará a cabo el estudio: Amapala (Valle, Honduras)

Comité de Ética Colombia: Sra. Margarita María Montoya Montoya. Presidente del Comité de Ética, UdeA correo: eticasaludpublica@udea.edu.co

Entidades que respaldan la investigación: Secretaría de Salud de Honduras, Universidad de Antioquia

Entidad que patrocina la investigación: Programa Especial de Entrenamiento e Investigación en Enfermedades Tropicales (TDR).

Justificación y objetivo del estudio: La leishmaniasis es un problema importante de salud pública en el país, pese a la implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento el número de casos sigue en aumento, principalmente en la zona sur del país. El objetivo del presente cuestionario es determinar el grado de conocimiento que el personal de salud y los usuarios tienen respecto a las estrategias de diagnóstico y tratamiento estipuladas por el manual para el abordaje integral de la leishmaniasis.

Procedimiento y propósito del estudio:

Si usted acepta participar en este estudio, se procederá a realizar un cuestionario que será llenado por el encuestador, esto tomará aproximadamente 20 minutos. Este estudio busca contribuir al control de esta enfermedad, a través de la reconstrucción del proceso de implementación, el conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento y las barreras para su óptima implementación en el municipio de Amapala.

Duración del estudio:

El proyecto se ejecutará durante el periodo comprendido de octubre 2019 a abril de 2020. Su participación en el estudio culminará en el momento del diligenciamiento completo de este cuestionario. De ser necesario se le contactara para participación en alguna otra actividad previa autorización de su parte y de sus padres o

encargados.

Riesgos:

Esta investigación se clasifica como de riesgo mínimo ya que no involucra ningún procedimiento clínico ni toma de muestras biológicas. Sin embargo, se considerará que los profesionales de la salud y tomadores de decisión puedan percibir como evaluación o auditoria, y por otro lado los usuarios pueden temer la atención que recibirán en las unidades de salud, por tal razón se garantizara en todo momento que sus respuestas y opiniones no tendrán consecuencias negativas para su situación económica, laboral, educativa y convivencia en su barrio, ni la de sus familiares. De presentarse reacciones físicas o emocionales durante el desarrollo del cuestionario la investigadora principal será responsable de brindar primeros auxilios médicos y psicológicos, y si el caso amerita remitirá al nivel correspondiente.

Beneficios para el participante: Ni usted, ni sus padres o encargados incurrían en costos por su participación, ni recibirá un beneficio directo por participar en este estudio, pero esperamos que los resultados obtenidos contribuyan a mejorar los programas de control de la leishmaniasis cutánea en Amapala y, por ende, a la disminución de la enfermedad.

***Nota:** para explicar los apartados anteriores se hará uso de lenguaje comprensible para la edad del participante y para sus padres, y de ser necesario se utilizarán técnicas con soporte audiovisual para hacerlos comprensibles para el participante.

...Hola, me llamo Elsy Denia Carcamo Rodríguez, yo estoy estudiando en la Universidad de Antioquia, en Colombia. Actualmente. Estoy haciendo un estudio para conocer las “Barreras para la implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis en el municipio de Amapala, Valle-Honduras 2019” y para ello queremos pedirte que tu colaboración.

Tu colaboración en el estudio consiste en decir si aceptas que tus padres o representantes y tú nos den información sobre la experiencia que tuviste al ser atendido en los establecimientos de salud cuando enfermaste de leishmaniasis.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. También es importante que sepas que, si en algún momento ya no quieres continuar en el estudio o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una cruz (X) el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas nada y deja en blanco (), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre completo y numero de identidad del participante

Nombre completo, firma y numero de identidad del testigo

Firma y numero de identidad del encuestador

Fecha (día/mes/año)

Anexo 4: Consentimiento Informado Grupo Focal Personal de Salud

<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO FOCAL: PERSONAL DE SALUD</p> <p>Barreras y facilitadores para la implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea en el municipio de Amapala, Honduras 2019.</p>	 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA</p> <p>1803</p>
--	---

Investigador principal: Elsy Denia Cárcamo Rodríguez. Médica, Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Contacto: elsy.carcamo@udea.edu.co

Comité de Ética Colombia: Sra. Margarita María Montoya Montoya. Presidente del Comité de Ética, UdeA correo: eticasaludpublica@udea.edu.co

Entidades que respaldan la investigación: Secretaría de Salud de Honduras, Universidad de Antioquia

Entidad que patrocina la investigación: Programa Especial de Entrenamiento e Investigación en Enfermedades Tropicales (TDR).

Información para el participante

En Amapala la leishmaniasis cutánea es un problema de salud pública importante, por esto la Secretaría de Salud de Honduras realiza campañas de prevención y control de esta enfermedad en barrios donde se presentan casos confirmados. La localidad en la que usted vive es objeto del interés de la investigación dado los casos que se reportan de leishmaniasis y usted acaba de recibir la información al respecto. Por esta razón lo estamos invitando a participar de esta investigación.

La participación en este estudio es libre y voluntaria

Usted tiene derecho a no participar o retirarse en cualquier momento, siendo su participación totalmente libre y voluntaria. Además, usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando ya haya aceptado. Si le incomoda responder alguna de las preguntas, también puede elegir no hacerlo y continuar con el desarrollo de la discusión. Antes de otorgar su consentimiento para participar, es importante que usted lea y comprenda la siguiente explicación acerca de los procedimientos del estudio. Es importante que sepa que respetará la privacidad individual, así como la de los otros participantes del grupo y que lo que sea discutido y dicho durante el desarrollo de este, se queda en el grupo y la información resultante será manejada únicamente por el equipo de investigación.

Justificación y objetivo del estudio:

La leishmaniasis es un problema importante de salud pública en el país, pese a la implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento el número de casos sigue en aumento, principalmente en la zona sur del país. El objetivo de esta

actividad es generar una discusión de grupo desde las experiencias del personal de salud y de los usuarios sobre barreras y facilitadores para la implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea en el municipio de Amapala, Valle-Honduras.

Procedimiento y propósito del estudio:

Si usted acepta participar en este estudio, se procederá a realizar una discusión de grupo la cual será dirigida por un moderador y un segundo se encargará de tomar registro físico y digital de esta, esto tomará aproximadamente 60 minutos, que podría extenderse de ser necesario y aun no se saturan las respuestas.

Este estudio busca contribuir al control de esta enfermedad, a través de la reconstrucción del proceso de implementación, el conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento, así como la identificación desde las experiencias de las barreras y facilitadores para su óptima implementación en el municipio de Amapala.

Duración del estudio:

El proyecto se ejecutará durante el periodo comprendido de noviembre 2019 a abril de 2020. Su participación en el estudio culminará en el momento que termine la discusión en grupo. De ser necesario se le contactara para participación en alguna otra actividad previa autorización de su parte.

Riesgos:

Esta investigación se clasifica como de riesgo mínimo ya que no involucra ningún procedimiento clínico ni toma de muestras biológicas. Sin embargo, se considerará que los profesionales de la salud y tomadores de decisión puedan percibir como evaluación o auditoria, y por otro lado los usuarios pueden temer la atención que recibirán en las unidades de salud, por tal razón se garantizara en todo momento que sus respuestas y opiniones no tendrán consecuencias negativas para su situación económica, laboral, educativa y convivencia en su barrio, ni la de sus familiares. De presentarse reacciones físicas o emocionales durante el desarrollo del cuestionario la investigadora principal será responsable de brindar primeros auxilios médicos y psicológicos, y si el caso amerita remitirá al nivel correspondiente.

