UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
07/04/16
BIBLIOTECA CENTRAL
U N U

TESIS

"CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS CON LEISHMANIASIS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL AÑO 2014"

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

CAMILA DIBURGA DEL AGUILA

PUCALLPA – PERÚ
2016

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI:

.....
Dr. Arturo Rafael Heredia
Presidente

.....
Dr. Tomás Noel Santana Tellez
Miembro

.....
M.C Luis Alberto Vicente Yaya
Miembro

.....
M.C Favio Orlando Sarmiento López
Asesor

.....
Bach. Camila Diburga del Aguila
Tesista

PORTADA

1. TITULO DE LA INVESTIGACION:

"Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014"

2. AREA DE LA INVESTIGACION:

INFECTOLOGIA

3. AUTOR:

Camila Diburga del Aguila

Bachiller en Medicina de la Facultad de Medicina Humana de la UNU

4. ASESOR:

M.C Favio Orlando Sarmiento López

Docente de la Facultad de medicina Humana de la UNU

5. INSTITUCIONES Y PERSONAS COLABORADORAS:

- Hospital Regional de Pucallpa: Servicio de Medicina
- Universidad Nacional de Ucayali: Facultad de Medicina Humana.

DEDICATORIA

A mis padres,
Hugo y Regina
por inspirar el amor
en cada paso que realizo
por la Medicina Humana.

AGRADECIMIENTO

- Deseo expresar mi agradecimiento en primer lugar a mi familia, a mi padre Hugo Diburga Olivera y a mi madre Regina del Aguila García y a mi hermana Gisela Diburga del Aguila por ser mis constantes motivaciones para proponerme y realizar cada uno de mis objetivos.

- Deseo expresar mi gratitud al M.C Favio Orlando Sarmiento López ,especialista en Infectologìa, docente de la Universidad Nacional de Ucayali, como Asesor de esta Tesis, agradecerle por su asesoramiento, consejos prácticos, supervisión continuada, apoyo moral y su sentido del humor, que han hecho mucho más agradable el desarrollo y conclusión del presente trabajo.

- Muy especialmente, quiero agradecer a mi Jurado Evaluador conformado por el Dr. Arturo Rafael Heredia, el Dr. Tomás Santana Téllez y al M.C Luis Alberto Vicente Yaya por haber tenido la paciencia de ejercer de corrector del manuscrito final, que nunca es final por algún detalle.

- El agradecimiento a cada uno de mis docentes por cada uno de los conocimientos, porque cuando uno afronta un trabajo debe recordar cada aporte al transcurso de los años de estudio en la carrera de Medicina Humana y agradecerle por mi formación como para ser un buen médico.

- Para terminar, debo expresar el agradecimiento a los amigos y compañeros, que me han animado, alguno insistentemente, para llevar a cabo el presente trabajo.

INDICE

Capítulo I

PROBLEMA

		Pág.
1.1	Planteamiento del problema	1
1.2	Formulación del problema	4
	a) Problema principal	4
	b) Problema secundario	4
1.3	Objetivo	6
	a) Objetivo General	6
	b) Objetivos específicos	6
1.4	Justificación	8

Capitulo II

MARCO TEORICO

2.1	Antecedentes	9
2.2	Bases Teóricas	20
	A.- Epidemiologia	20
	1.-Mecanismos de transmisión de Leishmaniasis	22
	2.-Vectores de Leishmaniasis	23
	3.-Ciclo de vida en el vector	24
	4.-Ciclo de vida en el humano	25
	B.-Fisiopatología	27
	b.1 La picadura y el inicio de la infección	27

b.2 La progresión de la infección y la respuesta inmune 28
b.3 Diseminación de la enfermedad 29
C.-Clasificación 30
1.-Leishmaniasis cutánea localizada (botón de Oriente 30
2.- Leishmaniasis recidivans 32
3.-Leishmaniasis cutánea difusa 32
4.-Leishmaniasis mucosa o espundia 33
5.-Leishmaniasis mucocutánea 33
6.- Leishmaniasis visceral 34
D.-Diagnostico 35
1.-Métodos Directos 35
1.1.- Estudios Parasitoscópicos 35
1.2.- Cultivo 36
1.3.- PCR 37
2.-Metodos Indirectos 37
2.1.-Inmunofluorescencia indirecta (IFI) 37
2.2.-ELISA 37
2.3.- Intradermorreacción con Leishmanina (IDR) o Reacción de Montenegro 38
E.-Tratamiento 39
e.1Tratamientos locales 39
e.2 Tratamientos sistémicos 40
Definición de términos básicos 43
2.3 Hipótesis 46
2.4 Variables de estudio 46
2.5 Operacionalizacion de variables 46

Capitulo III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1	Ámbito de estudio	51
3.2	Tipo de investigación	51
3.3	Nivel de Investigación	51
3.4	Método de Investigación	51
3.5	Diseño de Investigación	51
3.6	Población, Muestra, Muestreo	51
3.7	Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos	52
3.8	Procedimiento de recolección de datos	53
3.9	Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	54

Capitulo IV

RESULTADOS

4.1	Presentación de resultados	55
4.2	Discusión	73
4.3	Conclusiones	74
4.4	Recomendaciones	76
4.5	Referencia Bibliográfica	77

ANEXOS

ANEXO Nº1	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis	82
ANEXO Nº2	Matriz de consistencia	85
ANEXO Nº3	Tablas	89

INDICE DE GRAFICOS

		Pág.
GRAFICO Nº 01	Distribución porcentual de los pacientes adultos con Leishmaniasis según edad en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**55**
GRAFICO Nº 02	Distribución porcentual de los pacientes adultos con Leishmaniasis según sexo en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**56**
GRAFICO Nº 03	Distribución porcentual según la ocupación de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**57**
GRAFICO Nº 04	Distribución porcentual según el mes de notificación de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**58**
GRAFICO Nº 05	Distribución porcentual según los lugares de contagio de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**59**
GRAFICO Nº 06	Distribución porcentual según edad y sexo en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**60**
GRAFICO Nº 07	Distribución porcentual según sexo y lugar de contagio en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**61**

GRAFICO Nº 08	Distribución porcentual según sexo y ocupación en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**62**
GRAFICO Nº 09	Distribución porcentual según la Clasificación clínica de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**63**
GRAFICO Nº 10	Distribución porcentual según el tipo de lesión cutánea en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**64**
GRAFICO Nº 11	Distribución porcentual según los signos y síntomas en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**65**
GRAFICO Nº 12	Distribución porcentual según el tiempo de enfermedad de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**66**
GRAFICO Nº 13	Distribución porcentual según la localización de las lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**67**
GRAFICO Nº 14	Distribución porcentual según el número de lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**68**
GRAFICO Nº 15	Distribución porcentual según el tamaño de lesión en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**69**

GRAFICO Nº 16 Distribución porcentual según Clasificación clínica y localización de las lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014 **70**

GRAFICO Nº 17 Distribución porcentual según Clasificación clínica y tiempo de enfermedad en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014 **71**

GRAFICO Nº 18 Distribución porcentual según tamaño de la lesión y número de lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014 **72**

INDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA Nº 01	Distribución porcentual de los pacientes adultos con Leishmaniasis según edad en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**89**
TABLA Nº 02	Distribución porcentual de los pacientes adultos con Leishmaniasis según sexo en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**89**
TABLA Nº 03	Distribución porcentual según la ocupación de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**90**
TABLA Nº 04	Distribución porcentual según el mes de notificación de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**90**
TABLA Nº 05	Distribución porcentual según los lugares de contagio de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**91**
TABLA Nº 06	Distribución porcentual según edad y sexo en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**92**
TABLA Nº 07	Distribución porcentual según sexo y lugar de contagio en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**93**
TABLA Nº 08	Distribución porcentual según sexo y ocupación en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**94**

TABLA Nº 09	Distribución porcentual según la Clasificación clínica de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**95**
TABLA Nº 10	Distribución porcentual según el tipo de lesión cutánea en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**95**
TABLA Nº 11	Distribución porcentual según los signos y síntomas en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**96**
TABLA Nº 12	Distribución porcentual según el tiempo de enfermedad de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**96**
TABLA Nº 13	Distribución porcentual según la localización de las lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**97**
TABLA Nº 14	Distribución porcentual según el número de lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**97**
TABLA Nº 15	Distribución porcentual según el tamaño de lesión en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**98**
TABLA Nº 16	Distribución porcentual según Clasificación clínica y localización de las lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014	**98**

TABLA Nº 17 Distribución porcentual según Clasificación clínica y tiempo de enfermedad en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014 **100**

TABLA Nº 18 Distribución porcentual según tamaño de la lesión y número de lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014 **101**

RESUMEN

Objetivos: Determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014. Es un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. **Materiales y métodos:** El universo de estudio estuvo representado por 304 casos, con una muestra de 87 pacientes. La fuente de obtención de datos es a través de la ficha clínica epidemiológica de los pacientes, se usó el programa de paquete estadístico SPSS 12, como medida de resumen se empleó el porcentaje.Se revisaron 87 fichas epidemiológicas de los pacientes atendidos con diagnóstico de Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.**Resultados:** Los resultados demuestran que el año 2014 ,la mayoría de pacientes corresponde al intervalo de 25 a 39 años (40%), con el 89% del sexo masculino. La principal ocupación fue la agricultura (26%). La mayoría de casos notificados correspondió al mes de octubre (24%).Las zonas de mayor riesgo alcanzan porcentajes equivalentes (37%) de la provincia de Coronel Portillo y los importados. También es peculiar que los casos atendidos con Leishmaniasis (79%) predominen la forma cutánea. El 98% de pacientes se ubican en la de tipo ulcerativa, con una clínica en donde los signos y síntomas inespecíficos relata cada paciente estudiado (83%). El mayor porcentaje de pacientes adultos (66%) tenían un tiempo de enfermedad de 1 mes a < 1 año, presentan lesiones que se localizan en los miembros inferiores en un mayor porcentaje (46%) predominando las lesiones simples (69%), con un tamaño de <= 3 cm (76%).

ABSTRACT

Objectives: Determine the epidemiological and clinical characteristics of adult patients with Leishmaniasis in the Regional Hospital of Pucallpa in the year 2014. It is a descriptive study, retrospective, transversal. **Materials and methods:** The study group was represented by 304 cases, with a sample of 87 patients. The source data collection is through epidemiological clinical records of patients, program SPSS 12 is used as a summary measure was used percentage. Se reviewed 87 epidemiological records of patients seen diagnosed with Leishmaniasis in the Regional Hospital of Pucallpa in the year 2014.**Results:** Show that by 2014, most patients corresponds to the range of 25 to 39 years (40%), with 89% male. The main occupation was agriculture (26%). Most reported cases corresponded to October (24%). The highest risk areas reach equivalent (37%) percentage of the province of Coronel Portillo and imported. It is also peculiar that the cases dealt with Leishmaniasis (79%) dominate the cutaneous form. 98% of patients are located in the ulcerative type with a clinic where the signs and symptoms unspecific tells each patient studied (83%). The highest percentage of adult patients (66%) had a time of 1 month disease <1 year have lesions that are located in the lower limbs in a higher percentage (46%) predominating simple lesions (69%), with size <= 3 cm (76%).

INTRODUCCION

La Leishmaniasis es una enfermedad frecuente al nivel mundial. Es posible contraer la Leishmaniasis tanto en el Nuevo Mundo (América del Sur, América Central, sur de Texas) como en el Viejo Mundo (Europa, África, Oriente Medio, Asia Central, subcontinente hindú).

La prevalencia mundial supera los 10 millones de casos, presentándose de uno a dos millones de nuevos casos cada año. En zonas endémicas las epidemias aparecen tanto en poblaciones sedentarias, afectando sobre todo a los niños, como en las poblaciones móviles (militares, refugiados, obreros de grandes obras). Los factores demográficos, sociológicos, políticos, climáticos contribuyen a un aumento progresivo de la enfermedad.

La Leishmaniasis es una infección fundamentalmente tropical, clasificada entre las enfermedades prioritarias de la OMS, que afecta principalmente a poblaciones rurales o periurbanas pobres. La importancia de la leishmaniasis radica en que al ser una endemia de tipo tropical produce un impacto negativo social y económico en la población económicamente deprimida.

La endemia afecta a 12 regiones del Perú encontrándose a Ucayali dentro de las afectadas, con 304 casos en el año 2014.

La leishmaniasis se ha convertido en una enfermedad compleja. En ella se superponen la complejidad parasitológica, fisiopatológica, epidemiológica, diagnóstica y sobre todo terapéutica. La disparidad de las formas clínicas, visceral, cutánea, post-kala-azar, cutánea localizada, cutánea difusa, cutánea diseminada, mucosa, es notable.
El índice riesgo-beneficio de los tratamientos propuestos para la leishmaniasis cutánea, enfermedad no letal pero a veces conduce a graves mutilaciones, en ocasiones resulta difícil de determinar.
El propósito de esta tesis es hacer comprensible la complejidad de la enfermedad.

CAPITULO I PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud incluye a la leishmaniasis entre las siete enfermedades prioritarias de su programa especial para la investigación de las enfermedades tropicales y es la segunda parasitosis de mayor importancia en Latinoamérica. (1)

Leishmaniasis tegumentaria se considera una enfermedad desatendida relevante para la salud pública. Recientemente, la relevancia de la leishmaniasis, según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, fue revisado; la nueva estimación indica que la incidencia mundial de la leishmaniasis cutánea varía de 0,7 a 1,2 millones de nuevos casos cada año y que Afganistán, Argelia, Colombia, Brasil, Irán, Siria, Etiopía, Sudán, Costa Rica y Perú son responsables del 70 al 75% de los nuevos casos. (2)

La prevalencia estimada de leishmaniasis está en torno a 12 millones de enfermos en todo el mundo. (3)

Como vemos, se trata de un problema de extraordinaria envergadura desde el punto de vista de la salud pública, afectando a la población de 88 países de zonas intertropicales y templadas, de los cuales sólo en 40 es de declaración obligatoria, lo que supone un claro problema de infrarregistro.(3)

En las Américas, la incidencia estimada varía de 187.200 a 307.800 casos, de los cuales 38,9% se producen en Brasil, aunque el oficial de informes no exceda de 30.000 casos al año en el país (2)

En un análisis de los últimos cuatro años (2010 al 2013), se observó una reducción del número de casos registrados (19,2%) en la Región, principalmente en Brasil, Colombia, Nicaragua, Panamá, Perú, Ecuador, Paraguay y Argentina. (4)

El Perú es uno de los 10 países que reportan más del 90% de los casos de leishmaniosis cutánea, se incluye a Nicaragua, Brasil. [5]

El número de casos en Perú, según la OMS, en 2011 y 2012 fue de 11.204 y 7.527, respectivamente. En el año 2009 se confirmaron 6.172 casos, de los cuales sólo 5,4% correspondieron a la forma mucocutánea, siendo Cusco, Loreto y Madre de Dios los lugares de procedencia más frecuentes. [6]

En el Perú, la leishmaniasis constituye una endemia que afecta a 12 departamentos, es la segunda endemia de tipo tropical en nuestro país y la tercera causa de morbilidad por enfermedades transmisibles luego de la malaria y la tuberculosis. Se presenta en dos formas: el 75% de los casos reportados corresponden a la forma cutáneo-andina o «uta» (*L. braziliensis peruviana*) y el 25% a la forma cutáneo mucosa (*L. braziliensis braziliensis*). [7]

La zona endémica comprende aproximadamente el 74% del área total de nuestro país, se extiende a través de los Andes y los valles interandinos entre los 1000 y los 3 000 metros sobre el nivel del mar, para la leishmaniasis cutánea, y a las zonas de selva alta y selva baja por debajo de los 2 000 metros, para la leishmaniasis mucocutánea. [7]

La endemia afecta a 12 regiones del Perú: Áncash, Ucayali, Junín, Loreto, San Martín, Amazonas, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Cerro de Pasco y Madre de Dios. [8]

Para el año 2013, el riesgo de trasmisión de leishmaniasis ocurre en 79,1% (19/24) de los departamentos del país, el 69,6 % (4 490) del total de casos se concentran en los departamentos de Madre de Dios, Cusco, San Martín, Piura, Junín, Cajamarca, Lima y Ancash. [9]

Para el año 2013, 483 distritos (26,5 %) a nivel nacional notifican casos de leishmaniosis. Del total de casos notificados en el 2013, 94 % (6062), son leishmaniosis cutánea y el 6 %

(388) leishmaniasis mucocutánea. La leishmaniasis afecta más a los varones y el grupo de edad que notifica mayor número de casos es el de 20 a 59 años para ambas formas. (9)

El grupo etario con mayor riesgo para la forma cutánea es de 9 a 15 años y para la forma mucocutánea es de 60 a más años. La leishmaniasis cutánea para el año 2013, se concentra en Madre de Dios. (9)

El 62 % de casos de leishmaniasis se concentran en los distritos que son frontera con el departamento de Puno y el país de Bolivia quien fue considerado para el 2011 como el país con mayor proporción de leishmaniasis mucocutánea en las Américas con 16,2 %.El departamento de Cusco ocupa el segundo lugar entre los departamentos que notifican casos de leishmaniosis con el 13,8 %. (9)

El 51,4 % de casos se concentran en los distritos que son frontera con Ucayali y Madre de Dios. Son 13 distritos que notifican leishmaniasis cutánea y 8 distritos mucocutánea. (9)

En Ucayali, en el año 2013, el acumulado es de 271 (255 casos Autóctonos con un TIA de 36.80 x 100.00). (10)

En Ucayali, en el año 2014, El acumulado a la fecha es de 304 casos (268 casos autóctonos con un TIA de 54.70 x 100.000 hbtes) y 36 casos importados de los departamentos de Ayacucho, Cuzco, Huánuco, Junín, Loreto, Madre de Dios y Pasco. (11)

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema principal

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?

1.2.2. Problemas secundarios

- ¿Cuál fue el porcentaje de los pacientes adultos con Leishmaniasis según edad en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?

- ¿Cuál fue el porcentaje de los pacientes adultos con Leishmaniasis según sexo en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?

- ¿Cuál fue la ocupación de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?

- ¿Cuál fue la distribución según mes de notificación de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?

- ¿Cuáles fueron los lugares de contagio de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?

- ¿Cuál fue la distribución según edad y sexo en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?

- ¿Cuál fue la distribución según sexo y lugar de contagio en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?

- ¿Cuál fue la distribución según sexo y ocupación en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?

- ¿Cuál fue la Clasificación clínica de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?

- ¿Cuál fue el tipo de lesión cutánea en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?

- ¿Cuáles fueron los signos y síntomas en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?

- ¿Cuál fue el tiempo de enfermedad de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?

- ¿Cuál fue la localización de las lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?

- ¿Cuál fue el número de lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?

- ¿Cuál fue el tamaño de lesión en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?

- ¿Cuál fue la distribución según Clasificación clínica y localización de las lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?
- ¿Cuál fue la distribución según Clasificación clínica y tiempo de enfermedad en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?

- ¿Cuál fue la distribución según tamaño de la lesión y número de lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?

1.3 OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECIFICOS

1.3.1 Objetivo General

- Determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar el porcentaje de los pacientes adultos con Leishmaniasis según edad en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

- Determinar el porcentaje de los pacientes adultos con Leishmaniasis según sexo en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

- Indicar la ocupación de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

- Indicar la distribución según mes de notificación de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

- Indicar los lugares de contagio de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

- Determinar la distribución según edad y sexo en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

- Determinar la distribución según sexo y lugar de contagio en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

- Determinar la distribución según sexo y ocupación en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

- Indicar la Clasificación clínica de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

- Indicar el tipo de lesión cutánea en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

- Mostrar los signos y síntomas en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

- Organizar el tiempo de enfermedad de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

- Mencionar la localización de las lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

- Indicar el número de lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

- Detallar el tamaño de lesión en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.
- Determinar la distribución según Clasificación clínica y localización de las lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.
- Determinar la distribución según Clasificación clínica y tiempo de enfermedad en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.
- Determinar la distribución según tamaño de la lesión y número de lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

1.4. JUSTIFICACION

La Leishmaniosis es una protozoonosis endémica en el Perú, causada por parásitos del género Leishmania, se encuentra ampliamente extendida en el mundo, afectando a más de 12 millones de personas en todos los continentes, excepto Australia y la Antártida. La OMS estima que hay aproximadamente de 1 a 2 millones de casos nuevos anuales de Leishmaniasis a nivel mundial. (12)

En la mayoría de países latinoamericanos constituye un problema de salud pública de gran importancia, no solo a causa del incremento del número de casos en diversas latitudes, sino en particular por el impacto socioeconómico y psicológico, característico de esta enfermedad, que con frecuencia es mutilante. (12)

Muchas veces no se llega a reportar los casos de la enfermedad, limitando de esta manera la información epidemiológica sobre la leishmaniasis. Esto se debe, entre otras razones, a la lejanía de los lugares de riesgo, la ausencia de personal sanitario y/o establecimientos de salud, y la falta de capacitación e investigación para detectar y notificar los casos. (13)

Por lo que es importante realizar investigaciones acerca de las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014 a fin de tener un panorama de la enfermedad y conocerla como tal para una adecuada determinación de la epidemiología y de los signos y síntomas respectivos de la Leishmaniasis y así dar una adecuada terapéutica y evitar complicaciones.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1 Investigaciones Internacionales

- **Turhanoglu M y colaboradores. Título"A nine-year evaluation of cutaneous leishmaniasis patients in Diyarbakir Training and Research Hospital, Turkey. 2014"**[14]

  En Turquía se realizó un estudio con el objetivo de evaluar los casos de leishmaniasis cutánea (LC) identificados en Formación Diyarbakir y en el Hospital de Investigación, retrospectivamente en un período de nueve años, llamando la atención sobre el aumento de los casos en el 2013. Un total de 128 pacientes de edades comprendidas entre 0-75 años, que fueron diagnosticados clínicamente como LC en la consulta externa de dermatología en este hospital entre enero 2005 hasta agosto 2013 fueron evaluados en el estudio. Los parásitos fueron detectados microscópicamente en 56 de 128 (43,7%) pacientes que estaban clínicamente diagnosticados como pre-LC. De esos pacientes, 41 (73,2%) eran mujeres, 15 (26,8%) eran varones y 34 (60,7%) estaban en 0-20, 10 (17,9%) fueron 21-41, y 12 (21,4%) fueron ≥ 42 años de edad. En los casos positivos, se encontraron lesiones que estaban en el área facial de 34, los brazos y las manos de los 14, las piernas y los pies de ocho pacientes.

  Además, 21 de 56 (37,5%) pacientes fueron detectados con lesiones en sus diferentes áreas anatómicas como la mano y la cara o la cara y las piernas. Al evaluar la distribución de los 56 casos confirmados LC de acuerdo a los años de estudio, el número de casos fue bajo en 2005 (n = 1; 2%) y 2006 (n = 2; 4%), no hubo ingresos en este hospital en el período de 2007 a 2009, sin embargo los números de casos mostró una tendencia ascendente después de 2010 [4 (7%) de los casos en 2010; 3 (5%) en 2011; 4 (7%) en 2012], alcanzando el número inusual en 2013 (n = 42; 75%). Al evaluar los casos de LC de acuerdo a sus ubicaciones, 51 eran del centro y ciudades / pueblos de Diyarbakir, y cinco de los países vecinos.