Protección de la confidencialidad de los datos

Con los datos obtenidos en los cuestionarios se construirá una base de datos, a la que solo el investigador principal tendrá acceso y en la que no serán utilizados nombres ni apellidos de los participantes, solo los códigos. La información proporcionada en formato físico y digital, serán guardados bajo estricta custodia por el investigador principal durante al menos 5 y 10 años respectivamente. La información se manejará de manera anónima y solo se utilizará para fines investigativos.

Incentivos:

Usted no incurrirá en ningún tipo de gasto, pero tampoco será compensado

económicamente por participar en el estudio.

Beneficios para el participante:

Usted no se beneficiará directamente por participar en este estudio, pero esperamos que los resultados obtenidos contribuyan a mejorar los programas de control de la leishmaniasis cutánea en Amapala y, por ende, a la disminución de la enfermedad.

Compromisos del participante:

Al firmar este consentimiento usted acepta contestar las preguntas verídicamente, sin embargo, también puede negarse a contestar aquellas que usted considere.

Compromisos de los investigadores:

El investigador se compromete a: 1) Guardar en secreto su información personal y garantizar que su nombre o el de sus familiares no aparezca en ninguna publicación derivada del estudio. 2) Responderle clara y oportunamente todas las preguntas relacionadas con la investigación 3) Presentar a usted los resultados de esta investigación, en caso de que así lo requiera 4) presentar informes a Secretaría de Salud de Honduras para los fines que estime convenientes y 5) Responder por cualquier acto o conducta inapropiada con la información entregada.

Divulgación:

Los resultados obtenidos en este estudio sólo serán conocidos por los investigadores y sus datos personales no aparecerán en ningún informe. Si es pertinente la publicación en revistas científicas de los resultados, éstos serán presentados de manera anónima.

Resultados esperados:

Los resultados de esta investigación se emplearán para que a futuro las estrategias para el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis puedan mejorarse, teniendo en cuenta las opiniones y necesidades de la comunidad.

Personas para contactar para información:

Si tiene alguna duda puede contactar a la representante y presidenta del comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública, Sra. Margarita María Montoya Montoya eticasaludpublica@udea.edu.co, y al investigador principal, Elsy Denia Cárcamo Rodríguez, teléfono elsy.carcamo@udea.edu.co y elsycarcamo84@gmail.com

Aceptación de la participación

Declaro que he leído o se me ha leído la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas al respecto y cualquier pregunta que he hecho, me ha sido contestada a mi satisfacción. Doy mi consentimiento voluntario para participar en este estudio respondiendo a la encuesta realizada.

Conflicto de interés

El estudio carece de conflictos de interés y de compromisos comerciales y políticos.

Firma del participante

Firmando este documento, usted manifiesta que acepta libremente participar y que comprende todos los aspectos de esta investigación.

“Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que dicha decisión la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre”.

Orden	Código del participante	Tipo de participante	Edad	Sexo	Unidad de Salud	Tipo de Vinculación	Identificación	Firma
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Anexo 5: Consentimiento Informado Grupo Focal Usuarios

<p style="text-align: center;">CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO FOCAL; USUARIOS</p> <p>Barreras y facilitadores para la implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea en el municipio de Amapala, Honduras 2019.</p>	 <p style="text-align: center;">UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA</p> <p style="text-align: center;">1803</p>
--	--

Investigador principal: Elsy Denia Cárcamo Rodríguez. Médica, Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Contacto: elsy.carcamo@udea.edu.co

Comité de Ética Colombia: Sra. Margarita María Montoya Montoya. Presidente del Comité de Ética, UdeA correo: eticasaludpublica@udea.edu.co

Entidades que respaldan la investigación: Secretaría de Salud de Honduras, Universidad de Antioquia

Entidad que patrocina la investigación: Programa Especial de Entrenamiento e Investigación en Enfermedades Tropicales (TDR).

Información para el participante

En Amapala la leishmaniasis cutánea es un problema de salud pública importante, por esto la Secretaría de Salud de Honduras realiza campañas de prevención y control de esta enfermedad en barrios donde se presentan casos confirmados. La localidad en la que usted vive es objeto del interés de la investigación dado los casos que se reportan de leishmaniasis y usted acaba de recibir la información al respecto. Por esta razón lo estamos invitando a participar de esta investigación.

La participación en este estudio es libre y voluntaria

Usted tiene derecho a no participar o retirarse en cualquier momento, siendo su participación totalmente libre y voluntaria. Además, usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando ya haya aceptado. Si le incomoda responder alguna de las preguntas, también puede elegir no hacerlo y continuar con el desarrollo de la discusión. Antes de otorgar su consentimiento para participar, es importante que usted lea y comprenda la siguiente explicación acerca de los procedimientos del estudio. Es importante que sepa que respetará la privacidad individual, así como la de los otros participantes del grupo y que lo que sea discutido y dicho durante el desarrollo de este, se queda en el grupo y la información resultante será manejada únicamente por el equipo de investigación.

Justificación y objetivo del estudio:

La leishmaniasis es un problema importante de salud pública en el país, pese a la

implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento el número de casos sigue en aumento, principalmente en la zona sur del país. El objetivo de esta actividad es generar una discusión de grupo desde las experiencias del personal de salud y de los usuarios sobre barreras y facilitadores para la implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea en el municipio de Amapala, Valle-Honduras.

Procedimiento y propósito del estudio:

Si usted acepta participar en este estudio, se procederá a realizar una discusión de grupo la cual será dirigida por un moderador y un segundo se encargará de tomar registro físico y digital de esta, esto tomará aproximadamente 60 minutos, que podría extenderse de ser necesario y aun no se saturan las respuestas.

Este estudio busca contribuir al control de esta enfermedad, a través de la reconstrucción del proceso de implementación, el conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento, así como la identificación desde las experiencias de las barreras y facilitadores para su óptima implementación en el municipio de Amapala.

Duración del estudio:

El proyecto se ejecutará durante el periodo comprendido de noviembre 2019 a abril de 2020. Su participación en el estudio culminará en el momento que termine la discusión en grupo. De ser necesario se le contactara para participación en alguna otra actividad previa autorización de su parte.

Riesgos:

Esta investigación se clasifica como de riesgo mínimo ya que no involucra ningún procedimiento clínico ni toma de muestras biológicas. Sin embargo, se considerará que los profesionales de la salud y tomadores de decisión puedan percibir como evaluación o auditoria, y por otro lado los usuarios pueden temer la atención que recibirán en las unidades de salud, por tal razón se garantizará en todo momento que sus respuestas y opiniones no tendrán consecuencias negativas para su situación económica, laboral, educativa y convivencia en su barrio, ni la de sus familiares. De presentarse reacciones físicas o emocionales durante el desarrollo del cuestionario la investigadora principal será responsable de brindar primeros auxilios médicos y psicológicos, y si el caso amerita remitirá al nivel correspondiente.

Protección de la confidencialidad de los datos

Con los datos obtenidos en los cuestionarios se construirá una base de datos, a la que solo el investigador principal tendrá acceso y en la que no serán utilizados nombres ni apellidos de los participantes, solo los códigos. La información proporcionada en formato físico y digital, serán guardados bajo estricta custodia por el investigador principal durante al menos 5 y 10 años respectivamente. La información se manejará de manera anónima y solo se utilizará para fines investigativos.

Incentivos:

Usted no incurrirá en ningún tipo de gasto, pero tampoco será compensado económicamente por participar en el estudio.