- **Sandanayaka R y colaboradores. Título"La aparición de la leishmaniasis cutánea en Polonnaruwa, Sri Lanka 2008-2011."**[15]

  En Asia se realizó un estudio con el objetivo de informar de la leishmaniasis cutánea (LC) en Polonnaruwa, Sri Lanka. La población de estudio incluyó a todos los pacientes con LC informó desde el distrito de Polonnaruwa a partir de enero de 2008 hasta abril de 2012. Los datos fueron recolectados en la unidad de dermatología del Hospital General de Polonnaruwa y la unidad de epidemiología regional de Polonnaruwa. Se detectaron cuatrocientos cuarenta y seis pacientes con leishmaniasis; detalles clínicos estaban disponibles para 362. Incidencia anual media de la leishmaniasis entre 2008 y 2012 en el distrito de Polonnaruwa fue 26,2 por 100.000.

  La incidencia de casos aumentó de forma constante durante el período de estudio. Caso distribución por mes alcanzó su punto máximo entre agosto y noviembre. Los casos se agrupan geográficamente en tres divisiones administrativas con una incidencia media anual que oscila desde 94,7 hasta 54,1 por cada 100.000 habitantes. Significativamente más (n = 294, 65,9%) hombres que mujeres se vieron afectados (para la bondad de ajuste = 48.4, P <0,001). El tipo más común de lesión fue de nódulos (n = 157, 43,4%), seguido por la corteza (n = 116, 32,0%). La mayoría de los pacientes tenían lesiones en las extremidades superiores (n = 144, 39,8%) o la cara (n = 117, 32,3%).Se concluyó que la leishmaniasis cutánea es cada vez mayor en Polonnaruwa, con clara agrupación espacial y temporal.

- **Karami M y colaboradores. Título"Assessing epidemiology of cutaneous leishmaniasis in Isfahan, Irán. 2013"** [16]

  En Irán se realizó un estudio con el fin de revisar la epidemiología de la Leishmaniasis cutánea (LC) en Isfahan. Se evaluaron factores como la incidencia, las causas de la enfermedad, las características geográficas, edad y distribución por sexo, la nacionalidad, y la ocupación de los pacientes, y el espectro clínico de la enfermedad. Durante el estudio, 1.315 pacientes con LC. La mayor prevalencia de LC se observó en el otoño (54%) y en las zonas del norte de Isfahan (60,9%). Aunque LC era frecuente en los hombres y las mujeres, tuvo mayor incidencia en los hombres

(61,8%). La mayoría de los pacientes (31,2%) de edad 21-30 años de edad. La mayoría de las lesiones fueron en forma de nódulo (36,5%) y en las extremidades superiores (48,3%) sobre todo en los hombres (32,4%). Mientras que el 81,2% de los sujetos eran de Irán, otros eran afganos o con otras nacionalidades. La mayoría de los pacientes tenían múltiples lesiones en sus cuerpos y 141 individuos (10,7%) tenían una historia previa de enfermedad.

Entre todas las ocupaciones, se detectó la mayor prevalencia de LC en los estudiantes (18,1%). La respuesta al tratamiento con los compuestos de antimoniato de meglumina (Glucantime) era mejor que otros tratamientos. Desafortunadamente, los resultados mostraron que la prevalencia de la LC ha ido aumentando anualmente en algunas provincias de Irán, especialmente en la provincia de Isfahan. Sin embargo, se necesitan más estudios para determinar los vectores, reservorios, y las especies de la enfermedad y para diseñar estrategias adecuadas para controlar la enfermedad.

- **Mahmoud N Rostami y colaboradores. Título"A newly emerged cutaneous leishmaniasis focus in central Iran.2013"** (17)

En Irán, se realizó un estudio para evaluar la situación epidemiológica de la leishmaniasis cutánea (LC) en los focos endémicos más importante de la provincia de Qom, centro de Irán. Durante 2006-2011, todos los pacientes sospechosos de LC con lesión(es) de la piel que se refiere a los centros de salud regionales de las regiones Ghomrood y Ghanavat, y todos los casos detectados de forma activa, fueron examinados clínicamente y parasitológicamente para LC. La información del paciente se registró y los pacientes fueron clasificados en función del número y tamaño de las lesiones. Se calcularon los odds ratios (OR) de los diferentes factores de riesgo. Un total de 849 (59,2% hombres, 40,8% mujeres) confirmó casos de LC; la tasa de incidencia media de la enfermedad fue de 14,9 por cada 100 000 personas.

Durante el periodo de estudio 2006-2011, la tendencia de la incidencia de LC no mostró variaciones bruscas de las áreas estudiadas, a excepción de un brote de LC en 2009.*Leishmania major* fue identificado como el agente causal basado en

espaciador transcrito interno 1 (ITS1) del ADN ribosomal análisis de PCR. Durante el período de estudio, la distribución por edad de los casos de LC se mantuvo relativamente estable, con la mayoría (50%) de los pacientes de edad 1-25 años. La mayoría de los casos (*n* = 468; 55,1%) tenían una lesión única y 82 (9,6%) pacientes tenían cuatro o más lesiones (rango 1-29).

El riesgo de desarrollar múltiples lesiones fue significativamente mayor en los pacientes con puestos de trabajo de temporada de verano (trabajadores) (*p* = 0,023; OR 1.516) y disminuyó significativamente en los pacientes que fueron afectados en invierno (*p* = 0,010; OR 0,398). El riesgo de desarrollar lesiones de gran tamaño (> 1 cm) fue significativamente mayor en los pacientes en los grupos de edad> 25 años (*p* = 0,001 a 0,015; OR 2.5-3.5) y disminuyó en los pacientes con puestos de trabajo de temporada de verano (trabajadores) (*p* = 0,005; OR 0.570).

- **Manal Z. M. Abdellatif y colaboradores. Título"An Epidemiological Study of Cutaneous Leishmaniasis in Al-Jabal Al-Gharbi, Libya.2013"** [18]

  La leishmaniasis cutánea (LC) es una infección parasitaria endémica en la región mediterránea, incluida Libia y su provincia Al-Jabal al-Garbi. Estamos encaminados a estudiar la relevancia del trabajo, así como otros aspectos epidemiológicos de CL. Se investigaron 140 casos de CL que asistieron al policlínico Gharyan ambulatoria durante un período de 6 meses en 2009. Infección CL fue diagnosticada y confirmada por la demostración de los parásitos Leishmania en frotis de lesiones clínicamente. Nuestros resultados mostraron que los hombres fueron más afectados que las mujeres (P = 0,04), y las personas mayores de 10 años fueron más afectados que los más jóvenes (p = 0,0001).

  Un porcentaje significativo de casos CL pertenecía a Al-Kawasem subprovincia (P = 0,0001). Actividades relacionadas con la agricultura eran las ocupaciones más frecuentes entre los casos CL (P = 0,04). Además de los trabajadores del campo, amas de casa y estudiantes se encuentran en los grupos de riesgo, ya que se dedican a actividades agrícolas. Por otra parte, los que tienen ocupaciones que requieren que permanezcan al aire libre por parte de la noche, por ejemplo, policías, también están en riesgo. En comparación con los niños, adultos CL pacientes tenían múltiples

lesiones (p = 0,001) que fueron más frecuentes en las extremidades superiores e inferiores que la cara (P = 0,0001).Llegamos a la conclusión de que CL es un importante problema de salud en Al-Jabal al-Garbi provincia de Libia. La presencia de roedores y moscas de arena lo convierte en un medio ambiente adecuado para Leishmania se extienda en un patrón epidemiológico endémico.

Estar involucrado en actividades agrícolas u ocupaciones al aire libre aumenta el riesgo de infección. Varios patrones clínicos de CL sugieren la presencia de más de 1 especies de Leishmania en la provincia de Al-Jabal al-Garbi. Proponemos que las 2 especies responsables de CL en esta área son L. major y L. tropica. Otras investigaciones para identificar las especies de Leishmania responsables de CL en Al-Jabal al-Garbi, junto con la adopción de programas preventivos y de control son necesarios.

- **Jorge A Oliveira y colaboradores. Título"Tegumentary leishmaniasis in the State of Amazonas: what have we learned and what do we need? 2015"** [2]

  Este estudio evaluó la incidencia de leishmaniasis tegumentaria americana (ATL) en el Estado de Amazonas, Brasil, en los últimos 30 años, con énfasis en los últimos 10 años (2001 a 2010). La enfermedad se observó principalmente en los hombres (76,2%), en el grupo de edad de 21 a 30 años de edad (26,6%) y en los trabajadores extractivas (43,7%); 3,3% de los casos fueron la forma de la mucosa. El canal endémico muestra la estacionalidad de la enfermedad, con un predominio de casos al principio y al final de cada año.

  El número de casos por municipio en el período de 2001-2010 muestra el mantenimiento de la endémica en las localidades donde el mayor número de casos siempre han sido registrados, es decir, Manaus, Rio Preto da Eva, Itacoatiara y Presidente Figueiredo. La comparación de los datos de 2001 a 2005 y desde 2006 a 2010 mostró que la aparición de esta enfermedad en los municipios que previamente habían sido afectados. En los últimos años, ha habido un aumento significativo en las actividades de control, diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis en el Estado de Amazonas. En conclusión, la serie histórica de ATL analizado en este estudio sugiere

que los focos de transmisión se mantienen e incluso se expanden, aunque sin transmisión continua en los ajustes intra o peridomicilio. Por otra parte, la enfermedad persistirá en el Amazonas, mientras que los factores asociados con la adquisición de la infección en relación con la explotación forestal siguen teniendo atractivo económico. Hay una expectativa real de amplias variaciones en la incidencia de enfermedades que se pueden influido por el clima y los aspectos económicos.

- **María E Ortega y colaboradores. Título"Comparación clínica de la Leishmaniasis Cutánea Difusa y Leishmaniasis Diseminada en Venezuela.2013"**[19]

  Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes que fueron diagnosticados clínicamente con LCD y LD en la consulta de Leishmaniasis del Servicio Autónomo Instituto de Biomedicina (SAIB) durante el período 1998-2012.Nuestro estudio incluyó 40 casos de LCD y 7 casos de LD provenientes de diferentes zonas del país que fueron diagnosticados durante este período por confirmación clínica, parasitológica e inmunológica. A cada paciente se le realizó una historia clínica detallada con antecedentes epidemiológicos, examen físico de piel, evaluación por otorrinolaringología y aplicación de una prueba inmunológica de hipersensibilidad retardada (prueba de Montenegro o Leishmanina: LEM-279; 6,25x106 parásitos/ml; Instituto de Biomedicina).

  A través del instrumento (historia clínica) se pudieron recolectar las variables: edad, sexo, procedencia, tiempo de evolución, tipo de lesión, confirmación parasitológica (frotis y/o histopatología), reacción a la prueba de hipersensibilidad, co-infección con VIH, tipo de tratamiento y respuesta al mismo. El diagnóstico para LCD se realizó siguiendo criterios clínicos, epidemiológicos, inmunológicos y parasitológicos establecidos por Convit comprendidos por las características morfológicas de las lesiones típicas para LCD caracterizadas por presencia de pápulas o nódulos diseminados por la superficie corporal, Leishmanina persistentemente negativa en el transcurso de la enfermedad, identificación de abundantes parásitos en las muestras de lesiones teñidas con Giemsa y en biopsias observadas bajo microscopio óptico (Zeiss) o presencia de un granuloma macrofágico con abundantes parásitos. Para los

pacientes con LD de igual forma se realizó el diagnóstico por sintomatología clásica, caracterizada por la presencia de más de 10 lesiones tipo úlceras típicas de LC o lesiones acneiformes, evaluación con un médico especialista en otorrinolaringología para establecer el estado de afección de la mucosa nasal, identificación de parásitos en muestras de tejido (frotis) y en biopsias observadas bajo microscopio óptico.

Resultados: Para el período 1998-2012 se reportaron un total de 35.653 casos de LC en el país, 1.508 (4,23 %) de los casos de LC fueron diagnosticados en el Servicio Central de Dermatología Sanitaria correspondiente al SAIB, en el Distrito Capital, de los cuales 40 (2,7 %) casos correspondieron a pacientes de LCD y 7 (0,5 %) casos de LD. De los pacientes con ambas formas clínicas la mayoría eran hombres, 75 % para casos con LCD y 71 % para casos con LD. En cuanto a edad, el comportamiento fue similar en los individuos comprometidos con ambas formas de la enfermedad, siendo 43 años la edad más frecuente para los casos de LCD y 35 a 40 años para los casos con LD. El 58 % de los pacientes con LCD iniciaron la enfermedad en la infancia con lesiones localizadas en un área de la superficie corporal que luego se generalizaron, mientras que en los casos de LD sólo el 14 % iniciaron la enfermedad en edad escolar.

El tiempo promedio de evolución para los sujetos con LCD es mayor (19 ± 12 años) con respecto a los casos de LD, cuyo tiempo de evolución es en meses (0,23 ± 0,17 años), la prueba inmunológica de hipersensibilidad retardada fue negativa para los casos de LCD y positiva (> 5 mm) para LD. En uno de los pacientes con LD se observó co-infección *Leishmania*/VIH. Los casos de LCD presentaron múltiples lesiones indoloras nodulares no ulceradas, placas generalizadas, con frecuente afectación de la cara, la superficie de extensión de las extremidades, pabellones auriculares, llegando a cubrir todo el cuerpo. En cambio, la LD se caracterizó por la aparición de múltiples lesiones polimorfas que incluyen nódulos, placas y/o úlceras típicas de LCL, presentes en al menos dos partes de la superficie corporal.

- **Informe epidemiológico de las Américas de 2015.** [4]

En el Informe epidemiológico de las Américas de Julio del 2015 informa sobre las leishmaniasis cutánea y mucosa, son endémicas en 18 países estando los casos distribuidos desde México hasta Argentina. En el período del 2001 al 2013 fueron registrados 743.970 casos con un promedio anual de 57.228 casos. En 2013, 16 países de la región registraron en el Sistema Regional de Informaciones de Leishmaniasis de la OPS/OMS, 47.492 casos de leishmaniasis cutánea y mucosa, no estando reportados los datos de Venezuela y Guayana Francesa. Los casos ocurrieron en 149 unidades del primer nivel político administrativo (departamentos, estados o provincias, de acuerdo con la división en cada país) y en 2701 municipios de la Región. Del total de casos, 78,8% (37.402) están concentrados en Brasil y en países de la subregión andina. En un análisis de los últimos cuatro años (2010 al 2013), se observó una reducción del número de casos registrados (19,2%) en la Región, principalmente en Brasil, Colombia, Nicaragua, Panamá, Perú, Ecuador, Paraguay y Argentina. En el caso de Bolivia, Honduras, Costa Rica, México, Guatemala y El Salvador, se observó un aumento en el número de casos reportados.

La reducción de casos observada puede ser atribuida a factores relacionados a la organización del servicio, al sistema de vigilancia, como también, aquellos decurrentes a los aspectos ambientales, biológicos, físicos, sociales, etc. En las Américas, el principal patrón de transmisión de la leishmaniasis cutánea y mucosa es el selvático, donde el ser humano entra en el hábitat natural del vector por diversas razones, entre las que se encuentran las actividades laborales, el turismo o la recreación. En algunas áreas específicas de las Américas la transmisión ocurre en el peri-domicilio y en el intradomicilio, debido a que el vector se ha adaptado a estos ambientes. La distribución de casos de leishmaniasis cutánea y mucosa en el año 2013 a primer nivel administrativo sub-nacional, con un rango de casos entre 1 y 3.058. Se observó que el mayor número de casos se reportó en áreas con vegetación del tipo tropical o sub-tropical densa, húmeda, templada y seca.

La información sobre la forma clínica de la leishmaniasis estuvo disponible para el 91,3% (43.379) del total de casos reportados en 2013; de estos, el 95,6% (41.465) fueron formas cutáneas y 4,4%(1.914) formas mucosa y mucocutánea. Paraguay y Argentina reportaron proporciones de casos de la forma mucosa superiores al promedio de la Región (37,0% y 14,4%, respectivamente). Ecuador, Costa Rica, Guyana y Suriname no tienen reporte de casos desagregados por forma clínica. La información de casos por sexo está disponible en el 75,9% de los casos (36.078), de los cuales el 73,4% (26.500) son del sexo masculino.

La información de la edad de los casos está disponible en el 79,5% (38.673) de los casos reportados; de estos casos, el 70,2% (27.160) ocurrieron en el grupo de edad de 10 a 50 años. En Panamá y El Salvador, los casos ocurrieron en su mayoría en niños menores de 10 años (50,0% y 45,2%), respectivamente. Perú, Nicaragua y Suriname no reportaron datos desagregados por sexo y edad. El 69,6% de los casos (33.196) de leishmaniasis cutánea y mucosa fueron confirmados por laboratorio. Paraguay, Argentina, El Salvador y Guyana fueron los países que reportaron mayor número.

2.1.2 Investigaciones Nacionales

- **Tejada A. y colaboradores. Título"Estudio de un brote de leishmaniasis tegumentaria en Sanchirio, San Luis de Shuaro, Chanchamayo, Junín.2002"** (20)

  En el Perú se realizó un estudio clínico-epidemiológico y entomológico en la zona, en relación a la leishmaniasis tegumentaria. A través del Puesto de Salud de Sanchirio, San Luis de Shuaro, Chanchamayo, Junín, se realizó la investigación de personas, con relación al caso índice, tomando en el campo muestras de lesiones ulcerativas para estudio parasitológico e histopatológico. La captura de Lutzomyia se realizó en ambientes intra y peridomiciliarios, utilizando trampas de luz CDC, Shannon y captura directa. Resultados: Se estudió 18 pacientes con lesiones ulcerativas, de los cuales 15 presentaron Leishmania en frotis, cultivo y biopsia. Los

pacientes tenían 7 a 45 años de edad, con lesiones ubicadas en cara, miembros superiores e inferiores. Los casos proceden de las localidades de Mariscal Castilla, Santa Rosa Palomar, Alto Sanchirio, Yapaz Alto y Yapaz Bajo, áreas cafetaleras anexas a la localidad de Sanchirio. Todos los pacientes recibieron tratamiento con Glucantime, entre 20 y 40 ampollas, hasta la cicatrización completa de las lesiones. Se identificó Psychodopygus hirsutus hirsutus y Lutzomyia nevesi en ambientes intra y peridomiciliarios de áreas cafetaleras de la zona.

- **Miranda Cueto y colaboradores. Título"Leishmaniosis: formas clínicas y variedades de la forma cutánea en áreas andinas de la región La Libertad-Perú.2006".** [21]

  En el Perú se realizó un estudio observacional descriptivo para determinar las formas clínicas y variedades cutáneas de la leishmaniosis en áreas endémicas de la región La Libertad. Se evaluaron pacientes procedentes de áreas endémicas de leishmaniosis de la región La Libertad. El diagnóstico se hizo en base a los caracteres clínicos y por el hallazgo de formas amastigota de la Leishmania al examen directo. Tuvo como resultado que la forma clínica cutánea fue la predominante, menos frecuentes fueron las formas cutáneo mucosa (andina) y difusa. Se encontraron once variedades de leishmaniosis cutánea, siendo las más frecuentes la ulcerosa y ulcero-costrosa (96.9 %). Seis variedades son por primera vez reportadas. El compromiso linfonodular en la variedad ulcerosa, sobre todo en brazos y en piernas, fue muy frecuente y adoptó dos modalidades: visible y palpable no visible. Conclusiones: La forma cutánea de la leishmaniasis fue la más frecuente, y presentó once variedades clínicas, seis de ellas descritas por primera vez. Las variedades clínicas de la forma cutánea más frecuentes fueron la ulcerosa y ulcero-costrosa.

- **En la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Título "LEISHMANIASIS CUTÁNEA Y MUCOCUTÁNEA EN EL PERÚ".2002**[22]

  La Leishmaniasis tegumentaria humana, enfermedad parasitaria regional, se presenta en el Perú bajo su forma cutánea y cutánea mucosa desde épocas precolombinas, en la vertiente occidental de los Andes y valles interandinos, en focos endémicos, entre niveles altitudinales que van desde los 1 200 a los 3 000 msnm, y en la vertiente oriental andina, desde los 900 msnm, a través de todo el llano amazónico selvático. Su distribución geográfica está determinada por factores ecológicos reguladores de la presencia de los insectos vectores pertenecientes a diferentes especies de *Lutzomias (Phlebotomos).* Cocnocidos como "titiras" y la existencia de los todavía no bien conocidos reservorios naturales.

  Las características clínicas de la Leishmaniasis tegumentaria en el Perú (no existe Leishmaniasis visceral *kala-azar*) presentan diferencias de acuerdo con la región geográfica donde se presentan; siendo predominantemente cutánea pura en las regiones andinas (forma benigna llamada "UTA", con fuerte tendencia a curación espontánea en el curso de un año, dejando cicatrices características) y cutáneo - mucosa metastásica en la selva (forma maligna, llamada "ESPUNDIA", de evolución crónica de difícil control terapéutico), aunque también en ambas regiones pueden presentarse las dos formas clínicas.

2.1.3 Investigaciones Locales

- En la búsqueda de investigaciones locales en Ucayali no se encontró estudios sobre las características epidemiológicas y clínicas de Leishmaniasis ni ningún otro estudio parecido sobre la enfermedad en la Región.

2.2 BASES TEORICAS

En el Perú, la enfermedad se presenta desde épocas precolombinas, en focos endémicos. Las formas clínicas predominantes, de acuerdo con las características clínicas y geográficas, son la Leishmaniasis cutáneo andina , forma benigna llamada "uta", la cual deja cicatrices características, que está presente en la vertiente occidental de los andes y valles interandinos entre niveles altitudinales que van desde los 1200 a los 3000 m de altitud, y la Leishmaniasis cutáneo-mucosa selvática, que es metastásica, cuya forma maligna es conocida como "espundia", de evolución crónica y de difícil control terapéutico, distribuida en la vertiente oriental andina, desde los 900 m de altitud, a través de todo el llano amazónico selvático, aunque en algunas regiones podrían confluir ambas formas clínicas. [12]

A.- Epidemiología [23]

La leishmaniasis es una enfermedad causada por protozoos parásitos del género *Leishmania* y se caracteriza por presentar una variedad clínica y epidemiológica en relación con las especies involucradas en la infección, los vectores transmisores, así como factores ligados al hospedero.

Alrededor de 20 especies son patógenas para el hombre, las cuales se distribuyen en distintas regiones del Viejo y el Nuevo Mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad es endémica en 88 países de 4 continentes y se notifican alrededor de 2 millones de casos nuevos cada año. Algunos autores indican que el número global de casos se incrementó, particularmente en Brasil, Bolivia, Perú, Colombia, y Afganistán.