Beneficios para el participante:

Usted no se beneficiará directamente por participar en este estudio, pero esperamos que los resultados obtenidos contribuyan a mejorar los programas de control de la leishmaniasis cutánea en Amapala y, por ende, a la disminución de la enfermedad.

Compromisos del participante:

Al firmar este consentimiento usted acepta contestar las preguntas verídicamente, sin embargo, también puede negarse a contestar aquellas que usted considere.

Compromisos de los investigadores:

El investigador se compromete a: 1) Guardar en secreto su información personal y garantizar que su nombre o el de sus familiares no aparezca en ninguna publicación derivada del estudio. 2) Responderle clara y oportunamente todas las preguntas relacionadas con la investigación 3) Presentar a usted los resultados de esta investigación, en caso de que así lo requiera 4) presentar informes a Secretaría de Salud de Honduras para los fines que estime convenientes y 5) Responder por cualquier acto o conducta inapropiada con la información entregada.

Divulgación:

Los resultados obtenidos en este estudio sólo serán conocidos por los investigadores y sus datos personales no aparecerán en ningún informe. Si es pertinente la publicación en revistas científicas de los resultados, éstos serán presentados de manera anónima.

Resultados esperados:

Los resultados de esta investigación se emplearán para que a futuro las estrategias para el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis puedan mejorarse, teniendo en cuenta las opiniones y necesidades de la comunidad.

Personas para contactar para información:

Si tiene alguna duda puede contactar a la representante y presidenta del comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública, Sra. Margarita María Montoya Montoya eticasaludpublica@udea.edu.co, y al investigador principal, Elsy Denia Cárcamo Rodríguez, teléfono elsy.carcamo@udea.edu.co y elsycarcamo84@gmail.com

Aceptación de la participación

Declaro que he leído o se me ha leído la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas al respecto y cualquier pregunta que he hecho, me ha sido contestada a mi satisfacción. Doy mi consentimiento voluntario para

participar en este estudio respondiendo a la encuesta realizada.

Conflicto de interés

El estudio carece de conflictos de interés y de compromisos comerciales y políticos.

Firma del participante

Firmando este documento, usted manifiesta que acepta libremente participar y que comprende todos los aspectos de esta investigación.

“Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que dicha decisión la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre”.

Orden	Código del participante	Tipo de participante	Edad	Sexo	Unidad de Salud	Identificación	Firma
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Anexo 6: Consentimiento Informado Entrevista Semiestructurada

CONSENTIMIENTO INFORMADO ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	 UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803
Barreras y facilitadores para la implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea en el municipio de Amapala, Honduras 2019.	

Investigador principal: Elsy Denia Cárcamo Rodríguez. Maestría en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Contacto: elsy.carcamo@udea.edu.co

Código:

--	--	--	--

Comité de Ética Colombia: Sra. Margarita María Montoya Montoya. Presidente del Comité de Ética, UdeA correo: eticasaludpublica@udea.edu.co

Entidades que respaldan la investigación: Secretaría de Salud de Honduras, Universidad de Antioquia

Entidad que patrocina la investigación: Programa Especial de Entrenamiento e Investigación en Enfermedades Tropicales (TDR).

Información para el participante

En Amapala la leishmaniasis cutánea es un problema de salud pública importante, por esto la Secretaría de Salud de Honduras realiza campañas de prevención y control de esta enfermedad en barrios donde se presentan casos confirmados. La región del país es objeto del interés de la investigación dado los casos que se reportan de leishmaniasis y usted acaba de recibir la información al respecto. Por esta razón lo estamos invitando a participar de esta investigación.

La participación en este estudio es libre y voluntaria

Usted tiene derecho a no participar o retirarse en cualquier momento, siendo su participación totalmente libre y voluntaria. Además, usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando ya haya aceptado. Si le incomoda responder alguna de las preguntas, también puede elegir no hacerlo y continuar con el desarrollo de la entrevista. Antes de otorgar su consentimiento para participar, es importante que usted lea y comprenda la explicación acerca de los procedimientos del estudio.

Justificación y objetivo del estudio:

La leishmaniasis es un problema importante de salud pública en el país, pese a la implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento el número de casos

sigue en aumento, principalmente en la zona sur del país. El objetivo de la entrevista es reconstruir el proceso de implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea, desde la perspectiva de los tomadores de decisiones ligados al programa de control de la leishmaniasis.

Procedimiento y propósito del estudio:

Si usted acepta participar en este estudio, se procederá a realizar una entrevista semiestructurada la cual indica que habrá un diseño previo de preguntas orientadoras de esta, dicha entrevista será grabada en audio para su posterior transcripción textual y análisis del contenido. La entrevista está diseñada para una duración aproximadamente 45 minutos o el tiempo que sea necesario de acuerdo con su disponibilidad.

Este estudio busca contribuir al control de esta enfermedad, a través de la reconstrucción del proceso de implementación, el conocimiento sobre el diagnóstico y tratamiento y las barreras para su implementación en el municipio de Amapala.

Duración del estudio:

El proyecto se ejecutará durante el periodo comprendido de noviembre 2019 a abril de 2020. Su participación en el estudio culminará en el momento que termine la entrevista, sin embargo, de ser necesario se le contactará para participación en alguna otra actividad previa autorización de su parte.

Riesgos:

Esta investigación se clasifica como de riesgo mínimo ya que no involucra ningún procedimiento clínico, ni toma de muestras biológicas. Sin embargo, se considerará que los profesionales de la salud y tomadores de decisión puedan percibir como evaluación o auditoria, y por otro lado los usuarios pueden temer la atención que recibirán en las unidades de salud, por tal razón se garantizará en todo momento que sus respuestas y opiniones no tendrán consecuencias negativas para su situación económica, laboral, educativa y convivencia en su barrio, ni la de sus familiares. De presentarse reacciones físicas o emocionales durante el desarrollo del cuestionario la investigadora principal será responsable de brindar primeros auxilios médicos y psicológicos, y si el caso amerita remitirá al nivel correspondiente.

Protección de la confidencialidad de los datos

Con la información obtenida de las entrevistas se hará análisis del contenido de esta para lo cual se utilizará el NVIVO, a la que solo el investigador principal tendrá acceso y en la que no serán utilizados nombres, ni apellidos de los participantes, solo los códigos. Cualquier otro registro en físico que resulte de la entrevista, serán guardados bajo estricta custodia por el investigador principal durante al menos 5 años, mientras que la digital se custodiara por un periodo de 10 años. La información se manejará de manera anónima y solo se utilizará para fines investigativos académicos

Incentivos:

Usted no incurrirá en ningún tipo de gasto, pero tampoco será compensado económicamente por participar en el estudio.

Beneficios para el participante:

Usted no se beneficiará directamente por participar en este estudio, pero esperamos que los resultados obtenidos contribuyan a mejorar los programas de control de la leishmaniasis cutánea en Amapala y, por ende, a la disminución de la enfermedad.

Compromisos del participante:

Al firmar este consentimiento usted acepta contestar las preguntas desde su perspectiva, recordando por lo tanto que no hay respuestas buenas o malas. Sin embargo, también puede negarse a contestar aquellas que usted considere.

Compromisos de los investigadores:

El investigador se compromete a: 1) Guardar en secreto su información personal y garantizar que su nombre o el de sus familiares no aparezca en ninguna publicación derivada del estudio. 2) Responderle clara y oportunamente todas las preguntas relacionadas con la investigación 3) Presentar a usted los resultados de esta investigación, en caso de que así lo requiera 4) presentar informes a Secretaría de Salud de Honduras para los fines que estime convenientes y 5) Responder por cualquier acto o conducta inapropiada con la información entregada.

Divulgación:

Los resultados obtenidos en este estudio sólo serán conocidos por los investigadores y sus datos personales no aparecerán en ningún informe. Si es pertinente la publicación en revistas científicas de los resultados, éstos serán presentados de manera anónima.

Resultados esperados:

Los resultados de esta investigación se emplearán para que a futuro las estrategias para el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis puedan mejorarse, teniendo en cuenta las opiniones y necesidades de la comunidad.

Personas que contactar para información:

Si tiene alguna duda puede contactar a la representante y presidenta del comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública, Sra. Margarita María Montoya Montoya eticasaludpublica@udea.edu.co, y al investigador principal, Elsy Denia Cárcamo Rodríguez, correo: elsy.carcamo@udea.edu.co / elsycarcamo84@gmail.com

Aceptación de la participación

Declaro que he leído o se me ha leído la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas al respecto y cualquier pregunta que he hecho, me ha sido contestada a mi satisfacción. Doy mi consentimiento voluntario para participar en este estudio.

Conflicto de interés

El estudio carece de conflictos de interés y de compromisos comerciales y políticos.

Firma del participante

Firmando este documento, usted manifiesta que acepta libremente participar y que comprende todos los aspectos de esta investigación.

“Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que dicha decisión la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre”.

Nombre completo y número de identificación del entrevistado

Nombre completo y número de identificación del entrevistador

Fecha (día/mes/año)

Anexo 7: Instrumento Guía Entrevista Semiestructurada

 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803</p>	<p>Barreras y facilitadores para la implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea en el municipio de Amapala, Honduras 2019.</p>	<p>Código:</p> <table border="1" data-bbox="1045 403 1390 445"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>Fecha:</p>					
<p>Entrevista Semiestructurada</p>							
<p>Objetivo: Reconstruir el proceso de implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea, desde la perspectiva de los tomadores de decisiones ligados al programa de control de esta enfermedad.</p>							
<p>La guía de la entrevista consta preguntas abiertas semiestructuradas que recogerán información que será distribuida en 4 componentes.</p>							
<ol style="list-style-type: none"> 1. Caracterización sociodemográfica 2. Percepción de la implementación del manual para el abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras 2016 3. Percepción de la implementación del diagnóstico de la leishmaniasis 4. Percepción de la implementación del tratamiento de la leishmaniasis 							
<p>Codificación: Se garantizará la confidencialidad de los participantes a través de asignación de números de codificación para preservar su identidad, este constará de 4 dígitos, el primer recuadro corresponde al nivel al cual está vinculado el participante (1= nivel central, 2= nivel regional, 3= nivel local), los últimos tres recuadros corresponden al número consecutivo de participante. Solo la investigadora principal tendrá acceso a esta base de datos en caso de verificación.</p>							
<p>Instrucciones: Por favor siéntase en libertad de expresarse desde su perspectiva sobre la temática: proceso de implementación del manual de abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras 2016, del diagnóstico y el tratamiento. Permitiendo identificar las barreras y los facilitadores para el logro de los resultados esperados (Aceptabilidad, Adecuación, Viabilidad, Adopción, Fidelidad, Penetrabilidad, Sostenibilidad y Costo) en el proceso de la implementación de estrategias, particularmente del diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. Tome en cuenta que usted podrá suspender, preprogramar o prolongar la entrevista si así lo desea.</p>							
<p style="text-align: center;">1. Sociodemográfico</p>							
<p>Nivel</p>	<p>Edad</p>	<p>Sexo</p>	<p>Grado de instrucción/nivel académico</p>	<p>Cargo</p>		<p>Tipo vinculación</p>	
				<p>2016</p>	<p>Actual</p>	<p>2016</p>	<p>Actual</p>

Guía de preguntas		
Categoría	Subcategorías	Temas
2. Percepción sobre la implementación del manual de abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras 2016	Aceptabilidad	<p>1. Podría decirme que sabe usted, acerca de los resultados esperados en implementación de una estrategia, norma o política en salud.</p> <p>2. A propósito de estrategias, normas o políticas en salud, puede contarme sobre manual para el abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras 2016:</p> <p>3. Desde su percepción cómo considera, que estos resultados fueron tomados en cuenta durante los 3 momentos de la implementación del manual para el abordaje integral de las leishmaniasis:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Elaboración -Implementación -Evaluación <p>4. En su opinión ¿Cómo cree usted que debería evaluarse estos resultados y en qué momento de la implementación?</p> <p>5. Puede comentarme desde su percepción cómo se está haciendo en el país?</p> <p>6. En su opinión ¿Cómo cree que el manual para el abordaje integral de la leishmaniasis ha contribuido o no al mejoramiento del diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad?</p>
	Adecuación	
	Viabilidad	
	Adopción	
	Fidelidad	
	Penetrabilidad	
	Sostenibilidad	
Costo		

3. Percepción sobre la implementación del diagnóstico de la leishmaniasis cutánea en Amapala, Valle.	Aceptabilidad	<p>Ahora pasemos al tema del diagnóstico de la leishmaniasis cutánea:</p> <p>1. En su opinión ¿cuáles de los resultados de la implementación relacionados con este y de qué forma?</p> <p>2. Desde su percepción y desde su nivel de participación (central, regional o local) ¿Qué estrategias se consideraron para lograr los resultados en la implementación del diagnóstico de la leishmaniasis cutánea?</p> <p>En la actualidad, tomando en cuenta estos resultados</p> <p>3. ¿Cómo considera usted que se esté implementando el diagnóstico de la leishmaniasis cutánea?</p> <p>4. Desde su percepción ¿Cuáles cree que pueden ser las barreras para lograr estos resultados en la implementación del diagnóstico?</p> <p>5. ¿Cuáles cree que pueden ser los facilitadores para estos resultados en la implementación del diagnóstico?</p> <p>6. En su opinión ¿Cómo cree usted que debería evaluarse estos resultados con enfoque en el diagnóstico?</p>
	Adecuación	
	Viabilidad	
	Adopción	
	Fidelidad	
	Penetrabilidad	
	Sostenibilidad	
	Costos	

4. Percepción sobre la implementación del tratamiento de la leishmaniasis cutánea en Amapala, Valle.	Aceptabilidad	<p>Ahora pasemos al tema del tratamiento de la leishmaniasis cutánea:</p> <p>1. En su opinión ¿cuáles de los resultados de la implementación relacionados con este y de qué forma?</p> <p>2. Desde su percepción y desde su nivel de participación (central, regional o local) ¿Qué estrategias se consideraron para lograr los resultados en la implementación del tratamiento de la leishmaniasis cutánea?</p> <p>En la actualidad, tomando en cuenta estos resultados</p> <p>3. ¿Cómo considera usted que se esté implementando el tratamiento de la leishmaniasis cutánea?</p> <p>4. Desde su percepción ¿Cuáles cree que pueden ser las barreras o los facilitadores para estos resultados en la implementación del tratamiento?</p> <p>5. ¿Cuáles cree que pueden ser los facilitadores para estos resultados en la implementación del tratamiento?</p> <p>5. En su opinión ¿Cómo cree usted que debería evaluarse estos resultados con enfoque en el tratamiento?</p>
	Adecuación	
	Viabilidad	
	Adopción	
	Fidelidad	
	Penetrabilidad	
	Sostenibilidad	
	Costos	
Tiene usted alguna pregunta, duda o comentario adicional que quiera expresar.		