De los casos de infección cutánea 90 % ocurre en Afganistán, Pakistán, Argelia, Irán, Brasil y Perú, mientras que 90% de la enfermedad visceral ocurre en la India, Bangladesh, Nepal, Sudán y Brasil, lo cual confirma que esta enfermedad tiene fuertes vínculos con la pobreza y dificulta aún más su control.

En América del Sur. *Leishmania braziliensis* es responsable de casi el 90% de todos los casos de CL. Especies pertenecientes al subgénero *Viannia* (L. *braziliensis*, *L. panamensis*, *L. peruviana* y *L. guyanensis*) son capaces de causar la leishmaniasis mucocutánea. El tratamiento incompleto de CL se asocia con el desarrollo posterior de la leishmaniasis mucocutánea.

Se estima que hay *c.* 4.000 nuevos casos de leishmaniasis mucocutánea se producen cada año. El subgénero *Leishmania* grupos comprenden dos especies principales, *L. mexicana* , causando una forma de CL que cura espontáneamente, pero a veces puede causar necrosis del oído externo (la úlcera 'chiclero'), y *L. amazonensis* , que puede en algunos casos se manifiestan como difundir CL en pacientes con sistemas inmunológicos débiles . [24]

Las principales especies causales de L. cutánea localizada son miembros de los complejos L. mexicana, L. braziliensis, L. guyanensis, L. tropica, L. aethiopica y L. major. En la Leishmania Cutánea difusa es causada más frecuentemente por especies del complejo de la L. mexicana y por L. aethiopica. [25]

Leishmaniasis mucosa (ML) en las Américas se asocia principalmente con *L. (V.) braziliensis*, las especies reconocidas como el agente etiológico más importante de la enfermedad. Marzochi y Marzochi, basado en la distribución epidemiológica y geográfica de esa misma especie en diferentes ecosistemas, sugirieron que la enfermedad humana surgió en la Amazonía occidental, en particular, al sur del río Amazonas, donde *L. (V.) brazilienses* la forma predominante. Aquí la mayoría de los pacientes con ML funciona normalmente en áreas de bosque primario, que participan en actividades relacionadas con la extracción de productos forestales; en estos casos, la enfermedad de las mucosas es el resultado de los pacientes con un historial de lesiones en la piel que no se trata adecuadamente. [26]

Debido a esto, ML es un importante problema de salud pública y las enfermedades olvidadas en la Amazonia brasileña. *L. (V.) panamensis*, *L. (V.) guyanensis* y *L. (L.)*

amazonensis también se han asociado con ML, pero muy pocos casos de ML se han asociado con *L. (V.) guyanensis.* [26]

La distribución geográfica: Viejo Mundo (Europa, Asia y África) y Nuevo Mundo (Centroamérica y Suramérica). Las especies principales en el Viejo Mundo son *L. major* y *L. tropica*. En el Nuevo Mundo se distinguen dos subgéneros: *L. leishmania* (incluye, entre otras, *L. mexicana, L. amazonensis* y *L. chagasi*) y *L. viannia* (incluye *L. panamensis, L. braziliensis* y *L. guyanensis*). [27]

Las especies de Leishmania del Viejo Mundo suelen producir lesiones cutáneas benignas y autolimitadas, mientras que las del Nuevo Mundo pueden causar lesiones graves, incluyendo la afectación mucosa. Las especies del subgénero *L. viannia* se asocian a cuadros más graves y prolongados y presentan el riesgo de desarrollar en el futuro leishmaniasis mucosa, por lo que siempre deben recibir tratamiento sistémico. [27]

1.-Mecanismo de Transmisión de Leishmaniasis [23]

La forma infectiva del parásito es el promastigote metacíclico, que se inocula en el mamífero mediante la picadura del insecto, y cuya transmisión constituye un ejemplo típico de antropozoonosis. Por otra parte, aspectos relacionados con la conducta humana, como la urbanización y destrucción de los bosques, la ocurrencia de conflictos armados, y el incremento del turismo, provocan la migración de población susceptible hacia áreas endémicas y favorecen la dispersión de *Leishmania*.

Es muy probable que como consecuencia del calentamiento global la leishmaniasis se disperse hacia zonas actualmente templadas, donde los incrementos de la temperatura pudieran favorecer la extensión de las estaciones en las cuales se alimentan los vectores que transmiten el parásito, o que la baja temperatura provoque una extensión de su período larval.

También eventos naturales que en los últimos años se han hecho cada vez más frecuentes, como los terremotos, han provocado nuevos focos de la enfermedad en áreas que, con anterioridad, permanecían libres de esta infección.

Además de la transmisión natural, es importante conocer que existe transmisión del parásito a partir de personas infectadas con *Leishmania* que utilizan drogas endovenosas, cuando existe uso de jeringuillas compartidas, lo que ha conllevado a la coinfección *Leishmania*-HIV.

De forma general, se acepta que la incidencia global reportada para esta coinfección está subestimada, debido en parte a que la forma visceral de la enfermedad ocurre en "poblaciones olvidadas" y también al hecho de que al no estar la leishmaniasis dentro de la lista de enfermedades oportunistas, esta coinfección se notifica raramente.

2.-Vectores de Leishmaniasis [28]

La leishmaniasis constituye un ejemplo típico de antropozoonosis, y se conocen varios ciclos epidemiológicos: ciclo selvático primitivo, donde la infección humana es accidental y ocurre la transmisión en focos salvajes (Ej. *L. braziliensis*); ciclo peridoméstico, donde el reservorio es un animal peridoméstico o doméstico y el parásito se transmite al hombre por vectores antropofílicos (Ej. *L. Infantum*); y ciclo estrictamente antroponótico, en el que desaparece el reservorio (o no se ha identificado) y los vectores son exclusivamente antropofílicos (Ej. *L. donovani*).

El vector responsable de la transmisión natural de *Leishmania* es la hembra hematófaga de insectos dípteros de los géneros *Phlebotomus* en el Viejo Mundo (Europa, norte de África, Medio Este y Asia), y *Lutzomyia* en el Nuevo Mundo (sur de Estados Unidos hasta el norte de Argentina), que popularmente tiene otras denominaciones en los distintos países.

Se ha demostrado que existe una especificidad significativa en la interacción entre el parásito y el insecto vector. Así, ciertas especies de *Leishmania* solamente pueden ser transmitidas por determinadas especies de *Phlebotomus o Lutzomyia.* Aproximadamente, 30 especies o subespecies de estos vectores transmiten el parásito y se especula que alrededor de 40 especies adicionales están probablemente implicadas en la transmisión.

Los vectores de todas las especies de *Leishmania* descritas son hembras hematófagas de la familia Psychodidae, subfamilia Phlebotominae y de las 500 especies conocidas, solo 31 se identifican como vectores de especies patógenas y 43 como vectores probables, pertenecientes a los géneros *Phlebotomus* en el Viejo Mundo y *Lutzomyia* en el Nuevo Mundo. [23]

La preferencia ecológica de estas moscas es diferente: la lluvia, humedad, temperatura, tipo de suelo y contenido de humedad, y el tipo de cobertura del suelo se asocian significativamente con el patrón de distribución de estos mosquitos, aunque ningún patrón universal se ha establecido hasta la fecha. Los cambios en la temperatura, las precipitaciones y la humedad pueden tener efectos fuertes sobre los vectores y reservorios, modificando su distribución e influir en sus tamaños de supervivencia y de población. [29]

3.-Ciclo de vida en el vector [29]

El ciclo de vida del parásito Leishmania se completa en dos ejércitos, un huésped vertebrado y un hospedador invertebrado (flebótomo). Existen los parásitos en dos principales formas morfológicas: los amastigotes en huéspedes vertebrados y promastigotes en hospedadores invertebrados. El ciclo de vida comienza cuando el mosquito inyecta la etapa infecciosa (es decir, los promastigotes) de su probóscide.

Los promastigotes son fagocitados por los macrófagos después de la acogida y de otros tipos de células fagocíticas mononucleares. Promastigotes transforman en estas células en amastigotes. Las células mononucleares fagocíticas lisan y luego los amastigotes infectan otras células fagocíticas.

El flebótomo hembra adulta es un "chupasangre", y cuando la mosca pica a un huésped infectado con *Leishmania*, los amastigotes se ingieren. En la mosca de arena, amastigotes se transforman en promastigotes en el intestino, y luego migran a la probóscide y el ciclo continúa cuando el mosquito inyecta los promastigotes en la piel del huésped .

4.- Ciclo de vida en el humano [1]

La picadura del vector es muy dolorosa, después de un periodo de incubación entre dos semanas y dos meses o más aparece la lesión inicial que puede ser única o conformar una placa. Su localización más frecuente es en las extremidades y la cara. La lesión inicial consiste en una mácula eritematosa que luego evoluciona a pápula o pústula, cuya base es firme, indurada e hiperémica, algunas veces es pruriginosa y crece lentamente.

Posteriormente, al desarrollarse la inmunidad específica, se produce necrosis de la dermis y ulceración. Las células histiocitarias invadidas pueden contener varios amastigotes; éstos rompen las células y quedan extracelulares antes de invadir nuevos histiocitos. Estos parásitos se diferencian de otros microorganismos intracelulares por el núcleo y cinetoplasto.

La úlcera generalmente es redondeada, indolora, con borde bien definido, hiperémico, levantado e indurado y se recubre de un líquido amarillento y adherente que posteriormente da lugar a la costra. Cuando se desprende la costra se observa un fondo granuloso, limpio, que exuda líquido no purulento.

El infiltrado existente está compuesto por plasmocitos, linfocitos y células gigantes. En las lesiones antiguas, ciertos pacientes forman un granuloma con infiltrado tuberculoide: hay fibrosis y existen pocos parásitos o no se encuentran, por lo que sólo se informa como granuloma inespecífico. La mayor parte de las lesiones se encuentran en la piel y ocupan el corion, incluidas las papilas. Existe atrofia cutánea y desaparición de la epidermis. También se observa acantosis y algunas veces aparecen vegetaciones.

Algunas úlceras curan espontáneamente en varios meses dejando cicatrices visibles, pero la mayoría evoluciona a un curso crónico de meses o años. Estas lesiones pueden infectarse con bacterias, lo que hace la lesión purulenta y algunas veces dolorosa.

Se han descrito lesiones vegetantes o verrugosas, especialmente en individuos de raza negra. En formas crónicas de varios años de evolución existe una reacción fibrosa y algunas veces ocurren deformaciones y mutilaciones. Tal es el caso de la "úlcera del chiclero", que afecta el pabellón auricular. Los parásitos invaden fácilmente los conductos linfáticos donde producen linfangitis y linfadenitis, que se palpan como un rosario o cadenas de ganglios.

En la invasión mucocutánea, además de las lesiones ulcerativas, surgen cordones epiteliales que entran profundamente en la dermis. La mucosa muestra reacción infiltrativa y ulcerativa similar a la descrita. En las formas anérgicas o difusas no hay necrosis ni granulomas y los parásitos se multiplican en gran cantidad dentro de los histiocitos o macrófagos.

Como resultado de esta interacción entre las distintas especies del parásito, el vector, y los mecanismos de la respuesta inmune del huésped vertebrado, un espectro de manifestaciones clínicas, histopatológicas e inmunopatológicas se observa en los seres humanos. La leishmaniasis cutánea puede convertirse en la curación espontánea o progresar a la formación de pápulas, nódulos, placas, y en especial las úlceras. También pueden producirse invasión de los ganglios linfáticos periféricos y la progresión a lesiones de las mucosas. [30]

Los tipos de respuesta inmune montada por el individuo, que es crucial para la eliminación de los parásitos. Esta respuesta, sin embargo, depende de factores genéticos de acogida y las especies de *Leishmania* responsables de la infección. Factores asociados con la respuesta inmune incluyen el factor de necrosis tumoral (TNF); una respuesta eficaz de los asesinos naturales (NK) las células contra la interleucina-12 (IL-12); y una producción adecuada de interferón gamma (INF- γ) entre otras citoquinas que pueden ser regulados por la *Leishmania* responsable de la infección.[30]

B.-FISIOPATOLOGIA [31]

Desde un punto de vista esquemático, consideraremos tres fases en los mecanismos fisiopatológicos que configuran el desarrollo de la enfermedad: los eventos iniciales desde la picadura hasta que se produce la respuesta inmune, la respuesta inmune innata y adaptativa y la diseminación de la enfermedad.

b.1 La picadura y el inicio de la infección

Una vez en la dermis, una parte de los promastigotes son eliminados en el espacio extracelular y otros son fagocitados por los macrófagos dentro de los cuales se multiplicarán. La *Leishmania* tiene que haber desarrollado mecanismos capaces no sólo de neutralizar la formación de factores microbicidas, sino de progresar en medios tan extremos.

La fagocitosis de los promastigotes está mediada por los receptores de superficie de los macrófagos y, de todos ellos, la fracción 3 del complemento parece jugar un papel predominante. Los ligandos de *Leishmania* para esta unión, han sido adscritos a los glucoconjugados de su superficie como la glicoproteína (gp63) y los lipofosfoglucanos. Así mismo, se piensa que estos y otros ectoenzimas y moléculas de superficie juegan algún papel en la supervivencia de las leishmanias dentro de los lisosomas y su replicación.

La producción de óxido nítrico es un potente y fundamental factor de defensa del macrófago activado y su inhibición por parte de las leishmanias es totalmente determinante de la supervivencia de éstas.

En resumen, en el inicio de la infección se imbrican una serie de factores dependientes del vector (picaduras múltiples, sustancias de la saliva facilitadoras de la infección) y del parásito (mecanismos activos de invasión y mecanismos de elusión o neutralización de la primera línea de defensas del huésped), que van a concluir en el éxito inicial de la infección.

No por ello va a progresar necesariamente la enfermedad, sino que la infección puede permanecer latente y asintomática, o involucionar posteriormente y concluir con la cicatrización de las lesiones.
Para que la enfermedad se desarrolle es necesaria una respuesta inmune inadecuada a una serie de determinantes patógenos del parásito.

b.2 La progresión de la infección y la respuesta inmune

La inmunidad celular es fundamental en la defensa contra las leishmanias y está específicamente ligada a la función de los linfocitos T CD4 +, colaboradores, mientras que la inmunidad humoral tiene un papel escaso.
La activación de los linfocitos T precisa de la función de las células presentadoras de antígeno (fundamentalmente las células de Langerhans) y de la interacción de los ligandos del linfocito con otros receptores de dichas células merced a moléculas coestimuladoras (citoquinas y moléculas de adhesión) que actúan sinérgicamente. En este punto tienen un papel fundamental los componentes de la respuesta inmune innata (complemento, céls.NK y macrófagos entre otros).

La identificación de las subpoblaciones está basada en el diferente perfil de producción de citoquinas que se desencadena ante la estimulación antigénica.
Los Th1 segregan interferón gamma (IFNγ), interleuquina 2 (IL-2) y factor de necrosis tumoral beta (TNF-β), y están asociados a funciones de la inmunidad celular, como la activación de macrófagos (IFNγ) y la hipersensibilidad retardada. Los Th2 producen IL-4, IL-5, IL-9, IL-10 e IL-13 y se relacionan con la inmunidad humoral, en especial las respuestas mediadas por inmunoglobulina E (IgE).

Para la activación de los Th1, es necesaria la presencia de IL-12, mientras que los Th-2 necesitan IL-4 para su desarrollo. La IL-13, por otra parte, tiene un papel preponderante en la respuesta Th 2, al bloquear la respuesta a la IL-12 de las células T específicas, inhibiendo la expresión de la segunda cadena (β-2) del receptor de IL-12.

La interacción entre citoquinas, en suma, es uno de los aspectos determinantes de la respuesta inmunitaria y del progreso o no de la infección.
A parte de las subpoblaciones Th1 y Th2, existen datos sugerentes de la existencia de otras subpoblaciones CD4+ que intervendrían en la respuesta inmune cuya identificación funcional aportará nuevos datos al conocimiento de la compleja función de los linfocitos T y posiblemente puedan ser de utilidad para el desarrollo de nuevas vacunas.

Otros tipos de linfocito T que intervienen en la reacción murina frente a *Leishmania* son los T supresores, CD8+, capaces de estimular la producción de IFNγ, "in vitro" y la subsecuente activación del macrófago con producción de NO y lisis de los amastigotes.

b.3 Diseminación de la enfermedad

El primer paso de diseminación se lleva a cabo por las células de Langerhans de la epidermis y otras subpoblaciones de leucocitos dendríticos cutáneos, que emigran a dermis, entre las 24-96 horas de la inoculación en los modelos experimentales, donde fagocitan a los promastigotes y posteriormente se dirigen, por los vasos linfáticos aferentes, hacia los ganglios linfáticos. Además de su función fagocítica y al igual que otros macrófagos, los leucocitos dendríticos tienen una función fundamental de presentadoras de antígeno y consecuente activación linfocitaria. En la infección tardía los macrófagos localizados en ganglios también expresan antígenos y contienen amastigotes. La diseminación hematógena, más asociada con la leishmaniasis visceral, ha sido también demostrada en leishmaniasis cutánea y es vehiculada por los macrófagos y monocitos sanguíneos. La existencia de lesiones metastáticas localizadas fuera de la ruta de drenaje linfático apoyan la diseminación por vía hemática. Los traumatismos preceden ocasionalmente la aparición de lesiones específicas de leishmaniasis. Ello sugiere el desencadenamiento de la patogénesis de la enfermedad por un mecanismo inflamatorio inespecífico, con el desarrollo de lesiones secundarias en el lugar de la agresión. Se ha visto que los estímulos negativos desencadenarían la producción por los queratinocitos de IL-1 y TNFα los cuales inducirían la expresión de moléculas de adhesión intercelulares, extravasación de leucocitos y su acúmulo en el lugar de la inflamación.

Probablemente, en la infección humana ocurra algo parecido y el traumatismo propicie el influjo de los monocitos infectados y macrófagos mononucleares, reactivándose la infección. Alternativamente, los parásitos quiescentes, presentes en la piel normal de los sujetos infectados, serían captados por los macrófagos, en respuesta a los mediadores de la inflamación, y transportados a los ganglios linfáticos, donde se desencadenaría la respuesta inmune y, finalmente, la patogénesis.

C.-CLASIFICACION:

La leishmaniasis puede clasificarse según: Las manifestaciones clínicas que produce: lesiones ulcerativas en el lugar de la picadura (leishmaniasis cutánea localizada), múltiples nódulos no ulcerativos (leishmaniasis cutánea difusa), destrucción de las mucosas (leishmaniasis mucosa) e infección visceral diseminada (leishmaniasis visceral). [27]

Por lo tanto, la leishmaniasis se puede categorizar a grandes rasgos en tres tipos: (i) la leishmaniasis cutánea, en la que los parásitos permanecen en el sitio de la infección y causar ulceración localizada a largo plazo, (ii) la leishmaniasis mucocutánea, una destrucción crónica del tejido mucoso que se desarrolla a partir de la enfermedad cutánea en menos de 5% de los individuos afectados; y (iii) la leishmaniasis visceral, la forma más grave, en el que los parásitos abandonan el sitio de inoculación y proliferan en el hígado, el bazo y la médula ósea, dando como resultado la inmunosupresión de acogida y finalmente la muerte en ausencia de tratamiento. [32]

1.- Leishmaniasis cutánea localizada (botón de Oriente)

La lesión comienza como una pequeña zona de eritema en el lugar de la picadura que evoluciona a pápula y aumenta de tamaño. Posteriormente, puede ulcerarse en el centro y presentar un borde sobreelevado, bien definido e hiperpigmentado. Las úlceras pueden ser secas o exudativas. En otras ocasiones la lesión no se ulcera, pero puede desarrollar hiperqueratosis o evolucionar a una forma nodular. Son frecuentes las lesiones satélites.[27]

La mayoría de las veces se ven afectadas las zonas expuestas, no hay clínica sistémica ni dolor local. Pueden aparecer adenopatías regionales. Las lesiones del Viejo Mundo suelen curar espontáneamente en 6-12 meses y dejan cicatriz. La complicación más frecuente es la sobreinfección bacteriana. (27)

Las manifestaciones clínicas de ACL(Leishmaniasis cutánea americana) varían ampliamente, desde infecciones asintomáticas a pequeñas lesiones limitadas o contenidos dentro de un área pequeña de la piel, a las úlceras diseminadas y las formas mucocutáneas mutilantes. La patogénesis de la ACL está fuertemente influenciada por factores inherentes al hospedero (como respuesta genética e inmune), el parásito (tales como la virulencia de *Leishmania* que infectan especies), y vector (como su capacidad vectorial). (30)

La enfermedad comienza casi siempre por una mácula en el sitio de la picadura que dura 1 a 2 días, la mácula evoluciona a pápula, que dura unos 4 días como promedio. La lesión continúa creciendo y se desarrolla un nódulo, el cual consiste en una masa dérmica que contiene macrófagos vacuolados con abundantes parásitos de Leishmania y un infiltrado linfocitario. (33)

Este persiste una o dos semanas, crecen de tamaño y ocurre necrosis en el centro de la reacción granulomatosa la cual es inducida por la respuesta inmune, dando como resultado una úlcera. La ulceración es indolora, redondeada, de fondo limpio, color rosado, tejido granuloso y bordes indurados. (33)

A menudo está cubierta por una costra serohemática, que al quitarla deja salir líquido no purulento. Cuando el parásito es eliminado, por una respuesta inmune efectiva o por acción del tratamiento específico, se inicia la resolución de la lesión, dando lugar la cicatrización. (33)

La LCL se localiza predominantemente en miembros inferiores y superiores (60% de los casos); siguiendo en orden de frecuencia en los pabellones auriculares (30%), la cara y el tronco.

La lesión puede curar espontáneamente en algunos meses o años excepto en pabellones auriculares donde es crónica y progresiva, produciendo mutilaciones descritas como "úlcera de los chicleros". Las lesiones se encuentran en los sitios descubiertos, accesibles a los piquetes de los insectos transmisores y suelen ser únicas, aunque se dan casos de úlceras múltiples. (33)

Es muy sugerente de LCL la presencia de una ulceración con las características descritas, de evolución muy lenta, resistente a la terapia no específica, así como que el enfermo tenga antecedentes de haber radicado o visitado alguna zona endémica semanas o meses antes. (33)

2.- Leishmaniasis *recidivans*

La forma recidiva cutis es rara en esta área geográfica. Existen poco reportes donde se ha vinculado con parásitos que pertenecen al subgénero *L.* (*Viannia*), en Brasil y Ecuador También *Leishmania* (L) *amazonensis* se ha relacionado con esta presentación. (23)

Se trata de una infección cutánea recurrente poco habitual. Sólo se ha descrito asociada a infecciones por *L. tropica*. Se considera una reacción de hipersensibilidad crónica en la que aparecen lesiones satélites en los márgenes de lesiones primarias en resolución. Puede durar hasta 20 años. (27)

3.- Leishmaniasis cutánea difusa

Es una infección diseminada de curso recurrente o crónico, con engrosamiento cutáneo en forma de placas, pápulas y/o nódulos, principalmente en la cara y las extremidades. Las lesiones suelen ser asintomáticas y no presentan tendencia a ulcerarse. Es poco frecuente y se produce por anergia a antígenos de *Leishmania*. Se observan niveles bajos de IFN-γ y TNF-α. (27)

La leishmaniasis cutánea difusa se caracteriza por la presencia de nódulos abundantes en parásitos, que no ulceran, y se considera una forma rara de presentación. Existen reportes en Centro y Sur América y también Etiopía, donde las especies relacionadas son *L. mexicana*, *L. amazonensis* y *L. aethiopica*, respectivamente. [23]

La leishmaniasis cutánea diseminada se caracteriza por la aparición de múltiples y variadas lesiones, en lo fundamental acneiformes y papulares, en áreas no contiguas del cuerpo. En zonas del norte de Brasil, donde aumentó la frecuencia de esta presentación, *L. braziliensis* fue la única especie que se identificó. [23]

4.- Leishmaniasis mucosa o espundia [27]

Es una forma casi exclusiva de Suramérica (*L. braziliensis*) y resulta potencialmente muy grave. Las lesiones mucosas aparecen meses o años después de que las lesiones cutáneas se hayan curado por diseminación hematógena o linfática. Inicialmente se ve afectada la mucosa nasal y se producen la ulceración y la destrucción progresivas del tabique nasal, el paladar, los labios, la faringe y la laringe si no se trata. Nunca se cura espontáneamente.

5.- Leishmaniasis mucocutánea

Se caracteriza por inflamación granulomatosa de la mucosa de la nariz, cavidad oral y faringe, que lleva a destrucción del tabique nasal y del paladar. Las lesiones mucosas pueden aparecer simultáneamente con un cuadro de LC; sin embargo, lo más frecuente es que aparezcan después. Las especies más frecuentemente asociadas con la LMC son la L. braziliensis, L. panamensis, L. guyanensis, y L. amazonensis. [25]

La leishmaniasis mucocutánea la padece de 1 a 10 % de los pacientes con leishmaniasis cutáneas y la produce en lo fundamental *L. braziliensis*, pero también se ha asociado con infecciones por *L. guyanensis*, *L. panamensis* y *L. amazonensis*. Puede aparecer de manera simultánea a la enfermedad cutánea o presentarse varios años después de la cura. Ocurre por diseminación hematógena o linfática de los parásitos desde la piel hasta la mucosa oronasofaríngea y se hace evidente por los síntomas nasales crónicos, que

pueden continuar con la destrucción progresiva de la cavidad bucal y nasofaríngea, en el contexto de una respuesta inmune hiperactiva. Los reportes son escasos fuera de América Latina, y en ellos el agente etiológico típico es *L. aethiopica*. Es una enfermedad mutilante que deja secuelas físicas y psíquicas, las cuales dificultan la reinserción social de las personas que la padecen. (23)

La complicación de mayor consideración es el daño mucocutáneo, que puede quedar latente incluso 30 años antes de manifestarse clínicamente. Inicia con edema y eritema de la mucosa nasal que continúa con destrucción ulcerosa progresiva de la mucosa naso-orofaríngea. Cuando existe un daño grande en el tabique y estructuras vecinas hay deformación externa de la nariz, produciendo el aspecto descrito como "nariz de tapir". La infiltración en el velo del paladar produce surcos en forma de cruz, denominados signos de la cruz de Escomel y debe diferenciarse de la paracoccidiodomicosis. (1)

6.- Leishmaniasis visceral

Los pacientes presentan síntomas y signos de una infección sistémica persistente como fiebre, fatiga, debilidad, pérdida de apetito y de peso. La invasión de parásitos a la sangre y el sistema retículo endotelial, provoca inflamación de nódulos, bazo e hígado. La hiperpigmentación de la piel que se presenta en pacientes del subcontinente indio y antes dio nombre a la enfermedad, es un síntoma poco común, el cual se produce por una insuficiencia suprarrenal y, al parecer, guardaba relación con la duración prolongada de la enfermedad en tiempos en que el tratamiento efectivo no era posible.(23)

Como los criterios clínicos y epidemiológicos sólo nos permiten hacer un diagnóstico probable de la enfermedad, es indispensable la utilización de pruebas de laboratorio para lograr un diagnóstico definitivo. (25)

Se caracteriza al inicio por fiebre intermitente, malestar general, pérdida de peso, anorexia, molestias en el hipocondrio derecho y pancitopenia, todo lo cual se va acentuando gradualmente. Los signos clínicos habituales son: esplenomegalia indolora a

la presión, hepatomegalia moderada y linfadenopatía, palidez de las mucosas y pérdida de peso. En los casos avanzados suele haber oscurecimiento de la piel, caquexia y pelo quebradizo; la presentación de neumonía, diarrea mucosanguinolenta y tuberculosis pulmonar intercurrente, son a menudo causas directas de muerte. (33)

Basándose en los síntomas y signos clínicos, la diferenciación entre LV y otras causas de esplenomegalia acompañada de fiebre, particularmente las neoplasias mieloproliferativas, es bastante difícil y por lo tanto es necesario confirmar el diagnóstico por parasitología, serología o ambos. (33)

D.- DIAGNOSTICO DE LEISHMANIASIS (33)

Los métodos diagnósticos se clasifican en:

- Métodos directos: Impronta, frotis o extendido, cultivo, biopsia y PCR.
- Métodos indirectos: Inmunofluorescencia indirecta (IFI), Elisa, Inmunohistoquimica (IHQ) y Prueba de Montenegro (IDR).

1.-Métodos Directos

Permite la observación del parásito en la muestra obtenida del paciente. Esta puede ser la observación de amastigotes en improntas o biopsias de material obtenido de la piel o mucosas o de promastigotes en cultivo de material aspirado de lesiones. También se puede detectar material genético (ADN o ARN) del parásito por medio de técnicas como la reacción de la cadena de polimerasa (PCR).

1.1.- Estudios Parasitoscópicos

Consiste en la toma de una pequeña porción del margen activo de la lesión, previa asepsia y anestesia local con lidocaína al 2% vía subcutánea. Se recomienda que antes de su fijación con formol al 10% se hagan improntas, haciendo varias impresiones de la muestra en la laminilla.

La biopsia procesada y teñida en la forma habitual, tiene una sensibilidad hasta del 80%, mayor sensibilidad posee el aspirado de la lesión (microbiopsia) colocada y teñida con Giemsa sobre una laminilla.

En cuanto a la LCD los procedimientos anteriores brindan resultados positivos casi en el 100% de los casos. En LMC puede comprobarse la presencia de Leishmania mediante los métodos antes anotados con una sensibilidad del 50-60%. En el caso de la LV siempre se debe conducir al paciente a un nivel hospitalario donde se pueda realizar una aspiración (microbiopsia) de médula ósea o de bazo, tomando en cuenta los mejores cuidados de asepsia en la toma de la muestra y en la inoculación de los tubos. La biopsia de bazo, aunque menos recomendable por su peligrosidad, tiene una sensibilidad cercana al 100%, mientras que el de médula ósea oscila entre el 80-90%.

1.2.- Cultivo.

El cultivo del agente etiológico es determinante para el diagnóstico de la leishmaniosis ya que en ello se puede observar fase de promastigote del parásito. Es un procedimiento más costoso y requiere de tiempo para el diagnóstico (30 días o más) y tiene 70% de sensibilidad. Su mayor utilidad es para el estudio epidemiológico y conocer qué especies y subespecies de Leishmania están involucradas.

Son útiles para el diagnóstico los cultivos en el medio bifásico Novy-Nicolle-Mac Neal (NNN), el cual se inocula con las muestras obtenidas por raspado, biopsia, microbiopsia de lesiones o médula ósea y se incuba entre 24 y 26%. Estos se revisan cada semana al microscopio en busca de promastigotes.

1.3.- PCR, reacción de la cadena de polimerasa

La técnica consiste en amplificar una región específica del ADN del parásito mediante el uso de secuencias de oligonucleótidos que funcionan como indicadores para la extensión de las nuevas cadenas de ADN que se amplifican.
El material que se utiliza se puede obtener de raspado o aspirado de la lesión, biopsia o sangre total.

2-Métodos Indirectos

Se basan en la detección de anticuerpos específicos contra Leishmania. Tiene sensibilidad y especificidad variable según forma clínica. Ofrecen apoyo diagnóstico para las leishmaniasis y en caso de LV son determinantes, se recomiendan: Inmunofluorescencia indirecta (IFI), la prueba ELISA y la Intradermorreacción con Leishmanina (IDR) o Reacción de Montenegro.

2.1.- Inmunofluorescencia indirecta (IFI)

Este método detecta anticuerpos específicos contra Leishmaniasis. La toma de muestra es por medio de recolección de sangre, con posterior separación del suero. El Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE) tiene implementada la prueba de Inmunofluorescencia indirecta (IFI) que consiste en emplear como antígeno un cultivo de Leishmania mexicana y un conjugado fluoresceinado de anti-IgG humanas. Se llevan a cabo diluciones del suero del sospechoso que se ponen en contacto con el antígeno y el conjugado. Se leen con el microscopio de fluorescencia, todo suero con título 1:4 se considera positivo para LCL y LMC y 1:32 para la LV.

2.2.-ELISA

Detecta anticuerpos específicos contra Leishmania en sangre. Se realiza en laboratorio y la lectura de la prueba se hace en un espectrofotómetro. La muestra se considera positiva

cuando la densidad óptica es igual o superior a la densidad óptica media de los sueros controles negativos más dos desviaciones estándar.
Las pruebas serológicas tienen una sensibilidad del 90-100 % en LCD y LV, mientras que para LMC sólo es sensible en un 50-60 %. No se recomienda para LCL.

2.3.- Intradermorreacción con Leishmanina (IDR) o Reacción de Montenegro

Mide la respuesta de inmunidad celular retardada. Es un valioso auxiliar diagnóstico en apoyo de la clínica durante el trabajo de campo, junto con ésta, llega a tener una sensibilidad de 95% para los casos de LCL y de 80-90% para los casos de LMC. Desafortunadamente, no permite diferenciar infección pasada o presente.

Es negativa en los casos de LCD y en los casos activos de LV, volviéndose positiva en ésta última después del tratamiento. También puede ser útiles para determinar la epidemiología de la leishmaniasis en las poblaciones estudiadas. La aplicación de la IDR es similar a la prueba del PPD o reacción de Mantoux. Después de la asepsia de la piel del antebrazo, se inyecta por vía intradérmica 0.1 ml de antígeno de Montenegro o Leishmania.

Se lee a las 48-72 horas después de su aplicación, midiendo la induración producida en el sitio de la inyección por el método del bolígrafo. Una reacción positiva indica que el paciente ha tenido contacto con la leishmania; es una reacción de hipersensibilidad diferida a la leishmanina actuando como antígeno. La prueba resulta positiva con una sensibilidad del 95 % en caso de LCL y con menor sensibilidad (85-90 %) en LMC; resultando negativa en LV activa (se vuelve positiva cuando hay curación) y en LCD.

E.- TRATAMIENTO DE LEISHMANIASIS [34]

e.1.- TRATAMIENTOS LOCALES

1.-Termoterapia:

En comunidades campesinas de muchos países es frecuente la aplicación de cáusticos en las lesiones, logrando en muchos casos la curación de la enfermedad. Dichas observaciones llevaron al desarrollo de la termoterapia como opción terapéutica. En la actualidad se cuenta con un equipo (Thermomed®), que cuenta con un electrodo que al aplicarse en la piel produce ondas electromagnéticas que generan una temperatura de 50°C.

Previa anestesia local con Lidocaína los electrodos se aplican sobre la lesión, en aplicaciones sucesivas de 30 segundos cada una, hasta cubrir toda el área, incluidos los bordes activos. El procedimiento se repite cada 4 a 7 días para un total de 2 a 4 aplicaciones.

Posterior a cada sesión se debe continuar con la aplicación de un antibiótico tópico tres veces al día hasta una semana después de la última sesión y de gran importancia una adecuada asepsia de la herida y el retiro de costras.

2.-Crioterapia:

Similar a la anterior, se aplica sobre las lesiones nitrógeno líquido, 1 o 2 veces por semana durante 4 a 6 semanas. Es un procedimiento doloroso pero simple, no requiere de anestesia local y no tiene efectos sistémicos. Cada sesión consiste en la aplicación del nitrógeno líquido (-195,8°C) dos veces en la lesión por un periodo de 10 a 15 segundos, con un intervalo de 20 segundos.

Se debe tener cuidado con la piel sana perilesional y el procedimiento debe ser realizado por personal experto. Los cuidados posteriores son los mismos que los de la termoterapia.

3.-Antimoniales intralesionales:

La dosis recomendada es de 1 a 5 ml por sesión cada 3 a 7 días, para un total de 1–5 sesiones. El procedimiento a seguir consiste en realizar una buena asepsia de la lesión y posteriormente se infiltra el medicamento con una aguja de pequeño calibre de forma intradérmica y subcutánea a partir de la piel sana, hasta palidecer los bordes de la lesión cubriendo la base de la misma.

4.-Cremas leishmanicidas

Actualmente se encuentran en fase de evaluación clínica y con resultados muy promisorios, la Paromomicina, desarrollada por el instituto Walter Reed de Washington y la Anfoleish®, una preparación con Anfotericina B al 3 % desarrollada en Colombia.

e.2.-TRATAMIENTOS SISTÈMICOS

1.-Antimoniales pentavalentes (Sb5):

En el mercado se encuentra el estibogluconato de sodio (Pentostam) y el antimoniato de meglumina (Glucantime®). La vía de administración es parenteral, intramuscular (IM) o intravenosa (IV). Tiene una vida media de 8 horas en adultos y de 5 horas en niños; se elimina por excreción urinaria entre 24 y 76 horas después de la administración.

La respuesta al tratamiento varía considerablemente dependiendo de la especie y cepa del parásito, estado inmunológico del paciente y la presentación clínica de la enfermedad. Los efectos adversos más comunes y principales responsables de la interrupción del tratamiento, son los relacionados con el sistema músculo esquelético, como mialgias y artralgias, en ocasiones severas, con mayor incidencia en pacientes mayores; trastornos cardíacos y hepáticos, en ocasiones fatales, además de cefalea, anorexia, náuseas y fiebre.

El daño hepático puede llevar a aumento de la alaninoaminotransferasa (ALT), aspartato aminotransferasa (AST), fosfatasa alcalina, y lipasa sérica; frecuentemente se presenta hiperamilasemia asociada o no a pancreatitis aguda, con náuseas y dolor abdominal; ocasionalmente han sido reportados disminución de la hemoglobina, leucocitosis e incremento de las concentraciones séricas de nitrógeno ureico y de creatinina por disfunción tubular renal. En el electrocardiograma (ECG) se pueden encontrar cambios como aumento de la amplitud de la onda P, inversión de la onda T o disminución en su voltaje, elevación del segmento ST, y prolongación del intervalo QT, los cuales revierten al final del tratamiento.

Los antimoniales no deben ser administrados en embarazo ni durante la lactancia materna. La dosis recomendada para aplicación parenteral (Intramuscular o Intravenoso) es de 20 mg/kg/día (de la sal de antimonio), durante 20 días.

2.-Miltefosina

Comercialmente conocido como Impavido® es un análogo de alkilofosfocolina que fue desarrollado inicialmente como un agente para quimioterapia. Su actividad antiprotozoaria se descubrió en 1980 y en 1992 fue aprobada en India como el primer tratamiento oral disponible para la leishmaniasis visceral; también es útil en las formas cutáneas de la enfermedad.

Los efectos adversos son principalmente gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea y pérdida del apetito, lo que disminuye la adherencia al tratamiento. Es teratogénico con vida media prolongada, por lo que en mujeres en edad fértil debe garantizarse una adecuada contracepción durante el tratamiento y por 3 meses después de terminado el mismo.

La presentación es en tabletas de 50 mg, la dosis es de 1.5 – 2.5 mg por kg de peso día (25 mg/d <25 kg; 50 mg/d 25-50 kg; 100 mg/d >50-70 kg, 150 mg/d >70 kg) durante 28 días, por vía oral. A pesar que la miltefosina un medicamento indicado para la forma cutánea de la enfermedad, resultados contradictorios con respecto a la respuesta

terapéutica en relación a la especie del parásito responsable de la enfermedad, limitan su uso, principal mente en infecciones causadas por *L. braziliensis* y *L. mexicana.*

3.-Anfotericina B

Se recomienda como primera elección para el tratamiento de la LV. El mecanismo de acción contra la Leishmania es similar al de la actividad antifúngica, al actuar con los precursores de ergosterol en la membrana celular, formando poros que permiten el paso de iones al interior de las células. Una ventaja adicional es que no se ha presentado resistencia significativa durante casi 30 años de uso. Actualmente existen cuatro formulaciones diferentes siendo las dos principales:

a) Anfotericina B deoxicolato (Fungizone).

Es un medicamento altamente efectivo, con tasas de curación hasta del 98%, de uso limitado por su vía de aplicación intravenosa, velocidad de administración lenta, de uso intrahospitalario y con efectos adversos serios como nefropatías, hipocalemia refractaria, miocarditis e incluso la muerte y otros no serios como anorexia, nauseas, vómito, fiebre y tromboflebitis en el sitio de la aplicación.
Se administra por vía intravenosa, en dextrosa al 5%, en 4 horas, a una dosis de 0.75-1.0 mg/kg/día o interdiario, para un total de 15 a 20 dosis en 30 a 40 días. La dosis total es de 25 mg/kg.

b) Anfotericina B liposomal (L-AMB) (Ambisome).
Es una formulación lipídica de anfotericina B más fosfatidilcolina deshidrogenada de soya, distearoilfosfatidilglicerol y colesterol. Las pequeñas vesículas de lípidos que contienen el medicamento, son fagocitadas por los macrófagos, fusionándose a la membrana del fagosoma para liberar el medicamento directamente sobre el parásito.
Es el tratamiento de primera elección para la LV, con una eficacia superior al 98%. La dosis recomendada es de 2 a 3 mg/ kg/día hasta 20 mg/kg de dosis total.

DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

i. PROMASTIGOTE

El flagelado escenario de un tripanosoma. Se se encuentra en el insecto intermedio de acogida o en la cultura. [35]

ii. AMASTIGOTE

Forma o estadio de desarrollo de Leishmania. El amastigote es ovalado o esférico, posee membrana y un gran núcleo localizado en un extremo, aunque en ocasiones también se encuentra en la parte central. El amastigote es inmóvil, redondo y mide de 2.5 a 3.5 micras. [36]

iii. ENDÉMICO

Propio y exclusivo de determinadas localidades o regiones. [37]

iv. PROBÓSCIDE

Aparato bucal en forma de trompa o pico, dispuesto para la succión, que es propio de los insectos dípteros. [37]

v. CORION

Una de las envolturas del embrión de los reptiles, las aves y los mamíferos. [37]

vi. PÁPULA

Lesión sólida sobreelevada de menos de 0.5 cm de diámetro, que se proyecta en su mayor parte, por encima del plano de la piel circundante. [38]

vii. PLACA

Es una elevación sólida similar a una meseta que ocupa una superficie relativamente grande en comparación con su altura por encima del nivel de la piel normal y tiene un diámetro mayor de 0.5 cm. La sobreelevación no es necesariamente importante. Las placas, que pueden formarse por extensión o confluencia de pápulas que caracterizan aún más por su tamaño, forma, color y cambio en la superficie. (38)

viii. NÓDULO

Es una lesión sólida, redondeada o elíptica, palpable que mide más de 0.5 cm. Los nódulos pueden originarse en la epidermis, la dermis o el tejido celular subcutáneo. Puede estar elevada respecto a la piel normal o sólo palparse como una zona de consistencia elástica e indurada diferente de la piel circundante. (39)

ix. ÚLCERA

Lesión circunscrita, como un cráter, de la piel o de las mucosas producida por la necrosis asociada a algunos procesos inflamatorios, infecciosos o malignos. Una úlcera puede ser superficial y afectar sólo a la epidermis, como el pénfigo, o profunda, como una úlcera corrosiva. (40)

x. NECROSIS

Muerte tisular local que se produce en grupo de células como respuesta a enfermedades o lesiones. (40)

xi. METASTÁSIS

Proceso por el que las células tumorales se diseminan hacia localizaciones distantes del organismo. Dado que los tumores malignos no están encapsulados, las células pueden escapar y ser transportadas por la circulación linfática o sanguínea para implantarse en ganglios linfáticos u otros órganos alejados del tumor primario. [40]

xii. ACANTOSIS

Melanosis circunscrita que está constituida por una verrugosidad aterciopelada de color carmelitoso o papilomatosis fina que aparece en las axilas o en otros pliegues del cuerpo. Ocurre en asociación con trastornos endocrinos, enfermedades malignas, administración de ciertos medicamentos, o como trastorno hereditario. [41]

xiii. ANÉRGICA

Estado de letargo o ausencia de actividad física. [40]

xiv. GRANULOMA

Lesión inflamatoria crónica caracterizada por la acumulación de macrófagos, macrófagos epitelicidas, con o sin linfocitos, y y células gigantes en un gránulo. Los granuloma pueden resolverse espontáneamente, permanecer sin cambios, volverse gangrenoso, diseminarse o actuar como foco de infección. [40]

xv. HIPERQUERATOSIS

Sobrecrecimiento de la capa córnea de la piel. [40]

xvi. PARACOCCIDIODOMICOSIS

Infección micótica crónica, en algunas ocasiones mortal, producida por inhalación de las esporas del hongo *Paracoccidioides brasilienses*, caracterizada por úlceras en la cavidad oral, laringe y nariz. [40]

2.3 HIPOTESIS

Por ser descriptivo no amerita hipótesis.