Anexo 8: Instrumento Cuestionario Conocimientos Personal de Salud

 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803</p>	<p>Barreras y facilitadores para la implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea en el municipio de Amapala, Honduras 2019.</p>	<p>Código:</p> <table border="1" data-bbox="1049 520 1320 562"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>Fecha: DD-MM-AA</p>				
<p>Cuestionario sobre conocimiento:</p> <p>Objetivo: Determinar el grado de conocimiento que el personal de salud (médicos, enfermeras y promotores de salud) tiene respecto a las estrategias de diagnóstico y tratamiento, contempladas en el manual para el abordaje integral de la leishmaniasis.</p> <p>El instrumento es elaboración de la autora y directores de la investigación, basado en los lineamientos contemplados en el Manual para el Abordaje Integral de las Leishmaniasis en Honduras 2016 y consta de un total de 38 preguntas, que recogerán información la cual será distribuida en 4 dominios, mismas que serán diligenciadas por el encuestador.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caracterización sociodemográfica. 2. Conocimiento sobre el manual de abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras 3. Conocimiento sobre el diagnóstico de leishmaniasis cutánea 4. Conocimiento sobre el tratamiento de la leishmaniasis cutánea <p>Codificación: Se garantizará la confidencialidad de los participantes a través de asignación de números de codificación para preservar su identidad, este constará de 4 dígitos, el primer recuadro corresponde a la unidad de salud en la cual labora (1= CESAMO Amapala, 2=CESAMO Puerto Grande, 3= CESAMO Los Langues), los últimos tres recuadros corresponden al número consecutivo de participante. Solo la investigadora principal tendrá acceso a esta base de datos en caso de verificación.</p> <p>Instrucciones: El encuestador previamente capacitado y entrenado diligenciará completamente el cuestionario con las respuestas del encuestado, si el participante desconoce o ninguna de las opciones se ajusta a su conocimiento favor marcar la opción “No Sabe / No Responde”.</p>						

1. Caracterización sociodemográfica

1. ¿En qué unidad de salud labora?

1. Unidad de salud Puerto Grande
2. Unidad de salud Los Langues
3. Unidad de salud Amapala

2. ¿Cuáles su perfil profesional?

1. Promotor de salud
2. Licenciada en Enfermería
3. Enfermera
4. Médico
5. Otro_____

3. ¿Cuál es su género?

1. Mujer
2. Hombre

4. ¿Cuántos años tiene?

5. ¿Con qué etnia se identifica?

1. Indígena
2. AfroHondureño
3. Negro
4. Mestizo
5. Blanco
6. Otro_____

6. ¿Cuánto tiempo tiene de laborar en esta unidad de salud?

1. Menos de un año
2. 1 a 4 años
3. 5 a 9 años
4. 10 o más

7. ¿Qué tipo de vinculación laboral tiene actualmente en la unidad de salud?

1. Permanente
2. Contrato
3. Otro_____

8. ¿Es originario de Amapala?

1. SI
2. No, especifique_____

9. ¿Tiene antecedente de leishmaniasis cutánea?

1. SI, cuando _____
2. No

2. Conocimiento sobre el manual de abordaje integral de las leishmaniasis en Honduras 2016 (resolución No. DGN-M04:2016)

(El encuestador debe mostrar sin facilitarle durante el desarrollo del cuestionario, el manual al entrevistado)

10. ¿Conoce usted el Manual para el Abordaje Integral de las Leishmaniasis en Honduras?

1. Si
2. No*

*Si la respuesta es NO, pase a la pregunta número 21.

11. ¿Cuenta su unidad de salud con al menos un ejemplar de este manual?

1. Si
2. No
3. No sabe/ no responde

12. ¿Desde cuándo se está implementando (usando) el manual en su unidad de salud:

13. ¿Ha recibido capacitación sobre los lineamientos establecidos en el manual?

1. Si
2. No

14. ¿El diagnóstico es uno de los lineamientos generales establecidos en el manual?

1. Si
2. No
3. No sabe/ No responde

15. ¿El tratamiento es uno de los lineamientos generales establecidos en el manual?

1. Si
2. No
3. No sabe/ no responde

16. ¿Las medidas preventivas son uno de los lineamientos generales establecidos en el manual?

1. Si
2. No
3. No sabe/ no responde

17. ¿La vigilancia epidemiológica y entomológica es uno de los lineamientos generales establecidos en el manual?

1. Si
2. No

3. No sabe/ No responde

18. ¿Utiliza usted el manual cuando brinda atención a un paciente en quien sospecha leishmaniasis?

1. Muy frecuentemente
2. Frecuentemente
3. Ocasionalmente
4. Raramente
5. Nunca

19. ¿En qué tipo de formato tiene acceso al manual?

1. Físico
2. Electrónico
3. Otro _____

20. ¿De acuerdo con su perfil profesional, considera que el manual le brinda las herramientas necesarias para el manejo apropiado de los casos de leishmaniasis?

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

3. Conocimiento sobre el diagnóstico de leishmaniasis cutánea:

21. ¿Conoce o identifica los siguientes tipos de leishmaniasis ?

Tipo de Leishmaniasis	si	no
1. Cutánea Ulcerada		
2. Cutánea No Ulcerada o Atípica		
3. Muco-cutánea		
4. Visceral		

22. ¿La forma de transmisión de la leishmaniasis al ser humano es?

Forma de Transmisión	si	no
1. Picadura de un insecto		
2. Transfusiones sanguíneas		
3. Relaciones sexuales		
4. Contacto directo persona a persona		
5. Otra		

Otro, cual: _____

23. ¿Cuál es el vector que transmite la infección por Leishmania al ser humano?

Insecto	si	no
1. Aedes Aegypti		
2. Aedes Albopictus		
3. Lutzomyia/pheblotomo		
4. Triatoma dimidiata		
5. Rodnius Prolixus		

24. ¿Cuáles de los siguientes son considerados criterios epidemiológicos para el diagnóstico clínico de Leishmaniasis cutánea?

Criterios Epidemiológicos	si	no
1. Procedente de zonas endémicas		
2. Estada al menos en las últimas dos semanas en países o departamentos donde la enfermedad es endémica		
3. Trabajar en agricultura		
4. Trabajar en camaroneras		
5. Trabajar al amanecer o al anochecer		

25. ¿Cuáles de los siguientes son considerados criterios clínicos para el diagnóstico de leishmaniasis cutánea?

Criterios Clínicos	si	no
1. Ulceras, pápulas, nódulos, verruga o placas difusas		
2. Lesiones de evolución lenta		
3. Lesiones induradas		
4. Halo blanco alrededor de la lesión		
5. Lesiones distribuidas principalmente en áreas expuestas (cara, cuello y extremidades)		

26. ¿Cuáles de los siguientes exámenes laboratoriales se utilizan para realizar el diagnóstico de leishmaniasis cutánea?

Métodos de diagnóstico laboratorial	si	no
1. Frotis o raspado		
2. Cultivo		
3. Biopsia		
4. Pruebas serológicas		
5. Dermo-reacción de Montenegro		

27. ¿Cuál de los métodos anteriores es el más usado para establecer el diagnóstico de leishmaniasis cutánea en su unidad de salud?

1. Frotis o raspado
2. Cultivo
3. Biopsia
4. Pruebas serológicas
5. Dermo-reacción de Montenegro

28. ¿De las siguientes condiciones cuales son considerados como casos especiales para establecer el diagnóstico y el tratamiento de la leishmaniasis?