2.4 VARIABLES DE ESTUDIO

2.4.1. Variable Independiente

Leishmaniasis

2.4.2. Variable Dependiente

Características epidemiológicas y clínicas

2.4.3 Variables Intervinientes

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Mes de notificación
- Lugar de contagio
- Clasificación clínica
- Tipo de lesión cutánea
- Signos y Síntomas
- Tiempo de la enfermedad
- Localización de la lesión
- Número de lesiones
- Tamaño de la lesión

2.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL
Características epidemiológicas	**Conjunto de cualidades y modos de conducta que influyen en la presentación, distribución y causas de las enfermedades humanas.**
Características clínica	**Conjunto de caracteres clínicos específicos de las enfermedades humanas**

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES	DIMENSIONES	INSTRUMENTOS
Características epidemiológicas	**Edad:** Etapa del ciclo de la vida en la que se encuentran las personas.	Cuantitativa	Ordinal	Porcentaje de pacientes mayores de 18 años según los intervalos.	• 18 a 24 años • 25 a 39 años • 40 a 49 años • 50 a 59 años • 60 a 64 años • 65 a 69años • > 70 años	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis
	Sexo: Características biológicas que identifican a la especie humana en hombres y mujeres.	Cualitativa	Nominal	Porcentaje de pacientes según el sexo.	• Femenino • Masculino	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES	DIMENSIONES	INSTRUMENTOS
Características epidemiológicas	**Ocupación:** Dato del tipo de actividad al que se dedican los pacientes, registrado en el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	Porcentaje de pacientes con una ocupación determinada en su labor diaria.	• Agricultor • Maderero • Erradicador de coca • Otros	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis
Características epidemiológicas	**Mes de notificación** Mes en el que se registraron los caso de Leishmaniasis.	Cualitativa	Nominal	Porcentaje de pacientes registrados en cada mes del año.	• Enero • Febrero • Marzo • Abril • Mayo • Junio • Julio • Agosto • Setiembre • Octubre • Noviembre • Diciembre	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis
Características epidemiológicas	**Lugar de contagio** Espacio geográfico en el que los pacientes adquirieron la enfermedad por Leismaniasis.	Cualitativa	Nominal	Porcentaje de pacientes distribuidos en cada Provincia de Ucayali, incluyendo a los casos importados.	• Coronel Portillo • Padre Abad • Atalaya • Purús • Importados	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES	DIMENSIONES	INSTRUMEN_ TOS
Características Clínicas	**Clasificación clínica** Categorización de la enfermedad por Leishmaniasis.	**Cualitativa**	**Nominal**	Porcentaje de pacientes registrados según la Clasificación clínica.	• Cutánea • Mucosa • Mucocutánea	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis
Características Clínicas	**Tipo de lesión Cutánea** Caracteres esenciales de un conjunto determinado de lesión cutánea.	Cualitativa	Nominal	Porcentaje de pacientes registrados según el tipo de lesión cutánea.	• Ulcerativa • Infiltrativa • Linfonodular • Verrugosa	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis
Características Clínicas	**Signos y síntomas** Caracteres subjetivos y objetivos de cada paciente.	Cualitativa	Nominal	Porcentaje de pacientes registrados según los signos y síntomas de la enfermedad.	• Signos y síntomas inespecíficos • Signos y síntomas específicos • Ambos	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis
Características Clínicas	**Tiempo de la enfermedad** Período determinado durante el que acontece la enfermedad.	Cuantitativa	Ordinal	Porcentaje de pacientes notificados según el tiempo de enfermedad.	• <4 semanas • 1 mes a <1 año • 1 año a más	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES	DIMENSIONES	INSTRUMENTOS
Características Clínicas	**Localización de las lesiones** Lugar en el se localizan las lesiones por Leishmaniasis.	**Cualitativa**	**Nominal**	Porcentaje de pacientes distribuidos según la localización de las lesiones.	• Cara • Cuello • Miembros superiores • Miembros inferiores • Tronco • Glúteos • Abdomen • Hombros • Diseminadas por toda la superficie corporal	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis
Características Clínicas	**Número de lesiones** Cantidad de lesiones registradas por la enfermedad.	**Cuantitativa**	**Ordinal**	Porcentaje de pacientes según el número de lesiones.	• Simple • Múltiple	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis
Características Clínicas	**Tamaño de la Lesión** Volumen de la lesión.	**Cuantitativa**	**Ordinal**	Porcentaje de pacientes según el tamaño de la lesión.	• <= 3 cm • > 3 cm	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 AMBITO DE ESTUDIO

Hospital Regional de Pucallpa

3.2 TIPO DE INVESTIGACION

No experimental, Transversal

3.3 NIVEL DE INVESTIGACION

Básico.

3.4 METODO DE INVESTIGACION

Descriptivo, Retrospectivo.

3.5 DISEÑO DE INVESTIGACION

No experimental

3.6 POBLACION, MUESTRA, MUESTREO

3.6.1. POBLACION

La población está compuesta por un total de 304pacientes adultos comprendidos a partir de los 18 años con diagnóstico de Leishmaniasis atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

3.6.2 MUESTRA

No probabilístico, por conveniencia. Se analizaron 87 fichas epidemiológicas de Leishmaniasis del año 2014.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios de inclusión

- Pacientes comprendidos a partir de los 18 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico de Leishmaniasis atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.
- Pacientes con datos completos recolectados en las fichas epidemiológicas de Leishmaniasis.

Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 18 años de edad.
- Pacientes sin diagnóstico de Leishmaniasis atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.
- Pacientes que tienen datos ilegibles en las fichas epidemiológicas de Leishmaniasis.
- Pacientes con datos incompletos en las fichas epidemiológicas de Leishmaniasis.

3.7 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

3.7.1 TECNICAS

Para la recolección de los datos se necesitó del apoyo del Hospital Regional de Pucallpa como institución en la cual se realizará dicha recolección.

1º. Se solicitó a la dirección del HRP el permiso correspondiente para acceder a la base de datos de las fichas epidemiológicas clínicas de Leishmaniasis del año 2014 para poder iniciar con la descripción epidemiológica y clínica de los casos de Leishmaniasis.

2º. Se continuó con la búsqueda de los datos estadísticos y epidemiológicos más relevantes en la UNIDAD DE EPIDEMIOLOGICA DEL HRP en donde se recolectó sobre la incidencia de Leishmaniasis.

3º. Se recolectó datos estadísticos de la Dirección Regional de Salud del HRP (DIRESA), para su posterior análisis.

4º. Se procedió al análisis y estudio de los datos, resultados y conclusiones.

3.7.2. INSTRUMENTOS

- Para la recopilación de datos se utilizó como instrumento las fichas epidemiológicas , porque explica los resultados obtenidos de los pacientes que fueron atendidos en el año 2014.
- Se utilizó el programa SPSS 12, como base de datos.

3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se solicitó al Señor Director del Hospital Regional de Pucallpa para que se brinde las facilidades en la Unidad de Estadística de la DIRESA para la revisión de las fichas epidemiológicas de los pacientes atendidos con el diagnóstico de Leishmaniasis en el año 2014.

Se registraron los datos de los pacientes por Leishmaniasis, usando a ficha epidemiológica, clínica, laboratorial y terapéutica de Leishmaniasis. La recolección de datos fue realizada por el investigador.

Al ser el estudio de investigación de tipo retrospectivo, se ha exceptuado el consentimiento informado correspondiente de cada paciente, tomando los datos con la mayor discreción y absoluto anonimato de los pacientes durante la recolección, llenado y publicación de los datos.

3.9 TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y RECOLECCION DE DATOS

Los resultados de las fichas epidemiológicas fueron registrados y analizados mediante el software estadístico SPSS versión 12 y para la representación gráfica de los resultados se utilizó el programa adjunto del SPSS.

Para el análisis estadístico se utilizaron los siguientes procedimientos:

- ✓Tablas de frecuencias y porcentajes.

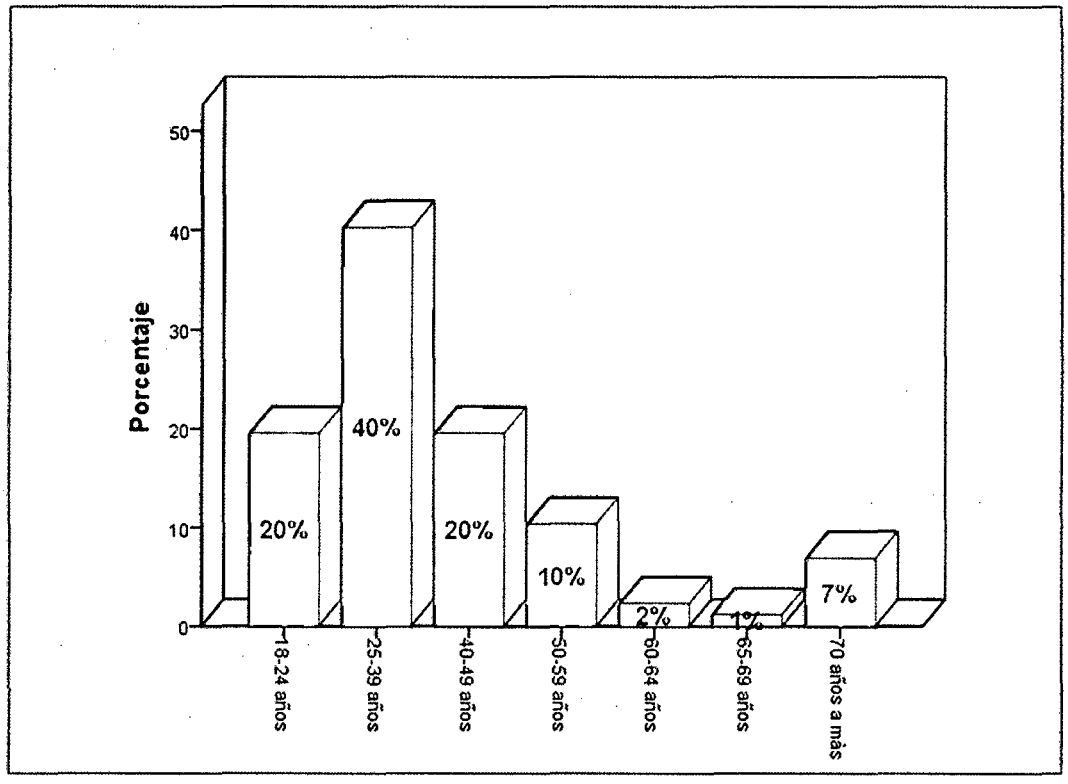
Los resultados obtenidos fueron presentados en cuadros y gráficos estadísticos para su mejor comprensión, análisis y discusión.

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS

GRAFICO Nº 01

Distribución porcentual de los pacientes adultos con Leishmaniasis según edad en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

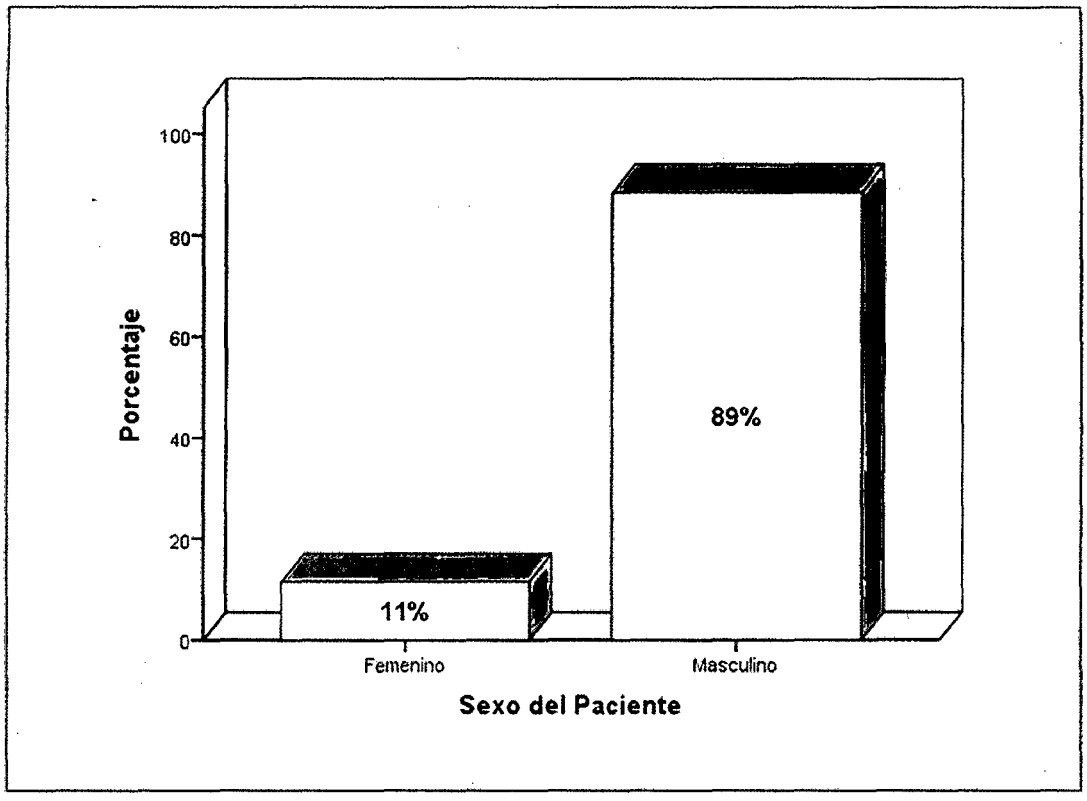


FUENTE: Ficha epidemiológica de Leishmaniasis del año 2014

En el gráfico nº 01 se observa la distribución de los pacientes según la edad: El 20% se encuentra entre 18-24 años, el 40% de casos entre 25-39 años, el 20% de casos entre 40-49 años, el 10% de casos entre 50-59 años, el 2% de pacientes tiene entre 60-64 años, el 1% entre 65-69 años y el 7% de casos se registra desde los 70 años a más. Es decir el mayor porcentaje de pacientes adultos representando el 40% pertenece al grupo etario entre los 25-39 años (Ver tabla nº01).

GRAFICO Nº 02

Distribución porcentual de los pacientes adultos con Leishmaniasis según sexo en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

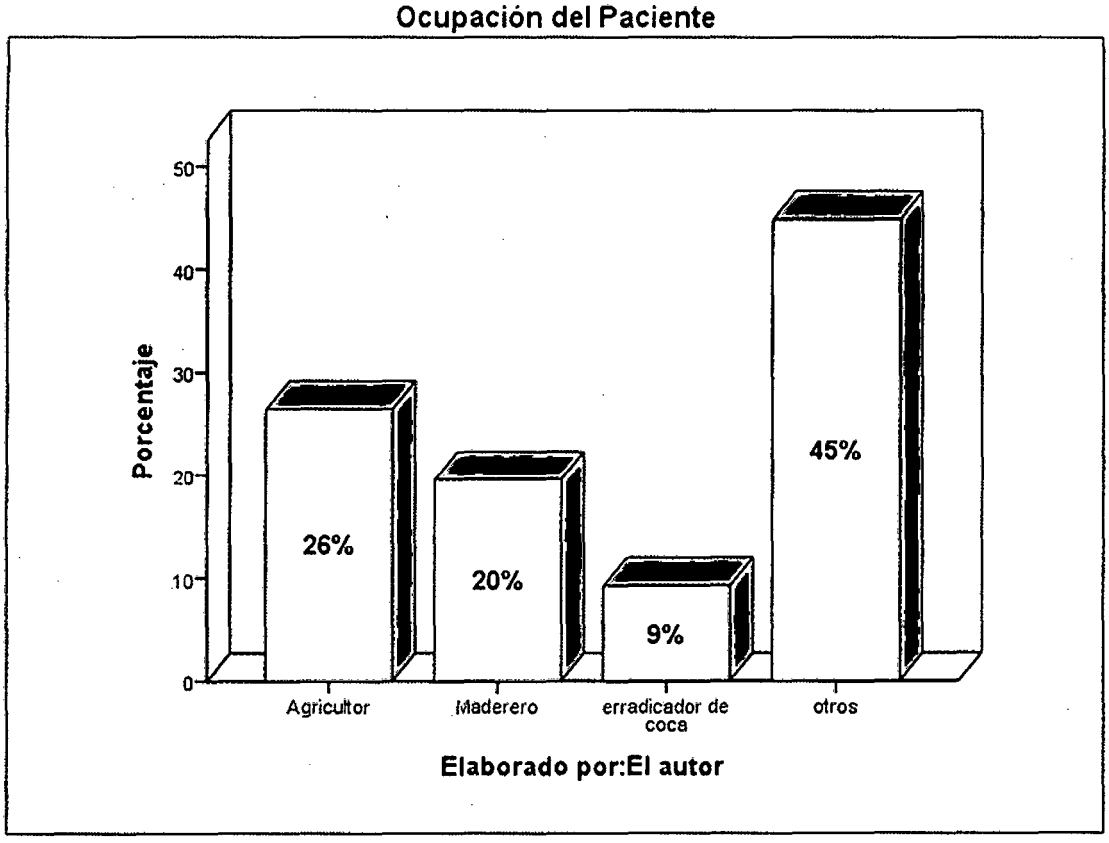


FUENTE: Ficha epidemiológica de Leishmaniasis del año 2014.

En el gráfico nº 02 se observa la siguiente distribución de casos según el sexo del paciente El 11% corresponde al sexo femenino y el 89% corresponde al sexo masculino. Es decir el mayor porcentaje representando el 89% de pacientes adultos pertenece al sexo masculino (Ver tabla nº02).

GRAFICO Nº 03

Distribución porcentual de la ocupación de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

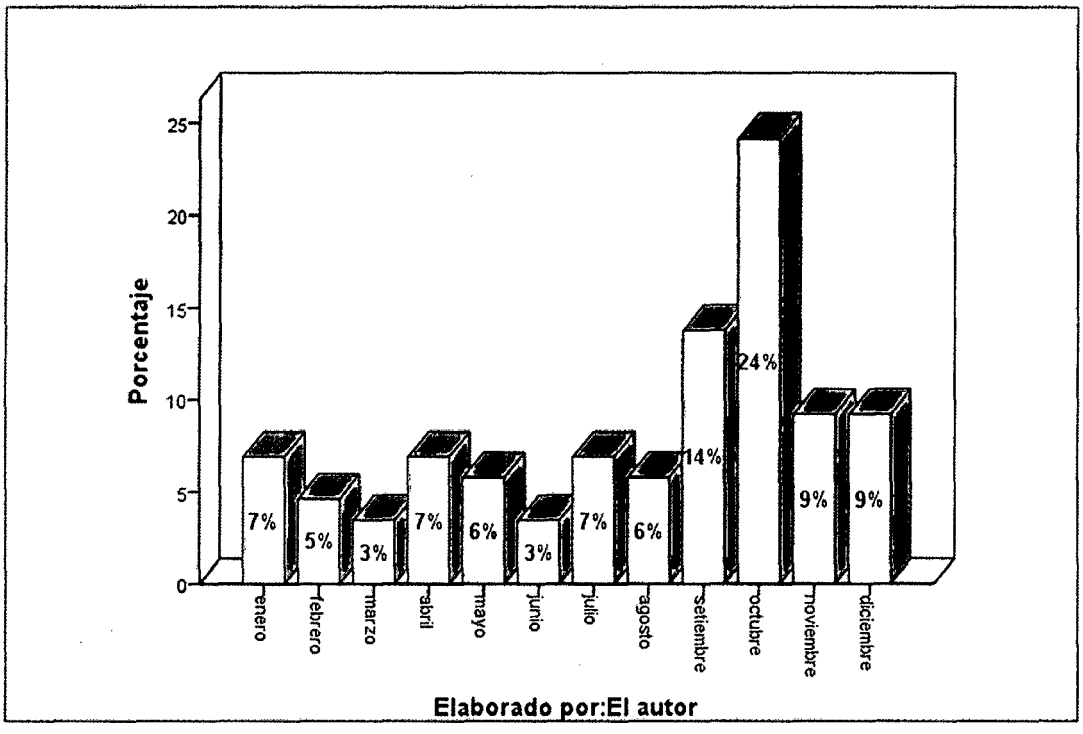


FUENTE: Ficha epidemiológica de Leishmaniasis del año 2014.

En el gráfico nº 03 se observa la distribución según la ocupación del paciente de la siguiente manera: El 26% de pacientes son agricultores, el 20% son madereros, el 9% son erradicadores de coca y el 10% de pacientes corresponde a otras ocupaciones de trabajo. Es decir el mayor porcentaje, excluyendo como primer lugar a las otras ocupaciones, el segundo lugar lo ocupa los que se dedican a la agricultura en un 26% de casos(Ver tabla nº03).

GRAFICO Nº 04

Distribución porcentual según mes de notificación de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

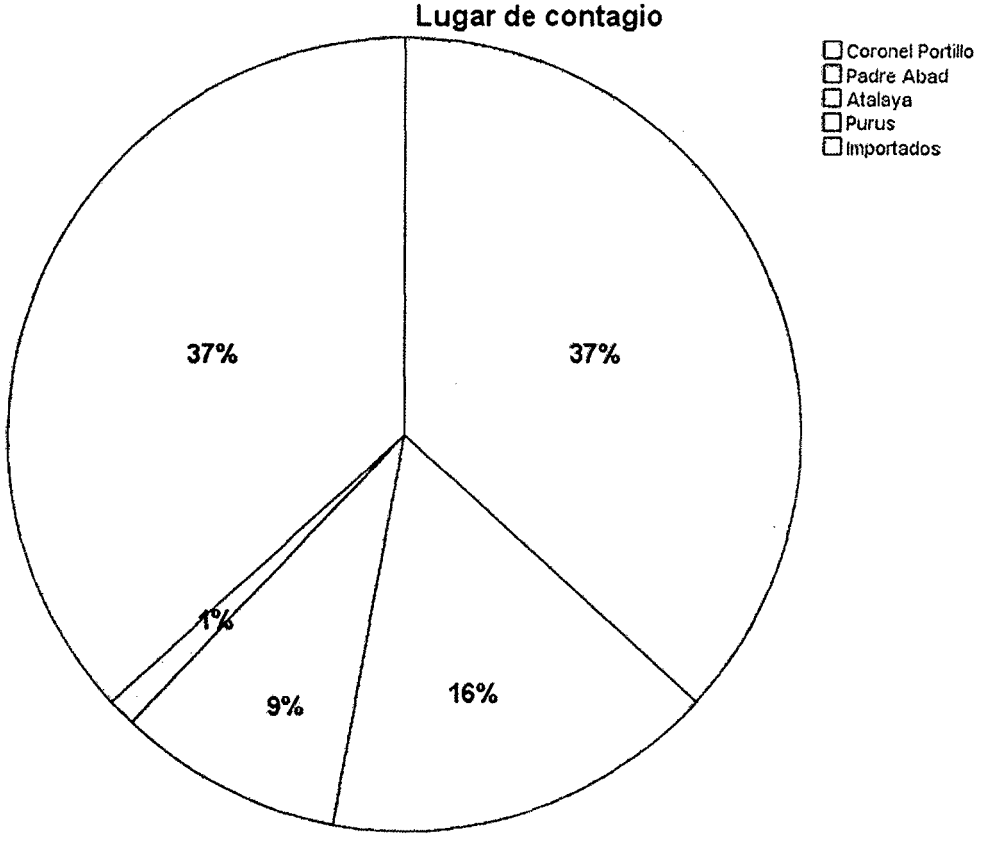


FUENTE: Ficha epidemiológica de Leishmaniasis del año 2014.

En el gráfico nº 04 se observa la distribución según el mes de notificación de la siguiente manera: El 10% en enero, el 5% en febrero, el 3% en marzo, el 7% en abril, el 6% en mayo, el 3% en junio, el 7% en julio, el 6% en agosto, el 14% en setiembre, el 24% en octubre, el 9% noviembre y el 9 % diciembre. Es decir el mayor porcentaje de pacientes adultos con Leishmaniasis corresponde al mes de octubre con un 24% de casos (Ver tabla nº04).

GRAFICO Nº 05

Distribución porcentual de los lugares de contagio de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

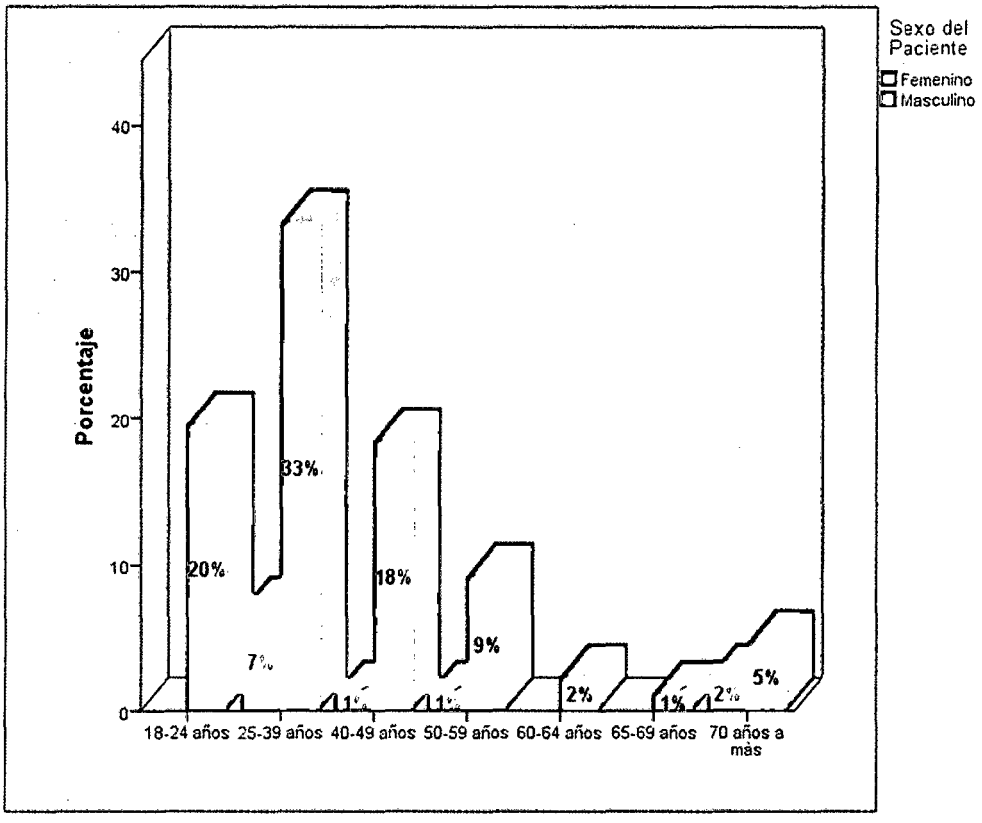


FUENTE: Ficha epidemiológica de Leishmaniasis del año 2014.

En el gráfico nº 05 se observa la distribución según el lugar de contagio de la siguiente manera: El 37% se registró en la provincia de Coronel Portillo, el 16% de casos en Padre Abad , el 9% de casos en Atalaya, el 1% de casos en Purús y el 37% de casos fueron importados. Es decir se llegaron a porcentajes equivalentes del 37% entre los casos de Coronel Portillo y los importados (Ver tabla nº05).

GRAFICO Nº 06

Distribución porcentual según edad y sexo en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014



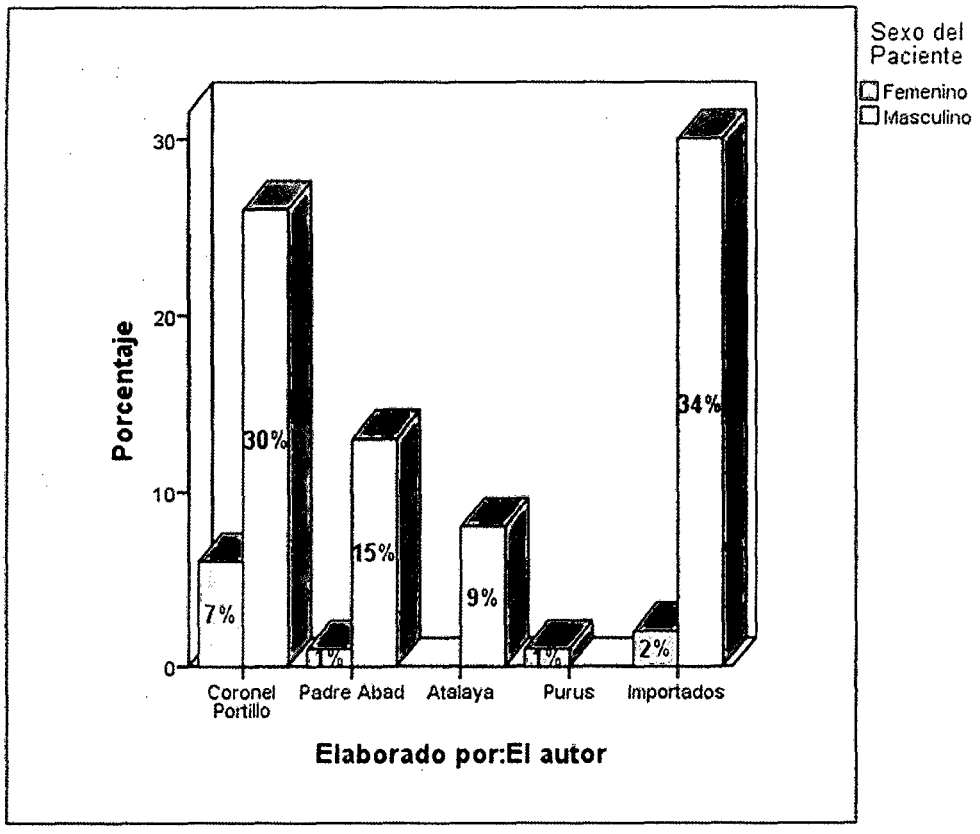
Elaborado por: El autor

FUENTE: Ficha epidemiológica de Leishmaniasis del año 2014.

En el gráfico nº 06 se observa la siguiente distribución: El 20% del sexo masculino está entre 18-24 años , el 33% del sexo masculino y el 7% del sexo femenino están entre 25-39 años, el 18% del sexo masculino y el 1% del sexo femenino están entre 40-49 años, el 9% del sexo masculino y el 1% del sexo femenino ubicado entre 50-59 años, el 2% del sexo masculino se encuentran entre 60-64 años, el 1% del sexo masculino está entre 25-39 años, el 5% del sexo masculino y el 2% del sexo femenino ubicados desde los 70 años. Es decir el mayor porcentaje de pacientes adultos pertenece al sexo masculino representando el 33% comprendidos entre los 25 y 39 años de edad (Ver tabla nº06).

GRAFICO Nº 07

Distribución porcentual según sexo y lugar de contagio en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

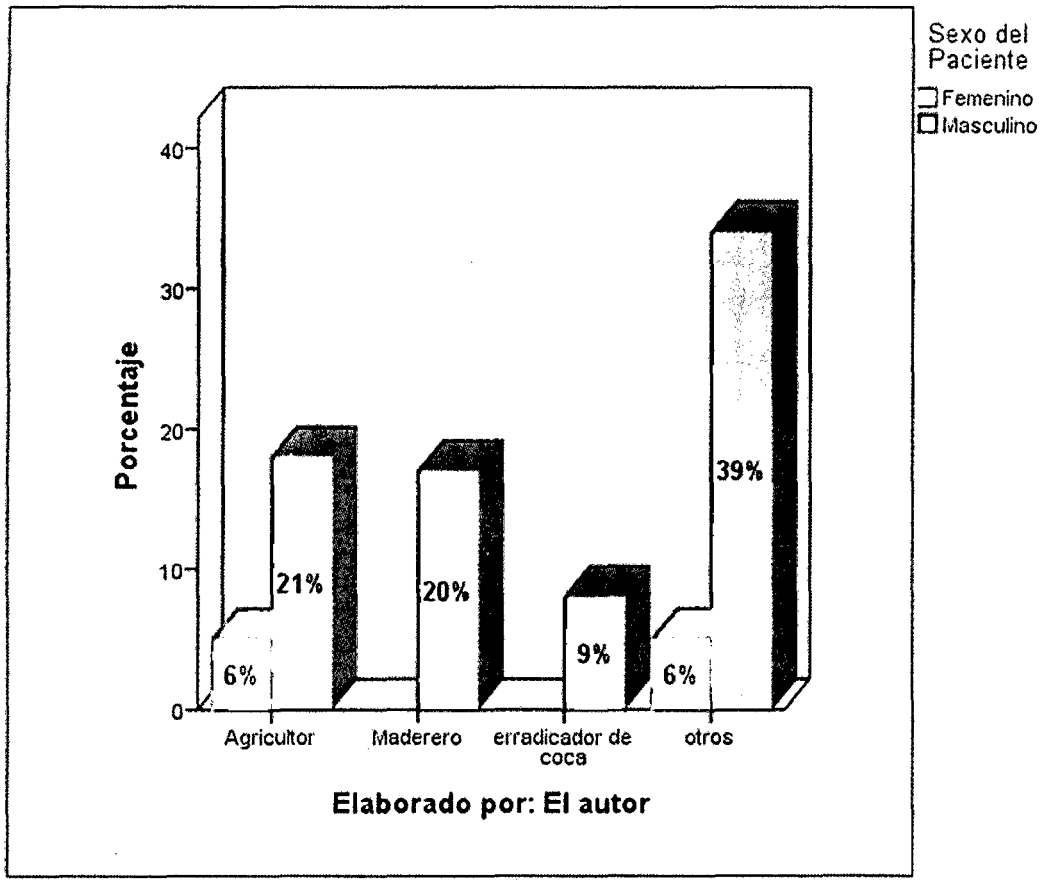


FUENTE: Ficha epidemiológica de Leishmaniasis del año 2014.

En el gráfico nº 07 se observa la siguiente distribución: El 30% de sexo masculino y el 7% del sexo femenino se registró en la provincia de Coronel Portillo; el 15% de sexo masculino y el 1% del sexo femenino pertenecen a la provincia de Padre Abad; 9% de sexo masculino de la provincia de Atalaya; 1% de sexo femenino registrados en la provincia de Purús; el 34% de sexo masculino y el 2% del sexo femenino fueron casos importados. Es decir el mayor porcentaje de pacientes adultos del sexo masculino representando el 34% se registraron en los casos importados, con mínima diferencia a los registrados pertenecientes a los del sexo masculino representando el 30% en la provincia de Coronel Portillo (Ver tabla nº07).

GRAFICO Nº 08

Distribución porcentual según sexo y ocupación en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

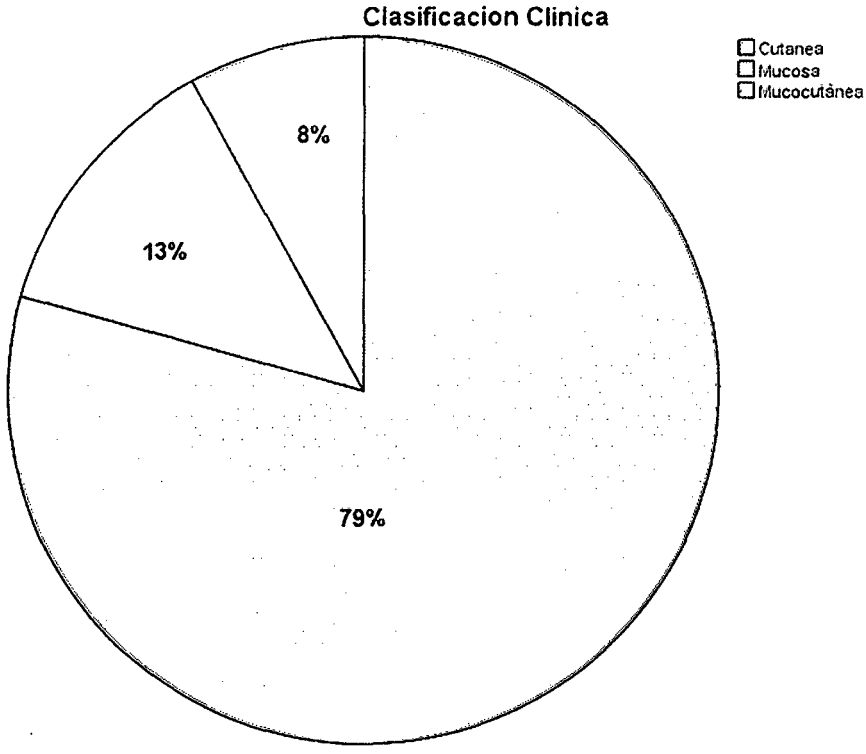


FUENTE: Ficha epidemiológica de Leishmaniasis del año 2014.

En el gráfico nº 08 se observa la siguiente distribución: El 21% del sexo masculino y el 6% del sexo femenino son agricultores, 20% del sexo masculino son madereros, el 9% del sexo masculino son erradicadores de coca, el 39% del sexo masculino y el 6% del sexo femenino corresponden a otras ocupaciones de trabajo. Es decir el mayor porcentaje, excluyendo a las otras ocupaciones, ubicados en un segundo lugar se dedican en un 21% del sexo masculino a la agricultura (Ver tabla nº08)

GRAFICO Nº 09

Distribución porcentual de la Clasificación clínica de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

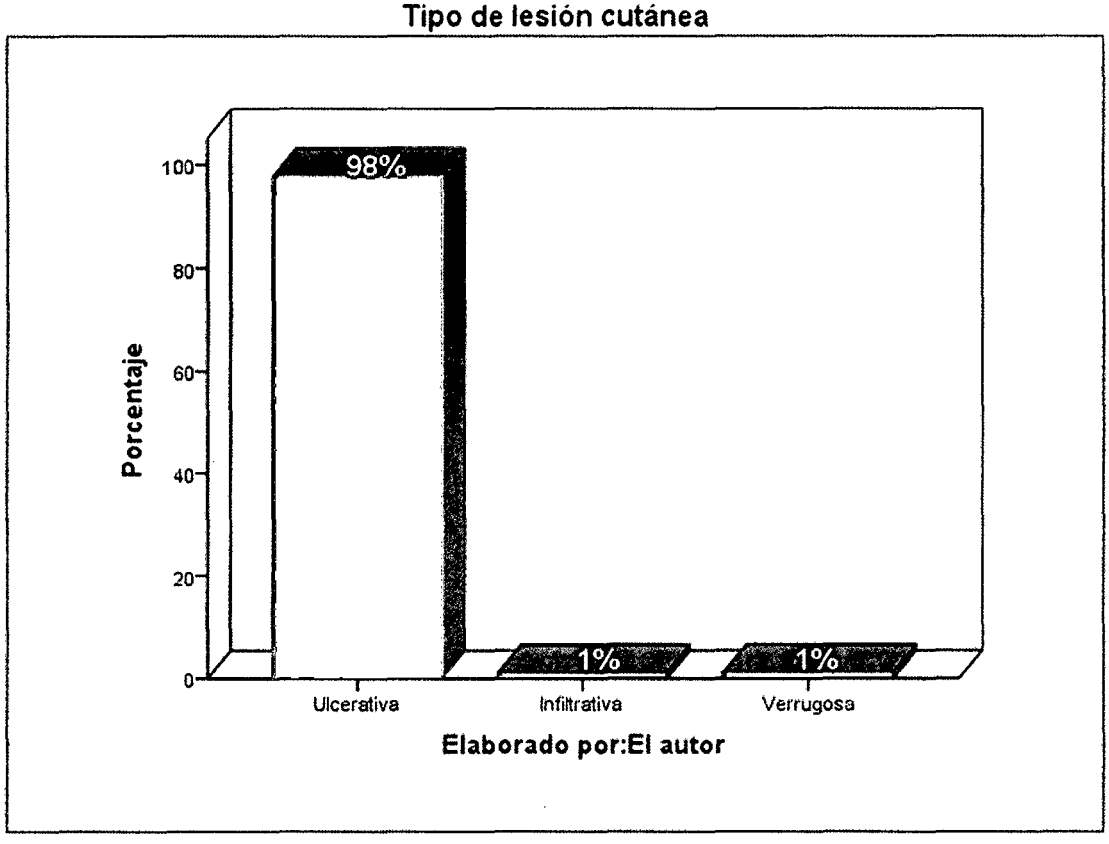


FUENTE: Ficha epidemiológica de Leishmaniasis del año 2014.

En el gráfico nº 09 se observa la distribución según Clasificación Clínica de la siguiente manera: El 79% pertenece a la forma cutánea, el 13% pertenece a la forma mucosa y el 8% corresponde a la forma mucocutánea. Es decir el mayor porcentaje de pacientes adultos representando el 79% pertenece a la forma cutánea (Ver tabla nº09).

GRAFICO Nº 10

Distribución porcentual del tipo de lesión cutánea en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

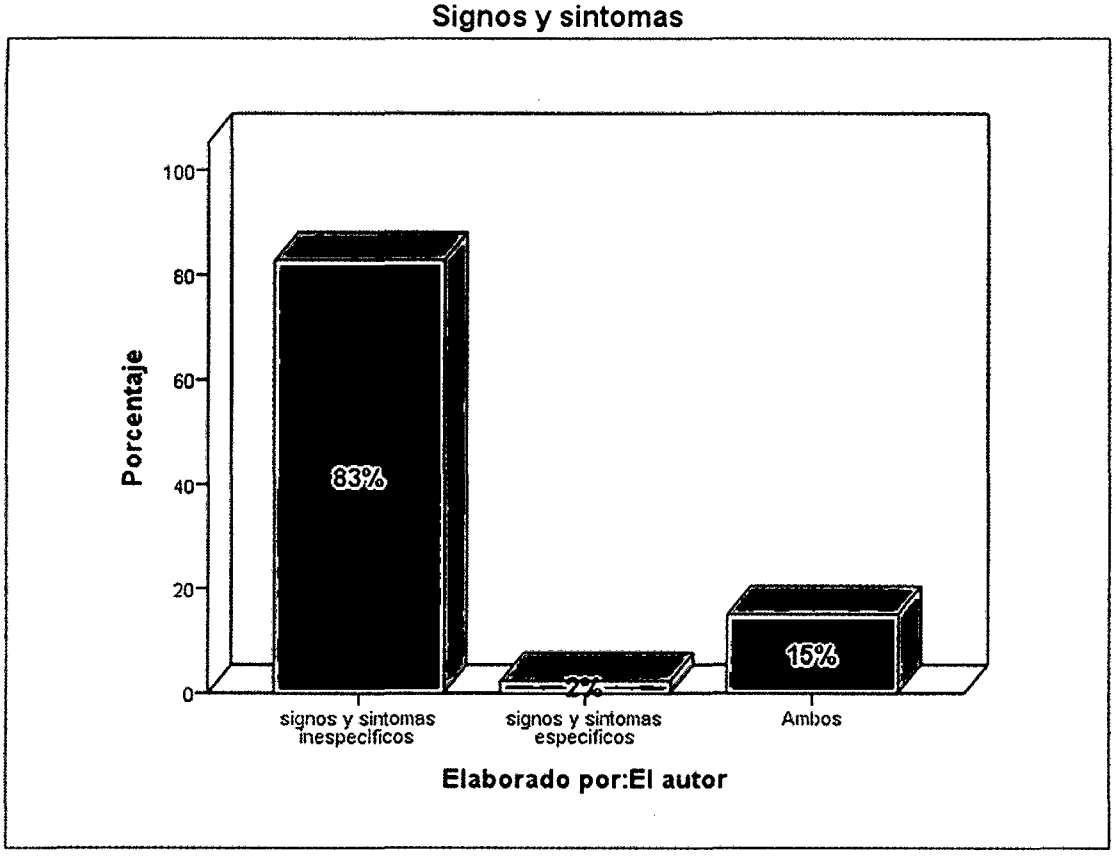


FUENTE: Ficha epidemiológica de Leishmaniasis del año 2014.

En el gráfico nº 10 se observa la distribución según el tipo de lesión cutánea: El 98% pertenece corresponde a la de tipo ulcerativa, el 1% pertenece a la de tipo infiltrativa y el 1% de pacientes a la de tipo verrugosa. Es decir el mayor porcentaje de pacientes adultos representando el 98% pertenecen a la de tipo ulcerativa (Ver tabla nº10).

GRAFICO Nº 11

Distribución porcentual de los signos y síntomas en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

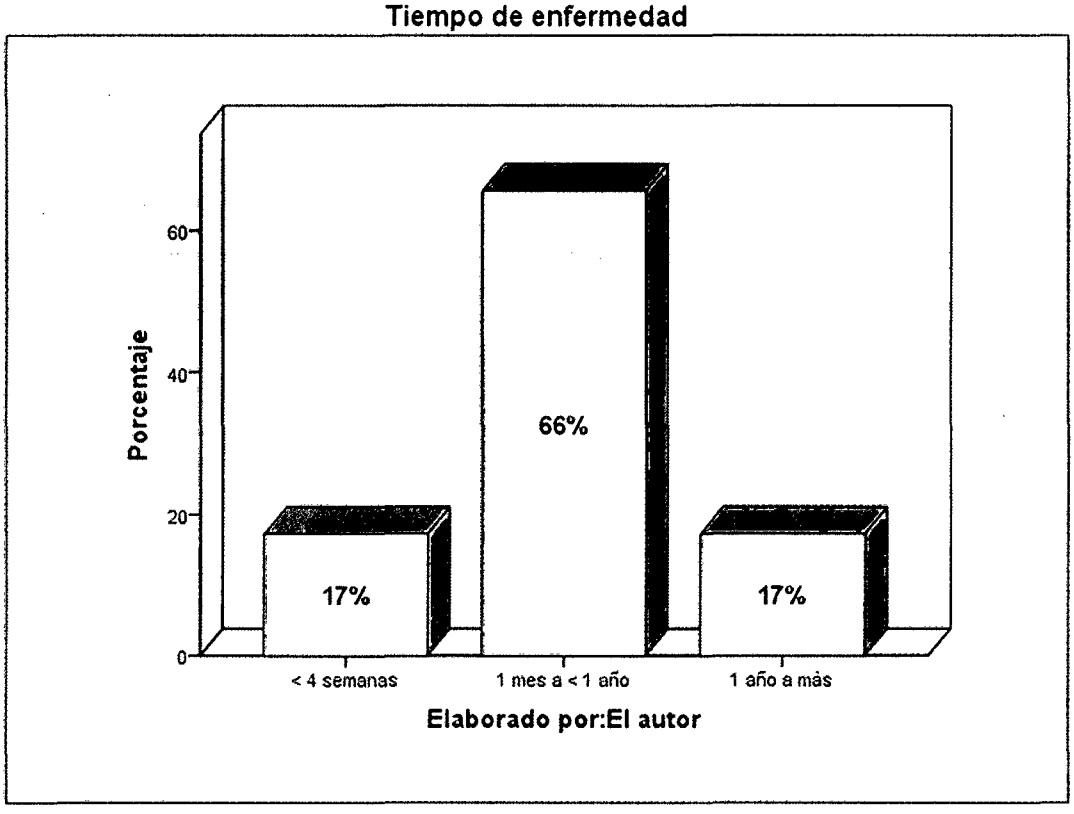


FUENTE: Ficha epidemiológica de Leishmaniasis del año 2014.

En el gráfico nº 11 se observa la distribución según los signos y síntomas del paciente de la siguiente manera: El 83% pertenecientes a los signos y síntomas inespecíficos, el 2% manifestaron signos y síntomas específicos y el 15 % de casos registrados tenían de ambos. Es decir el mayor porcentaje de pacientes adultos representando el 83% se registraron con signos y síntomas inespecíficos (Ver tabla nº11).