Casos Especiales	si	no
1. Antecedentes de alergias a los antimoniales pentavalentes		
2. Pacientes con trastornos pancreáticos, renales, cardíacos o hepáticos grave		
3. Mujeres en edad fértil		
4. Mujeres embarazadas o lactando		
5. Pacientes con comorbilidades (VIH, TB, desnutrición)		

29. De los siguientes casos, ¿cuáles son considerados criterio de hospitalización?

Criterio de Hospitalización	si	no
1. Leishmaniasis visceral		
2. Leishmaniasis mucocutánea con destrucción de mucosas.		
3. Pacientes con respuesta toxica al tratamiento		
4. Presencia de enfermedades concomitantes		
5. Pacientes embarazadas con leishmaniasis visceral que comprometa la salud materna fetal		

4. Conocimiento sobre el tratamiento de la leishmaniasis cutánea

30. De los siguientes cuáles son objetivos del tratamiento de la leishmaniasis cutánea?

Objetivos del Tratamiento	si	no
1. Supresión de las manifestaciones clínicas		
2. Evitar las complicaciones crónicas y la mortalidad		
3. Disminuir la carga de enfermedad en la comunidad		
4. Limitar la discapacidad y deformidad		
5. Acelerar el proceso de cicatrización		

31. De los siguientes fármacos ¿cuáles son recomendados para el tratamiento de la leishmaniasis cutánea?

Tratamiento de la leishmaniasis cutánea	si	no
1. Anfotericina B deoxicolato		
2. Anfotericina B Liposomal		
3. Antimoniales pentavalentes (Glucantime®)		
4. Miltefosina		
5. Pirimetamina		

32. De los anteriores ¿cuál es el fármaco que se recomienda como de primera línea de tratamiento según el manual para el manejo integral de la leishmaniasis cutánea:

1. Anfotericina B deoxicolato
2. Anfotericina B Liposomal
3. Antimoniales pentavalentes (Glucantime®)
4. Miltefosina
5. Pirimetamina

33. ¿Cuál es la dosificación y duración del tratamiento de la leishmaniasis cutánea con antimoniales pentavalentes (Glucantime®)?

1. 20mg/kg/día por 28 días
2. 20mg/kg/día por 20 días
3. 2mg/kg/día por 30 días
4. 2mg/kg/día por 20 días

34. Los siguientes exámenes son considerados requisito mínimo, antes de iniciar y al finalizar el tratamiento con antimoniales pentavalentes, identifíquelos:

Dosificación y duración del tratamiento	si	no
1. Hemograma		
2. Creatinina		
3. Nitrógeno ureico		
4. Transaminasas		
5. Amilasas		

35. ¿Cuáles de los siguientes son efectos adversos sistémicos del uso de antimoniales pentavalentes (Glucantime®)?

	Efectos	SI	NO
Locales (sitio de la inyección)	1. Dolor		
	2. Inflamación		
	3. Eritema (enrojecimiento)		
	4. Infección local		
Sistémicos	1. Reacción alérgica (erupción cutánea, dificultad para respirar)		
	2. Fiebre o febrículas		
	3. Excitación nerviosa (movimientos exagerados, alteración del estado de la conciencia)		
	4. Dolor abdominal		
	5. Náuseas		
	6. Vómitos		
	7. Sabor metálico		
	8. Astenia o letargia (Debilidad o fatiga general)		
	9. Anorexia (perdida del apetito)		
	10. Mialgias (dolor muscular)		
	11. Artralgia (dolor articular)		
	12. Disnea (dificultad para respirar)		

	13. Bradicardia (disminución de la frecuencia de los latidos cardiacos)		
	14. Insuficiencia renal (alteración de la función normal de los riñones)		
	15. Anomalías electrocardiográficas		
Ninguno			
Otro			

36. ¿Cuál es la dosificación y duración del tratamiento con Miltefosina?

1. 1,5. a 2,5 mg/kg/día (máx:150 mg/día) por 20 días vía intramuscular
2. 1,5. a 2,5 mg/kg/día (máx:150 mg/día) por 28 días vía oral
3. 1,5. a 2,5 mg/kg/día (máx:150 mg/día) por 20 días vía oral
4. 1,5. a 2,5 mg/kg/día (máx:150 mg/día) por 28 días vía intramuscular

37. Los siguientes son los meses en los que se debe hacer el seguimiento al paciente una vez completado el esquema de tratamiento con Glucantime®

1. Primero, cuarto y sexto mes
2. Primero, segundo y tercer mes
3. Primero, tercero y sexto mes
4. Primero, sexto y noveno mes
5. Primero, tercero y décimo mes

38. Las características que determinan la respuesta terapéutica al final del tratamiento son:

Respuesta terapéutica	si	no
1. Cicatrización de al menos el 50% del tamaño de la lesión		
2. Desaparición de la cadena ganglionar que acompaña la lesión		
3. Intradermorreacción de Montenegro, cambia a no reactiva		
4. Epitelización de al menos el 50% de las lesiones		
5. Ausencia de amastigotes en el frotis y cultivo de final de tratamiento		

Anexo 9: Instrumento Conocimiento Usuarios

	Barreras y facilitadores para la implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea en el municipio de Amapala, Honduras 2019.	Código: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Versión 02 Fecha:
Cuestionario sobre conocimiento: Objetivo: Determinar el grado de conocimiento que tienen los usuarios respecto a las estrategias de diagnóstico y tratamiento, contempladas en el manual para el abordaje integral de la leishmaniasis.		
<p>El instrumento es elaboración de la autora y directores de la investigación, basado en los lineamientos del Manual para el Abordaje Integral de las Leishmaniasis en Honduras 2016 y consta de un total de 33 preguntas, que recogerán información la cual será distribuida en 3 dominios.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Caracterización sociodemográfica del usuario2. Conocimiento del diagnóstico de leishmaniasis cutánea3. Conocimiento del tratamiento de la leishmaniasis cutánea <p>Codificación: Se garantizará la confidencialidad de los participantes a través de asignación de números de codificación para preservar su identidad, este constará de 4 dígitos, el primer recuadro corresponde a la unidad de salud en la cual recibe atención (1= CESAMO Amapala, 2=CESAMO Puerto Grande, 3= CESAMO Los Langues), los últimos tres recuadros corresponden al número consecutivo de participante. Solo la investigadora principal tendrá acceso a esta base de datos en caso de verificación.</p> <p>Instrucciones: El encuestador previamente capacitado y entrenado diligenciará completamente el cuestionario con las respuestas del encuestado, en el caso que aplique si el participante desconoce o ninguna de las opciones se ajusta a su conocimiento favor marcar la opción “No Sabe / No Responde”.</p>		

1. Caracterización sociodemográfica

1. ¿Cuál es su género?

1. Hombre
2. Mujer

2. ¿Cuál es su edad?

3. ¿Con qué etnia se identifica?

7. Indígena
8. AfroHondureño
9. Negro
10. Mestizo
11. Blanco
12. Otro _____

4. ¿Cuál es su ocupación u oficio?

5. ¿Cuál es su nivel académico?

1. Ninguno
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria Incompleta
5. Secundaria completa
6. Universidad incompleta
7. Universidad completa

6. ¿Cuánto tiempo tiene de vivir en Amapala?

1. Menos de 1 año
2. b.1 a 5 años
3. Mas de 5 años

7. Lugar de residencia

8. ¿En qué unidad de salud recibe atención?