GRAFICO Nº 12

Distribución porcentual del tiempo de enfermedad de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

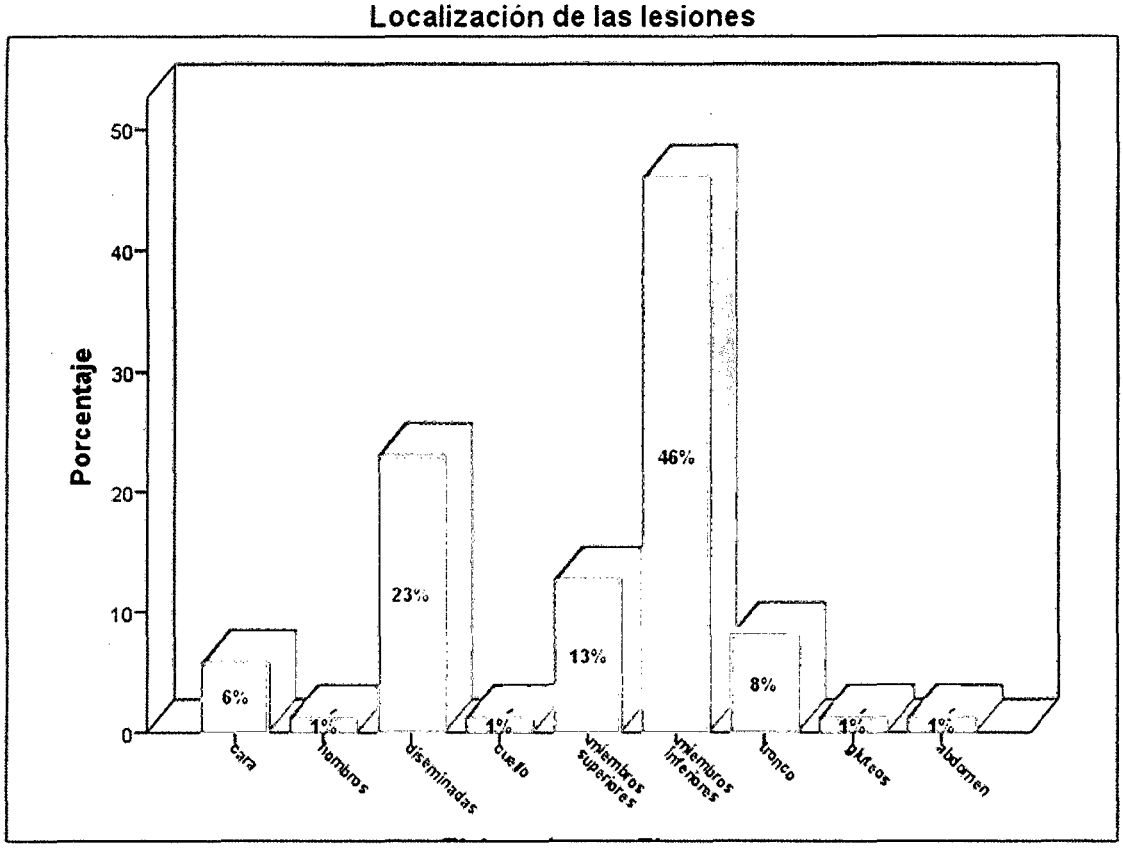


FUENTE: Ficha epidemiológica de Leishmaniasis del año 2014.

En el gráfico nº 12 se observa la distribución según el tiempo de enfermedad: El 17% de pacientes con < 4 semanas de enfermedad, el 66% de pacientes entre 1 mes a < 1 año de enfermedad y el 17% entre 1 año a más de enfermedad. Es decir el mayor porcentaje de pacientes adultos representando el 66% tenían un tiempo de enfermedad de 1 mes a < 1 año (Ver tabla nº12).

GRAFICO Nº 13

Distribución porcentual de la localización de las lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

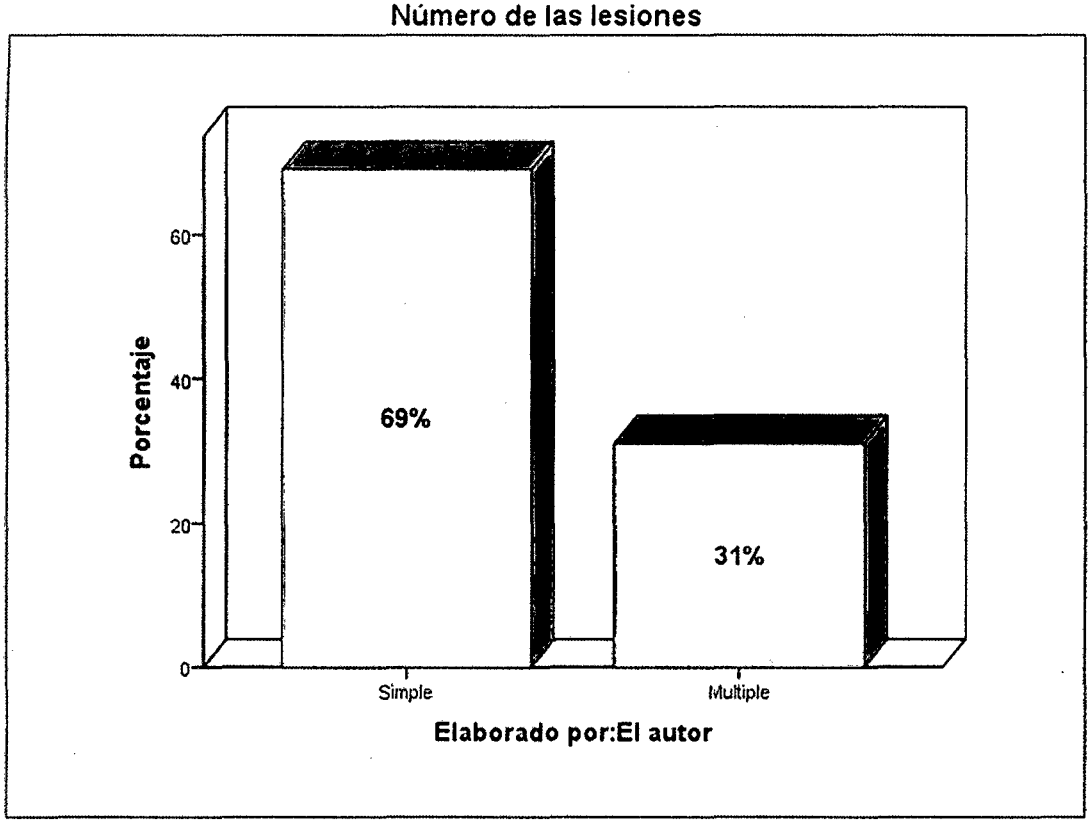


FUENTE: Ficha epidemiológica de Leishmaniasis del año 2014.

En el gráfico nº 13 se observa la distribución según la localización de las lesiones de siguiente manera: El 6% en la cara, el 1% en los hombros, el 23% de casos de manera diseminada por la superficie corporal, el 1% en el cuello, el 13% en miembros superiores, el 46% en miembros inferiores, el 8% en el tronco, el 1% en glúteos y el 1% en el abdomen. Es decir en el mayor porcentaje de pacientes adultos representando el 46% se localizan en lo miembros inferiores (Ver tabla nº13).

GRAFICO Nº 14

Distribución porcentual del número de lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

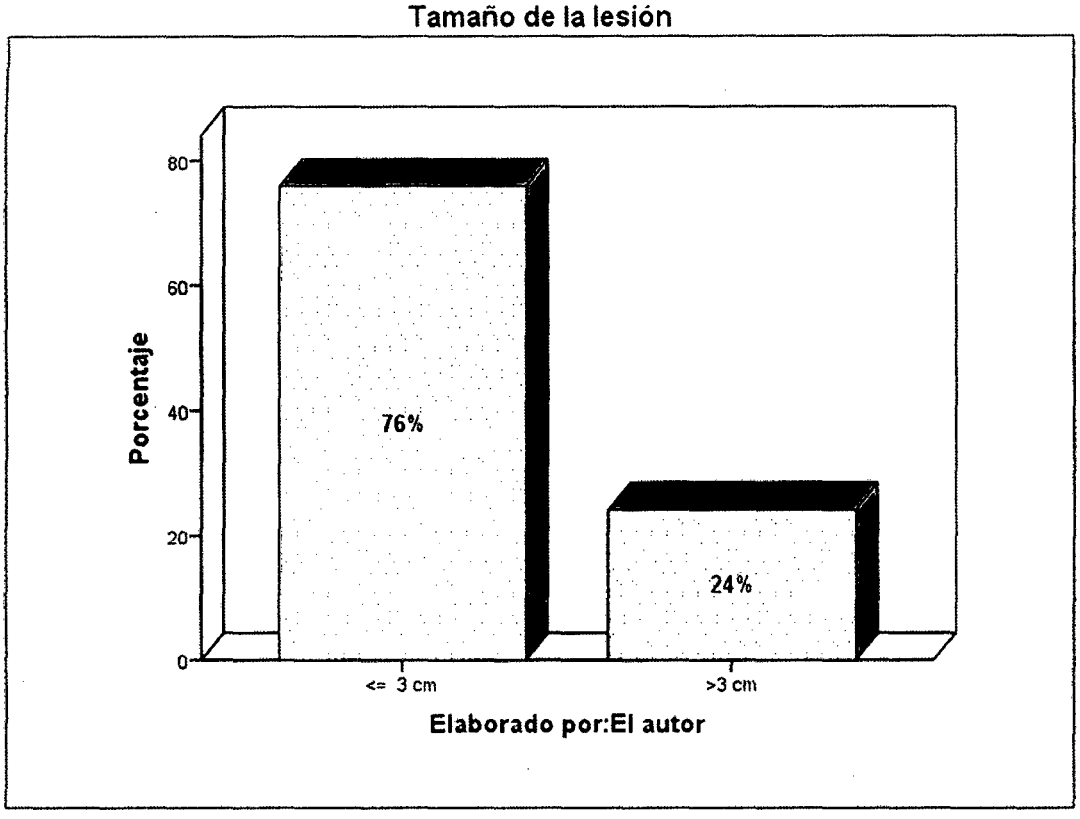


FUENTE: Ficha epidemiológica de Leishmaniasis del año 2014.

En el gráfico nº 14 se observa la distribución según el número de lesiones de la siguiente manera: El 69% de casos son lesiones simples y el 31% de casos son lesiones múltiples. Es decir el mayor porcentaje de pacientes adultos representando el 69% presentan lesiones simples (Ver tabla nº14).

GRAFICO Nº 15

Distribución porcentual del tamaño de lesión en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

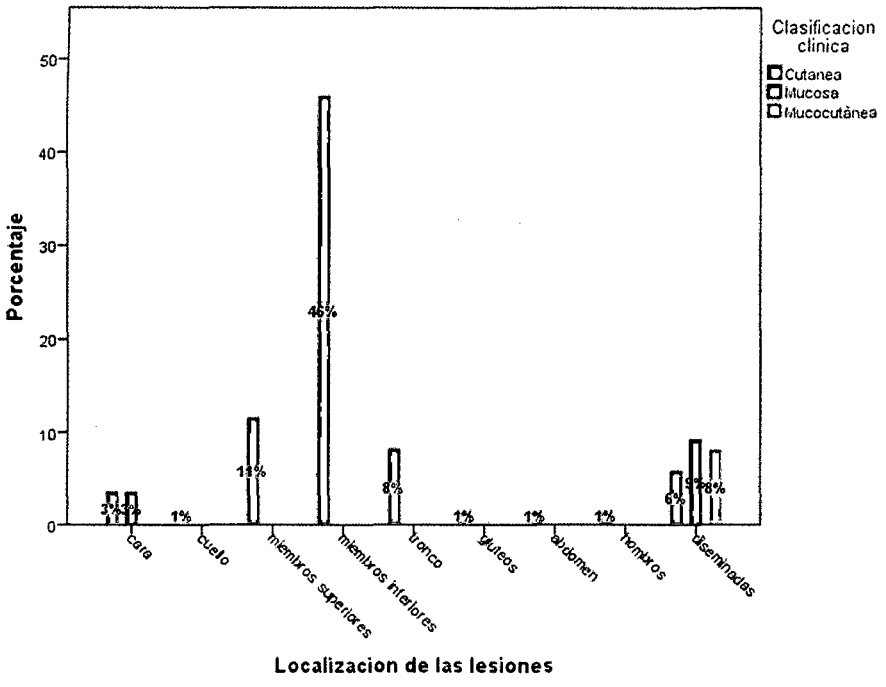


FUENTE: Ficha epidemiológica de Leishmaniasis del año 2014.

En el gráfico nº 15 se observa la distribución según el tamaño de la lesión de la siguiente manera: El 76% fue <= 3 cm y el 13% fue > 3 cm de medida de la lesión. Es decir el mayor porcentaje de pacientes adultos representando el 76% pertenece a los de <= 3cm de tamaño de la lesión (Ver tabla nº15).

GRAFICO Nº 16

Distribución porcentual según Clasificación clínica y localización de las lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014



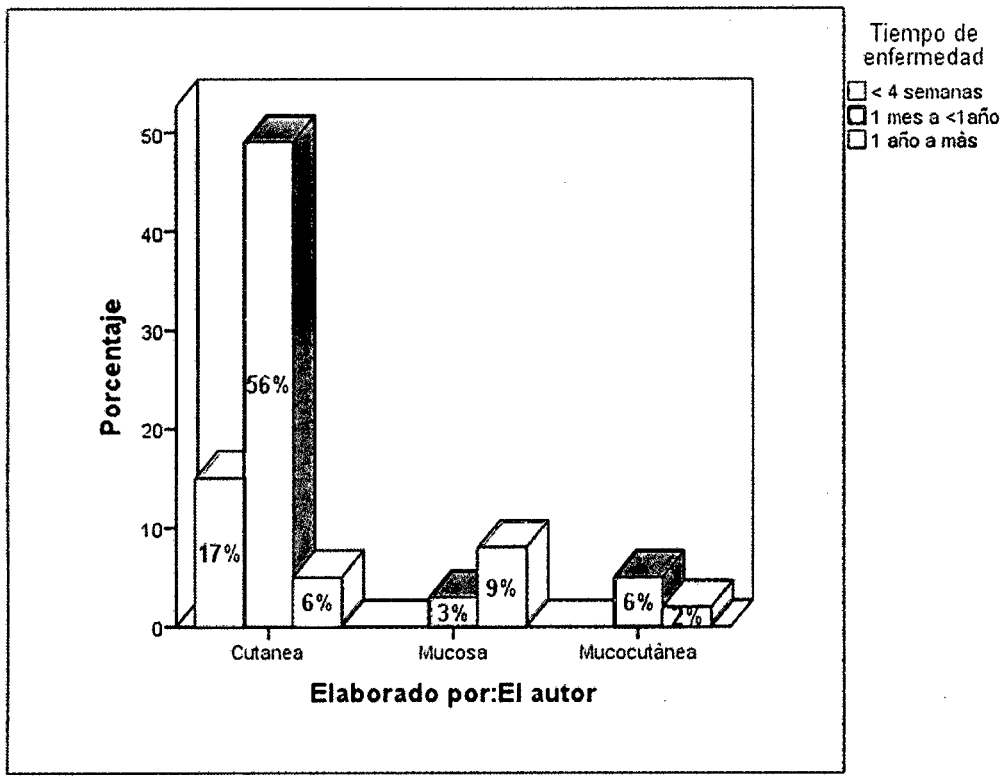
Elaborado por:El autor

FUENTE: Ficha epidemiológica de Leishmaniasis del año 2014.

En el gráfico nº 16 se observa la siguiente distribución : El 3%de casos de forma cutánea y el 3% de casos de forma mucosa se localizan en la cara, el 1% de casos de la forma cutánea se localiza en el cuello; el 11% de casos de la forma cutánea se encuentran en los miembros superiores, el 46% de casos de la forma cutánea se localizan en los miembros inferiores; el 8% de casos de la forma cutánea se localizan en el tronco; el 1% de casos de tipo cutánea se encuentra en los glúteos ;el 1% de casos de la forma cutánea localizadas en abdomen; el 1% de casos de la forma cutánea localizadas en los hombros; el 6% de casos de la forma cutánea ,el 9% de casos de la forma mucosa y el 8% de casos de la forma mucocutánea se encuentran diseminadas por la superficie corporal .Es decir el mayor porcentaje de pacientes adultos representando el 46% de la forma cutánea , se encuentran en los miembros inferiores (Ver tabla nº16).

GRAFICO Nº 17

Distribución porcentual según Clasificación clínica y tiempo de enfermedad en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

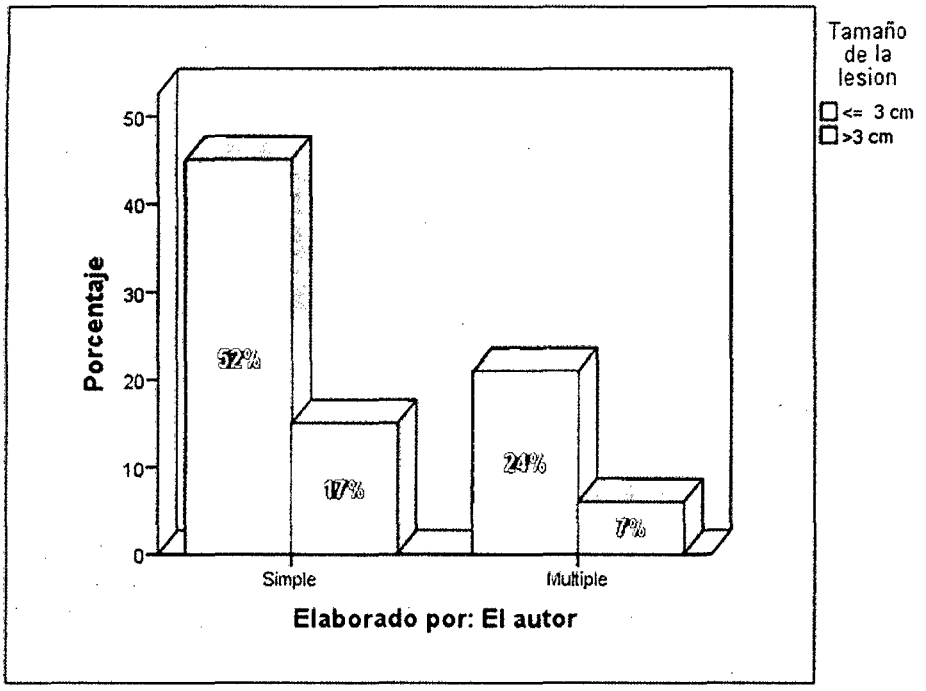


FUENTE: Ficha epidemiológica de Leishmaniasis del año 2014.

En el gráfico nº 17 se observa la siguiente distribución: El 56% de casos con 1 mes a < 1 año de enfermedad,17% de casos con < 4 semanas de enfermedad, el 6% de casos de entre 1 año a más de enfermedad pertenecen a la forma cutánea; el 9% de casos con un tiempo de 1 año a más de enfermedad, el 3% de casos con un tiempo de 1 mes a < 1 año de enfermedad pertenecen a la forma mucosa;el 6% de casos se encuentra entre 1 mes a <1 año de enfermedad, el 2% de casos de entre 1 año a más de enfermedad pertenecen a la forma mucocutánea. Es decir el mayor porcentaje de pacientes adultos representando el 56% tienen un tiempo de enfermedad entre 1 mes a < 1 año pertenecen a la forma cutánea (Ver tabla nº17).

GRAFICO Nº 18

Distribución porcentual según tamaño de la lesión y número de lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014



FUENTE: Ficha epidemiológica de Leishmaniasis del año 2014.

En el gráfico nº 18 se observa la siguiente distribución: El 52% de casos fue <= 3 cm y el 17% fue > 3 cm dentro de las lesiones simples; el 24% fue <= 3 cm y el 7% fue > 3 cm dentro de las lesiones múltiples. Es decir el mayor porcentaje de pacientes adultos representando el 52% de casos de los de <= 3cm tienen lesiones simples (Ver tabla nº18).

4.2 DISCUSION

En el presente estudio se analizó las características clínicas y epidemiológicas, las cuales fueron categorizadas como epidemiológicas (edad, sexo, ocupación, mes de notificación, lugar de contagio) y clínicas(clasificación clínica , tipo de lesión cutánea ,signos y síntomas , tiempo de la enfermedad, localización de la lesión ,número de lesiones, tamaño de la lesión).Se usaron 87 casos, como resultado luego del análisis y procesamiento de datos se obtuvo las siguientes relaciones con los estudios realizados internacional y nacionalmente:

Según Karami M y colaboradores.[16] ,la Leishmaniasis cutánea era frecuente en los hombres y las mujeres, tuvo mayor incidencia en los hombres (61,8%),la mayoría de los pacientes (31,2%) de edad 21-30 años de edad, en las extremidades superiores (48,3%) sobre todo en los hombres (32,4%). En esta tesis de los 87 casos estudiados, el 89% de pacientes pertenecen al sexo masculino, el 33% de este sexo se encuentra en el intervalo de 25 a 39 años de edad y el 46% se localizan en los miembros inferiores.

Según Jorge A Oliveira y colaboradores [2] .La enfermedad se observó principalmente en los hombres (76,2%), en el grupo de edad de 21 a 30 años de edad (26,6%) y en los trabajadores extractivas (43,7%); 3,3% de los casos fueron la forma de la mucosa. En esta tesis, el 89% de pacientes pertenecen al sexo masculino, el 33% de este sexo se encuentra en el intervalo de 25 a 39 años de edad, el 21% del sexo masculino se dedican a la agricultura y en el 79% predomina la forma cutánea.

En el Perú, según Miranda Cueto y colaboradores. [21] se encontraron once variedades de leishmaniosis cutánea, siendo las más frecuentes la ulcerosa y ulcero-costrosa (96.9 %) y el compromiso linfonodular en la variedad ulcerosa, sobre todo en brazos y en piernas, fue muy frecuente. En esta tesis de los 87 casos estudiados, el 98% de pacientes pertenecen a la de tipo ulcerativa y el 46% se localizan en los miembros inferiores.

4.3 CONCLUSIONES

- Las edades más frecuentes de los pacientes adultos con Leishmaniasis atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014 correspondieron al intervalo de 25 a 39 años que fueron el 40% de los casos.

- De los 87 casos estudiados, el 89% de pacientes pertenecen al sexo masculino.

- La principal ocupación del 26% de pacientes adultos con Leishmaniasis se dedican a la agricultura en un 26% de casos.

- La mayoría de casos notificados correspondió al mes de octubre en un 24% de adultos con Leishmaniasis atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

- Las zonas de mayor riesgo alcanzan porcentajes equivalentes del 37% entre los casos de Coronel Portillo y los importados.

- En lo que respecta al sexo y a la edad, el 33% del sexo masculino se encuentra en el intervalo de 25 a 39 años de edad.

- El mayor porcentaje, excluyendo a las otras ocupaciones, siendo el segundo lugar en un 21% del sexo masculino se dedican a la agricultura.

- También es peculiar que en el 79% de casos atendidos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa predomina la forma cutánea.