1. Unidad de salud Puerto Grande
 2. Unidad de salud Los Langues
 3. Unidad de salud Amapala
-

2. Conocimiento sobre el diagnóstico de leishmaniasis cutánea

9. ¿Cómo se transmite la leishmaniasis al ser humano?

Forma de Transmisión	si	no
6. Picadura de un insecto (mosca o plumilla)		
7. Transfusiones sanguíneas		
8. Relaciones sexuales		
9. Contacto directo persona a persona (dar la mano o tocar a una persona con leishmaniasis)		
10. Otra		

Otro, Cuál: _____

10. ¿Conoce usted la mosca o plumilla (Lutzomyia) que transmite la leishmaniasis?

1. SI
2. NO

11. ¿En qué lugares puede exponerse a la picadura por la Lutzomyia (mosca o plumilla)

Lugares	SI	NO
1. Dentro del hogar		
2. Alrededor del hogar		
3. En el bosque		
4. En la playa		
5. Otro		

Otros, cual _____

12. ¿En qué horario cree usted que prefiere picar la mosca o plumilla (Lutzomyia)?

1. Anochecer y amanecer
2. Durante todo el día
3. Durante toda la noche
4. Cualquier hora

Otro, cual: _____

13. ¿Cuáles son las formas más frecuentes en que se presentan las lesiones en la piel que produce la leishmaniasis?

Lesión	SI	NO
1. Grano		
2. Roncha		
3. Úlcera o llaga		
4. Lunar		
5. Pápula		
6. Otro		

Otro, cual: _____

14. ¿Quién le confirma el diagnóstico de leishmaniasis en su región?

Persona	SI	NO
1. Líder comunitario		
2. Enfermera		
3. Laboratorista o microscopista		
4. Promotor de salud		
5. Medico		
6. Otro		

Otro, cual: _____

15. ¿Cuánto tiempo paso entre que le apareció la lesión en la piel hasta que le hicieron el diagnostico?

1. Menos de un mes
2. 1 a 3 meses
3. Más de 3 meses

16 ¿Qué examen le hicieron para confirmarle el diagnostico de leishmaniasis?

1. Frotis (raspado)
2. Biopsia de la lesión
3. Cultivo de la lesión
4. Serología (exámenes de sangre para leishmaniasis)
5. Otro _____
6. No sabe/ No responde

17. ¿Tuvo alguna de las siguientes molestias cuando le realizaron el examen de leishmaniasis?

Complicación	SI	NO
1. Infección en el sitio de la lesión		
2. Inflamación		
3. Dolor		
4. Empeoramiento de la lesión		
5. Enrojecimiento		
6. Otra		

Otra, cual: _____

3. Conocimiento sobre el tratamiento de la leishmaniasis cutánea*

*si no ha recibido tratamiento deje en blanco esta sección (preguntas 18-33)

18. ¿Fue evaluado por el médico antes de iniciar el tratamiento?

1. SI
2. NO

19. ¿Le realizaron exámenes de sangre antes de iniciar el tratamiento?

1. SI
2. NO

20. ¿Qué exámenes le realizaron?

Exámenes	SI	NO
1. Hemograma completo		
2. Pruebas renales (creatinina, BUN)		
3. Pruebas hepáticas (Transaminasas)		
4. Pruebas pancreáticas		
5. Otro		

Otro, cual: _____

21. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde la confirmación del diagnóstico hasta que le iniciaron el tratamiento?

1. Menos de 1 mes
2. 1 a 3 meses
3. 4 a 6 meses

4. Mas de 6 meses

22. ¿Qué tipo de tratamiento le indicaron para la leishmaniasis?

Tipo	SI	NO
1. Inyecciones		
2. Pastillas		
3. Infiltraciones		
4. Termoterapia		
5. Cremas, ungüentos		
6. Otro		

Otro, cual: _____

23. Si recibió Glucantime® ¿Cuál fue la vía de administración?

1. Intramuscular
2. Intralesional
3. Intravenosas
4. No sabe/ No responde

24. ¿Por cuánto tiempo le indicaron el tratamiento con Glucantime®?

1. Menos de 10 días
2. 10 días
3. 14 días
4. 20 días
5. 28 días

25. ¿El tratamiento con Glucantime® estaba disponible y completo cuando le hicieron el diagnostico?

1. SI
2. NO

26. ¿Cumplió con todo el tratamiento con Glucantime®?

1. SI
2. NO, porqué: _____

27. ¿Quién le administró el tratamiento?

Personal	SI	NO
1. Medico		
2. Enfermera		
3. Promotora		
4. Otra persona		

Otro, cual: _____

28. ¿En dónde recibió el tratamiento con Glucantime®?

Lugar	SI	NO
1. Hospital General		
2. Hospital local		
3. Unidad de salud		
4. Comunidad		
5. Otro		

Otro, cual _____

29. De las siguientes molestias ¿Cuáles presento usted durante la administración del tratamiento?

	Efectos	SI	NO
Locales (sitio de la inyección)	5. Dolor		
	6. Inflamación		
	7. Eritema (enrojecimiento)		
	8. Infección local		
Sistémicos	16. Reacción alérgica (erupción cutánea, dificultad para respirar)		
	17. Fiebre o febrículas		
	18. Excitación nerviosa (movimientos exagerados, alteración del estado de la conciencia)		
	19. Dolor abdominal		
	20. Náuseas		
	21. Vómitos		
	22. Sabor metálico		
	23. Astenia o letargia (Debilidad o fatiga general)		
	24. Anorexia (perdida del apetito)		
	25. Mialgias (dolor muscular)		
	26. Artralgia (dolor articular)		
	27. Disnea (dificultad para respirar)		
	28. Bradicardia (disminución de la frecuencia de los latidos cardiacos)		
	29. Insuficiencia renal (alteración de la función normal de los riñones)		
30. Anomalías electrocardiográficas			
Ninguno			
Otro			

Otro, cual _____

30. ¿Cuál fue la evolución de la lesión en la piel al finalizar el tratamiento indicado con Glucantime®?

1. Igual
2. Mejoró
3. Curó
4. Empeoró
5. No aplica _____

31. ¿Cuál fue la evolución de la lesión en la piel a los 3 meses de haber completado el tratamiento con Glucantime®?

1. Igual
2. Mejoró
3. Curó
4. Empeoró
5. No aplica _____

32. ¿Cuál fue la evolución de la lesión en la piel a los 6 meses de haber completado el tratamiento con Glucantime®?

1. Igual
2. Mejoró
3. Curó
4. Empeoró
5. No aplica _____

33. Ha presentado recaídas o nuevas lesiones después de finalizar el tratamiento?

1. SI
2. NO

Anexo 10: Instrumento Guía de Preguntas Grupo Focal de Personal de Salud

 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803</p>	Preguntas generadoras para Grupos focales		
	Barreras y facilitadores para la implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea en el municipio de Amapala, Honduras 2019.		
	Objetivo: Explorar cuales son las barreras y facilitadores para la implementación del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea a partir de las experiencias del personal de salud.		
GRUPO FOCAL #1 Médicos (M) Enfermeras (E) Promotores de Salud (P)	Lugar: _____ Fecha: _____ # Participantes: _____ Hora de Inicio: _____ Hora de Finalización: _____		
Categorías	Definición	Subcategorías	Preguntas
Barreras	Factores que podrían obstaculizar el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea.	1. Factores de la guía, estrategia, programa o política	Conversemos sobre: -cuáles son los inconvenientes o las facilidades que usted ha tenido para la utilización del manual de abordaje de las leishmaniasis al momento de establecer diagnóstico y tratamiento de esta
Facilitadores	Factores que podrían facilitar el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea.	2. Factores individuales de los profesionales de la salud 3. Factores del paciente 4. Interacciones profesionales 5. Incentivos y recursos	- Cada uno diga cuáles son las dificultades o las facilidades que tiene para establecer el diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea - Qué Cuáles consideran que son las situaciones relacionadas con los pacientes han obstaculizado o facilitado que usted establezca el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis de manera oportuna - En la relación con los compañeros qué es lo que usted cree que le ayuda o dificulta el establecimiento oportuno del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis -Según su experiencia la asignación de recurso e incentivos facilita u obstaculiza el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad

		6. Capacidad de cambio organizacional	- Los cambios organizativos favorecen o empeoran la capacidad de respuesta para el establecimiento del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad
		7. Factores sociales, políticos y legales	- Qué factores del entorno social, político, legal facilitan o por el contrario obstaculizan el proceso de diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis

 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803</p>	Preguntas generadoras para Grupos focales		
	Barreras y facilitadores para la implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea en el municipio de Amapala, Honduras 2019.		
	Objetivo: Explorar cuales son las barreras y facilitadores para la implementación del diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea a partir de las experiencias de los usuarios.		
GRUPO FOCAL #2 Usuarios	Lugar: _____ Fecha: _____ # Participantes: _____ Hora de Inicio: _____ Hora de Finalización: _____		
Categorías	Definición	Subcategorías	Preguntas
Barreras	Factores que podrían obstaculizar el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis cutánea.	1. Factores de los profesionales de la salud 2. Factores del paciente 3. Interacciones con otros miembros de la comunidad 5. Incentivos y recursos	Conversemos sobre: - Cuáles creen ustedes que son las dificultades o las facilidades que tienen el personal de salud (médicos, enfermeras y promotores de salud) para darle el diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea - Que ha sido lo más difícil o lo que le ha facilitado el acceso al diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis de manera oportuna - Qué situaciones en sus relaciones con los miembros de su comunidad identifica usted que dificultaron o facilitaron que usted fuera diagnosticado y tratado por leishmaniasis -Según su experiencia que recurso o incentivos utilizan el personal de salud y las autoridades de salud que favorezcan o por el contrario dificultan que obtuviera el diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis

		6. Capacidad de cambio organizacional	- Que cambios organizativos en las unidades de salud (cambio y rotación del personal) favorecen o empeoran la capacidad de respuesta para el establecimiento del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad
		7. Factores sociales, políticos y legales	- Qué factores del entorno relacionados con el ambiente social, político, legal, pueden facilitar u obstaculizar el proceso para acceder al diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis



21030002 - 00273 – 2019

Comité de Ética de la Investigación
Centro de Investigación
Facultad Nacional de Salud Pública

Certificación

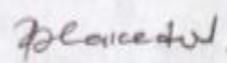
El Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública, en la sesión 218 del 13 de septiembre de 2019, revisó y avaló en sus componentes éticos e instrumentos a emplear el proyecto **Barreras y facilitadores para la implementación de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea en el municipio de Amapala, Honduras 2019.**

El comité da aval al proyecto en la categoría de riesgo mínimo según la Resolución 8430 del Ministerio de Salud.

El proyecto de investigación cuenta con consentimiento informado según lo establecido en los artículos 15 y 16 de la Resolución 8430 de 1993.

Dado en Medellín, el 24 de septiembre de 2019.


MARGARITA MONTOYA MONTOYA
Presidente


BEATRIZ CAICEDO VELÁSQUEZ
Secretaria

Proyectó: Jhon Smith Arenas– Asistente Administrativo CEI
Teléfono: 219 68 37
Correo electrónico: eticasaludpublica@udea.edu.co



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Departamento Ciencias Básicas

MEPI-318-2019

Medellín, 27 de agosto de 2019

Estudiante
ELSY DENIA CÁRCAMO RODRÍGUEZ
Maestría en Epidemiología
Cohorte 17-TDR
Presente

Cordial Saludo.

El Comité de Programa de la Maestría en Epidemiología (acta 012 - 22 agosto de 2019), *confirió aval como trabajo de grado al proyecto de investigación:*

"Barreras y Facilitadores para la Implementación de las Estrategias de Diagnóstico y Tratamiento de la Leishmaniasis Cutánea en Amapala, Valle-Honduras, 2019".

Se realizó la evaluación y verificación de los ajustes al protocolo, a partir de las observaciones del Coloquio. Al respecto, se destaca que, en detalle la Estudiante dio respuesta a las recomendaciones efectuadas.

El Comité determinó que la propuesta cumple con los requisitos científico-técnicos requeridos para el nivel de formación.

Deberá adelantar la presentación para el aval ante el Comité Ética, y, la suscripción del proyecto en el Centro de Investigaciones de nuestra Facultad.

Lé deseamos éxitos en su proceso investigativo.

Atentamente,


JUAN FERNANDO SALDARRIGA FRANCO.
Coordinador Maestría en Epidemiología.

Copia: Carlos Alberto Rojas Arbeláez. Director Trabajo Investigación.



Unidades de salud:

CESAMO y Clínica Materno Infantil Amapala



CESAMO y Clínica Materno Infantil Amapala, post-remodelación



Unidades de salud Puerto Grande y Los Langues



Socialización y sensibilización del proyecto de investigación (región de salud de valle, mesa intersectorial de salud del CESAMO Amapala y personal de salud del municipio de Amapala)



Personal de salud CESAMO Amapala



Trabajo en unidades de salud, revisión de libro de registros diarios de pacientes con leishmaniasis y fichas de vigilancia epidemiológica



Aplicación de cuestionarios



Aplicación de cuestionario a los usuarios



Entrega equipo de protección a los auxiliares de campo



Medios de transporte para el desplazamiento en el trabajo de campo



Condiciones sociodemográficas de algunas viviendas del municipio de Amapala



Área geográfica

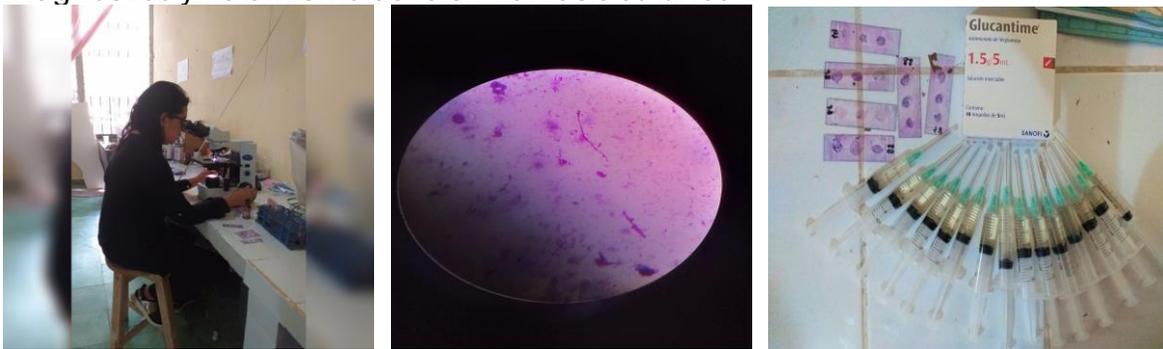




Lesiones de pacientes con leishmaniasis cutánea no ulcerada o atípica



Diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea



Aplicación de tratamiento intralesional