- De los 87 casos estudiados, el 98% de pacientes pertenecen a la de tipo ulcerativa.

- El 83% de pacientes adultos con Leishmaniasis atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014 registraron signos y síntomas inespecíficos.

- El mayor porcentaje de pacientes adultos representando el 66% tenían un tiempo de enfermedad de 1 mes a < 1 año.

- El 46% de adultos con Leishmaniasis atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014 tienen lesiones que localizan en los miembros inferiores.

- El 69% de casos de adultos con Leishmaniasis atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014 presentan lesiones simples.

- El 76% de casos de adultos con Leishmaniasis atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014, representan el mayor porcentaje pertenecen a los de <= 3cm de tamaño de la lesión.

- El mayor porcentaje de pacientes adultos representando el 46% de la forma cutánea, se encuentran en los miembros inferiores.

- Los pacientes adultos representando el 56% de casos con Leishmaniasis atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014, tienen un tiempo de enfermedad entre 1 mes a < 1 año pertenecen a la forma cutánea.

- Los pacientes adultos con Leishmaniasis atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014, en su mayor porcentaje siendo el 52% de casos tienen un tamaño de la lesión de <= 3cm son de lesiones simples.

4.4. RECOMENDACIONES

- Realizar reuniones informativas en el distrito de Coronel Portillo con el objetivo de educar a la población para reconocer las características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad endémica de Leishmaniasis, así como enseñar las medidas preventivas para evitar la picadura de los vectores, tales como el uso de mosquiteros impregnados con insecticidas, vestir ropa delgada manga larga, colocar telas y mallas finas en las puertas y ventanas para evitar el ingreso de los mosquitos a las habitaciones, el uso de repelentes caseros o químicos y el rociado de viviendas intra y peridomiciliario.

- Exigir que la distribución de los fármacos antileishmaniásicos sea dirigido al Hospital Regional de Pucallpa o por la Red de la Provincia de Coronel Portillo, por ser racional y coherente, que lo fármacos se encuentren disponibles en los lugares donde se presenta mayor frecuencia de casos por Leishmaniasis, además del abastecimiento de estos en los puestos y centros de Salud de la red.

- Promover el uso de la prueba por frotis de la lesión, la prueba de Montenegro o la biopsia, para realizar exámenes para el diagnóstico de Leishmaniasis y empezar con el tratamiento, evitando su cronicidad y su posterior complicación de la forma cutánea.

- Mejorar el registro de información en las fichas epidemiológicas para la recopilación de los datos esenciales del evento clínico.

4.5 REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1.-Chang P, Vásquez MV, Calderón G, Bay L. Leishmaniasis cutánea con facies leonina. Dermatol Rev Mex.2014; 58:278-284.

2.- Jorge Augusto de Oliveira Guerra, Marcel Gonçalves Maciel,Marcus Vinítius de Farias Guerra, Anette Chursciack Talhari, Suzane Ribeiro Prestes, Marcos Antonio Fernandes, et al Tegumentary leishmaniasis in the State of Amazonas:what have we learned and what do we need?.Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 48(Suppl I):12-19, 2015.

3.- Leishmaniasis cutánea. Julián Díaz Sáncheza, Sagrario Barrientos Serranob y Silvia Morell Mañas. FMC. 2012; 19(3):117-28.

4.- Leishmaniasis. Informe epidemiológico de las Américas. Informe Leishmaniasis Nº 3 - Julio de 2015.

5.-Boletín Epidemiológico. Análisis y tendencias de la leishmaniasis, en el Perú, 2012. (Hasta la SE Nº 52* 2012). Volumen 21.Semana Epidemiológica Nº 52.

6.-Leishmaniasis mucocutánea en un paciente con infección por VIH. Juan J. Montenegro-Idrogo, Raúl A. Montañez-Valverde, Cesar Chian y Carlos Benites-Villafane. Rev Chilena Infectol 2014; 31 (5): 610-614.

7.- Aislamiento de Leishmania sp. en lesión perianal en un paciente procedente del Distrito de Sanagoràn Provincia Sánchez Carrión. Lizardo Cruzado-Razco, Carmen Silva-Correa, Elena Mantilla-Rodríguez, Hermes Escajadillo-Bello. Revista Pharmaciencia.2013

8.-Eliana Sáenz, María del Carmen Sialer, Elizabeth Thomas, Eva Tejada, Eliana Casanova. Leishmaniasis mucocutánea con presentación clínica: setenta años pos-primoinfección. Dermatol Perú 2013; Vol 23 (1)

9.- Boletín Epidemiológico (Lima). Situación epidemiológica de la Leishmaniosis en el Perú, 2013. Bol. Epidemiol. (Lima) 23 (01)

10.-Direcciòn Regional de Ucayali. Boletín Epidemiológico. Nº 52 (Del 22 al 28 de Diciembre -2013).Pág. 8.

11.- Dirección Regional de Ucayali. Boletín Epidemiológico. Nº 53 (Del 28 de Diciembre- 2014 al 03 de Enero- 2015).

12.-Sandoval A, Minaya G.Leishmaniosis Tegumentaria, una mirada a una "Enfermedad Tropical desatendida".Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2011; 28(3):560-3.

13.-Rojas J. Leishmaniasis: una enfermedad desatendida. Un acercamiento a la realidad en Huepetuhe, Madre de Dios. Rev. Perú. epidemiol.2011 abr; Vol 16(1).

14.-Turhanoglu M, Alp Erdal S, Bayindir Bilman F.A nine-year evaluation of cutaneous leishmaniasis patients in Diyarbakir Training and Research Hospital, Turkey. Mikrobiyol Bul. 2014 Apr; 48(2):335-40.

15.-Sandanayaka R , Kahawita yo , Gamage A , Siribaddana S , Agampodi S. La aparición de la leishmaniasis cutánea en Polonnaruwa, Sri Lanka 2008-2011. Trop Med Int Salud 2014 Feb; 19 (2): 140-5. doi: 10.1111 / tmi.12232. Epub 2013 22 de noviembre

16.-Karami M , M Douda , Setorki M . La evaluación de la epidemiología de la leishmaniasis cutánea en Isfahan, Irán. Assessing epidemiology of cutaneous leishmaniasis in Isfahan, Irán. J Vector Borne Dis. 2013 Mar; 50(1):30-7.

17.-Mahmoud Nateghi Rostami, Abedin Saghafipour, Ehsan Vesali. A newly emerged cutaneous leishmaniasis focus in central Iran. International Journal of Infectious Diseases 17 (2013) e1198–e1206.

18.- Manal Z. M. Abdellatif, Khamis El-Mabrouk and Ashraf A. Ewis. Korean J .An Epidemiological Study of Cutaneous Leishmaniasis in Al-Jabal Al-Gharbi, Libya. Parasitol Vol. 51, No. 1: 75-84, February 2013

19.- María Eugenia Ortega Moreno, Dennis Alexander Lugo, Doris Carolina Belizario Ochoa, Wilmen Alexis Galindo Martínez, Jacinto Convit+, Olga Zerpa.Comparación clínica de la Leishmaniasis Cutánea Difusa y Leishmaniasis Diseminada en Venezuela.. Dermatol Venez • Vol.51 • Nº2 • 2013

20.- Tejada A, Demarini J, Aldana J, Zorrilla V, Palacios O, Miranda J, Farfán E. Estudio de un brote de leishmaniasis tegumentaria en Sanchirio, San Luis de Shuaro, Chanchamayo, Junín. Anales de la Facultad de Medicina UNMSM. Vol. 63, Supl.2002

21.-Miranda Cueto, Hernán; Rodríguez, Francisco; Chafloque Chafloque, Martha. Leishmaniosis: formas clínicas y variedades de la forma cutánea en áreas andinas de la región La Libertad / Leishmaniosis: clinical forms and cutaneous varieties in andean areas of the region La Libertad Folia dermatol. Perú; 17(2):65-71, mayo-ago. 2006. Ilus.

22.- En la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Título "LEISHMANIASIS CUTÁNEA Y MUCOCUTÁNEA EN EL PERÚ". Rev Peru Med Exp Salud Publica 2002; 19 (4)

23.- Montalvo AM, Fraga J, Monzote L, García M, Fonseca L. Diagnóstico de la leishmaniasis: de la observación microscópica del parásito a la detección del ADN. Leishmaniasis diagnosis: going from microscopic observation of parasite to DNA detection. Rev Cubana Med Trop. 2012 may-ago; 64(2).

24.-M. den Boer, Argaw D, Jannin J, Alva J. Leishmaniasis impact and treatment access. Clinical Microbiology and Infection.2011; 17(10):1471 1477.

25.- Ríos JM, Ríos Y. Métodos Diagnósticos, Parasitológicos, Inmunológicos, Histopatológicos y Moleculares de Leishmaniasis Cutánea. Rev méd cient.2010; 23(2):45-60.

26.-Oliveira JA, Ribeiro S, Lima LC. Mucosal Leishmaniasis Caused by Leishmania (Viannia) braziliensis and Leishmania (Viannia) guyanensis in the Brazilian Amazon. Negl Trop Dis.2011; 5(3):e980.

27.- Rosal T, Baquero F, García MJ. Cutaneous leishmaniasis. Rev Pediatr Aten Primaria.2010 abr-jun;12(46).

28.-Montalvo A. Leishmaniasis. Aspectos de interés sobre un parasitismo exótico para Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol.2010 ene-abr; 48(1).

29.-Leta S, Dao THT, Mesele F, Alemayehu G. Visceral Leishmaniasis in Ethiopia: An Evolving Disease. PLoS Negl Trop Dis.2014; 8(9).

30.-Tibery E, Paula FL, Farias NM, Guimarães C, Ramalho O, Ramos F,et al. The Role of Inflammatory, Anti-Inflammatory, and Regulatory Cytokines in Patients Infected with Cutaneous Leishmaniasis in Amazonas State, Brazil. Journal of Immunology Research. Volumen 2014, Article ID 481750, 10 pages.

31.- LEISHMANIASIS CUTÁNEA: ESTUDIO EN EL ÁREA SANITARIA DE TOLEDO. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. Tesis doctoral. Madrid, 2004

32.-Cavalcanti Q, Freire D, Brito M, Cavalcante S, Bernardino A, Prado M, et al. Antileishmanial Activity of Medicinal Plants Used in Endemic Areas in Northeastern Brazil.2014; Vol 2014: 9 pages.

33.- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Dirección General de Programas Preventivos .Programa de enfermedades transmitidas por vector. Manual para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Leishmaniasis.

34.- Iván Darío Vélez, Alejandra Jiménez, Catalina Le Cacheux, Daniel Vásquez, Liliana López.Terapéutica de las Leishmaniasis Americanas. Nuevas recomendaciones. Dermatol Venez • Vol.50 • N°1 • 2012

35.-Diccionario Médico Mosby, 8 ª edición. © 2009 Elsevier

36.-Romero Cabello Raúl. Microbiología y Parasitología Humana. 3era Edición.2007.Edición Panamericana

37.-Real Academia Española. 22. ª edición. *Diccionario de la lengua española (DRAE)*

38.-Wolff, Goldsmith,Katz,Gilchrest,Paller.Leffel. Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. 7ª Edición.2008

39.-Carlos Ferrándiz. Dermatología Clínica .3era Edición. Elsevir España 2009. Pág. 13

40.-Diccionario Médico Mosby, 4 ª edición. © 2006 Elsevier

41.-Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS. Biblioteca virtual en salud.

ANEXOS

ANEXO Nº1

FICHA DE INVESTIGACIÒN DE LEISHMANIASIS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO: Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

Establecimiento de Salud: Hospital Regional de Pucallpa

- **Apellidos y Nombres:**
- **Edad:**
  - 18-24: (_)
  - 25-39: (_)
  - 40-49: (_)
  - 50-59: (_)
  - 60-64: (_)
  - 65-69: (_)
  - >70 años: (_)

- **Sexo:**
  - Femenino: (_)
  - Masculino: (_)
- **Ocupación durante el contagio:**
  - Agricultor: (_)
  - Maderero: (_)

- ❖ Erradicador de coca: (_)
- ❖ Otros : (_)

- **Fecha de Notificación:**
  - ❖ Enero: (_)
  - ❖ Febrero: (_)
  - ❖ Marzo: (_)
  - ❖ Abril: (_)
  - ❖ Mayo: (_)
  - ❖ Junio: (_)
  - ❖ Julio: (_)
  - ❖ Agosto: (_)
  - ❖ Setiembre: (_)
  - ❖ Octubre: (_)
  - ❖ Noviembre: (_)
  - ❖ Diciembre: (_)
- **Lugar de contagio:**
  - ❖ Coronel Portillo: (_)
  - ❖ Padre Abad: (_)
  - ❖ Atalaya: (_)
  - ❖ Purús: (_)
  - ❖ Importados: (_)
- **Clasificación Clínica :**
  - ❖ Cutánea: (_)
  - ❖ Mucosa: (_)
  - ❖ Mucocutànea: (_)
- **Tiempo de la enfermedad:**
  - ❖ <4 semanas: (_)
  - ❖ 1 mes a <1 año: (_)
  - ❖ 1 año a más: (_)

- **Tipo de lesión cutánea:**
  - ❖ Ulcerativa: (_)
  - ❖ Infiltrativa: (_)
  - ❖ Linfonodular: (_)
  - ❖ Verrugosa: (_)
- **Síntomas del Paciente:**
  - ❖ (_) Síntomas inespecíficos (Dolor en la lesión, Fiebre, Prurito local, Tupidez Nasal, Pérdida de peso)
  - ❖ (_) Síntomas específicos (Disfonía leve moderada, Disfonía severa, Dificultad respiratoria leve, Perforación del tabique nasal)
  - ❖ (_) Ambos

- **Localización de las lesiones:**
  - ❖ Cara: (_)
  - ❖ Cuello: (_)
  - ❖ Miembros superiores(brazos, antebrazos, codos y manos) : (_)
  - ❖ Miembros inferiores(piernas, muslos, rodillas) : (_)
  - ❖ Tronco : (_)
  - ❖ Glúteos: (_)
  - ❖ Abdomen: (_)
  - ❖ Hombros: (_)
  - ❖ Diseminadas por toda la superficie corporal: (_)

- **Número de lesiones:**
  - ❖ Simple: (_)
  - ❖ Múltiples: (_)
- **Tamaño de la lesión:**
  - ❖ <= 3 cm: (_)
  - ❖ > 3 cm: (_)

ANEXO N°2
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Cuál fue el porcentaje de los pacientes adultos con Leishmaniasis según edad en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?	Determinar el porcentaje de los pacientes adultos con Leishmaniasis según edad en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.	Cuantitativa	Porcentaje de pacientes mayores de 18 años según los intervalos.	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis	Base de datos de fichas epidemiológicas de Leishmaniasis.
¿Cuál fue el porcentaje de los pacientes adultos con Leishmaniasis según sexo en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?	Determinar el porcentaje de los pacientes adultos con Leishmaniasis según sexo en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.	Cualitativa	Porcentaje de pacientes según el sexo.	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis	Base de datos de fichas epidemiológicas de Leishmaniasis.
¿Cuál fue la ocupación de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?	Indicar la ocupación de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.	Cualitativa	Porcentaje de pacientes con una ocupación determinada en su labor diaria.	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis	Base de datos de fichas epidemiológicas de Leishmaniasis.

¿Cuál fue la distribución según mes de notificación de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?	Indicar la distribución según mes de notificación de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.	Cualitativa	Porcentaje de pacientes registrados en cada mes del año.	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis	Base de datos de fichas epidemiológicas de Leishmaniasis.
¿Cuáles fueron los lugares de contagio de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?	Indicar los lugares de contagio de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.	Cualitativa	Porcentaje de pacientes distribuidos en cada Provincia de Ucayali ,incluyendo a los casos importados	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis	Base de datos de fichas epidemiológicas de Leishmaniasis.
¿Cuál fue la Clasificación clínica de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?	Indicar la Clasificación clínica de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.	Cualitativa	Porcentaje de pacientes registrados según la Clasificación clínica.	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis	Base de datos de fichas epidemiológicas de Leishmaniasis.

¿Cuál fue el tipo de lesión cutánea en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?	Indicar el tipo de lesión cutánea en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.	Cualitativa	Porcentaje de pacientes registrados según el tipo de lesión cutánea.	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis	Base de datos de fichas epidemiológicas de Leishmaniasis.
¿Cuáles fueron los signos y síntomas en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?	Mostrar los signos y síntomas en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.	Cualitativa	Porcentaje de pacientes registrados según los signos y síntomas de la enfermedad.	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis	Base de datos de fichas epidemiológicas de Leishmaniasis.
¿Cuál fue el tiempo de enfermedad de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?	Organizar el tiempo de enfermedad de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.	Cuantitativa	Porcentaje de pacientes notificados según el tiempo de enfermedad.	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis	Base de datos de fichas epidemiológicas de Leishmaniasis.

¿Cuál fue la localización de las lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?	Mencionar la localización de las lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.	Cualitativa	Porcentaje de pacientes distribuidos según la localización de las lesiones.	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis	Base de datos de fichas epidemiológicas de Leishmaniasis.
¿Cuál fue el número de lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?	Indicar el número de lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.	Cuantitativa	Porcentaje de pacientes según el número de lesiones.	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis	Base de datos de fichas epidemiológicas de Leishmaniasis.
¿Cuál fue el tamaño de lesión en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014?	Detallar el tamaño de lesión en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.	Cuantitativa	Porcentaje de pacientes según el tamaño de la lesión.	Ficha epidemiológica de Leishmaniasis	Base de datos de fichas epidemiológicas de Leishmaniasis.

ANEXO Nº3

TABLA Nº 01

Distribución porcentual de los pacientes adultos con Leishmaniasis según edad en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

Edad del Paciente		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-24 años	17	19,5	19,5	19,5
	25-39 años	35	40,2	40,2	59,8
	40-49 años	17	19,5	19,5	79,3
	50-59 años	9	10,3	10,3	89,7
	60-64 años	2	2,3	2,3	92,0
	65-69 años	1	1,1	1,1	93,1
	70 años a más	6	6,9	6,9	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación

TABLA Nº 02

Distribución porcentual de los pacientes adultos con Leishmaniasis según sexo en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

Sexo del Paciente		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	10	11,5	11,5	11,5
	Masculino	77	88,5	88,5	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación

TABLA Nº 03

Distribución porcentual de la ocupación en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

Ocupación del Paciente		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Agricultor	23	26,4	26,4	26,4
	Maderero	17	19,5	19,5	46,0
	Erradicador de coca	8	9,2	9,2	55,2
	Otros	39	44,8	44,8	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación

TABLA Nº 04

Distribución porcentual según mes de notificación de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

Mes de notificación		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	enero	6	6,9	6,9	6,9
	febrero	4	4,6	4,6	11,5
	marzo	3	3,4	3,4	14,9
	abril	6	6,9	6,9	21,8
	mayo	5	5,7	5,7	27,6
	junio	3	3,4	3,4	31,0
	julio	6	6,9	6,9	37,9
	agosto	5	5,7	5,7	43,7
	setiembre	12	13,8	13,8	57,5
	octubre	21	24,1	24,1	81,6
	noviembre	8	9,2	9,2	90,8
	diciembre	8	9,2	9,2	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación

TABLA Nº 05

Distribución porcentual de los lugares de contagio de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

Lugar de contagio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Coronel Portillo	32	36,8	36,8	36,8
	Padre Abad	14	16,1	16,1	52,9
	Atalaya	8	9,2	9,2	62,1
	Purús	1	1,1	1,1	63,2
	Importados	32	36,8	36,8	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación

TABLA Nº 06

Distribución porcentual según edad y sexo en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

			Sexo del Paciente		
			Femenino	Masculino	Total
Edad del Paciente	18-24 años	Porcentaje	0	17	17
		% dentro de Sexo del Paciente	0,0%	22,1%	19,5%
	25-39 años	Porcentaje	6	29	35
		% dentro de Sexo del Paciente	60,0%	37,7%	40,2%
	40-49 años	Porcentaje	1	16	17
		% dentro de Sexo del Paciente	10,0%	20,8%	19,5%
	50-59 años	Porcentaje	1	8	9
		% dentro de Sexo del Paciente	10,0%	10,4%	10,3%
	60-64 años	Porcentaje	0	2	2
		% dentro de Sexo del Paciente	0,0%	2,6%	2,3%
	65-69 años	Porcentaje	0	1	1
		% dentro de Sexo del Paciente	0,0%	1,3%	1,1%
	70 años a más	Porcentaje	2	4	6
		% dentro de Sexo del Paciente	20,0%	5,2%	6,9%
Total		Porcentaje	10	77	87
		% dentro de Sexo del Paciente	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación

TABLA Nº 07

Distribución porcentual según sexo y lugar de contagio en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

		Sexo del Paciente					
		Femenino		Masculino		Total	
		% del N de columna	% del N de fila	% del N de columna	% del N de fila	% del N de columna	% del N de fila
Lugar de contagio	Coronel Portillo	60%	18,8%	34%	81,3%	37%	100,0%
	Padre Abad	10%	7,1%	17%	92,9%	16%	100,0%
	Atalaya	0%	0,0%	10%	100,0%	9%	100,0%
	Purus	10%	100,0%	0%	0,0%	1%	100,0%
	Importados	20%	6,3%	39%	93,8%	37%	100,0%
	Total	100%	11,5%	100%	88,5%	100%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación

TABLA Nº 08

Distribución porcentual según sexo y ocupación en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

			Sexo del Paciente		
			Femenino	Masculino	Total
Ocupación del Paciente	Agricultor	Porcentaje	5	18	23
		% dentro de Sexo del Paciente	50,0%	23,4%	26,4%
	Maderero	Porcentaje	0	17	17
		% dentro de Sexo del Paciente	0,0%	22,1%	19,5%
	Erradicador de coca	Porcentaje	0	8	8
		% dentro de Sexo del Paciente	0,0%	10,4%	9,2%
	Otros	Porcentaje	5	34	39
		% dentro de Sexo del Paciente	50,0%	44,2%	44,8%
Total		Porcentaje	10	77	87
		% dentro de Sexo del Paciente	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación

TABLA Nº 09

Distribución porcentual de la Clasificación clínica de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

Clasificación clínica		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cutánea	69	79,3	79,3	79,3
	Mucosa	11	12,6	12,6	92,0
	Mucocutànea	7	8,0	8,0	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

TABLA Nº 10

Distribución porcentual del tipo de lesión cutánea en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

Tipo de lesión cutánea		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ulcerativa	85	97,7	97,7	97,7
	Infiltrativa	1	1,1	1,1	98,9
	Verrugosa	1	1,1	1,1	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación

TABLA Nº 11

Distribución porcentual de los signos y síntomas en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

Signos y síntomas		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	signos y síntomas inespecíficos	72	82,8	82,8	82,8
	signos y síntomas específicos	2	2,3	2,3	85,1
	Ambos	13	14,9	14,9	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

TABLA Nº 12

Distribución porcentual del tiempo de enfermedad de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

Tiempo de enfermedad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	< 4 semanas	15	17,2	17,2	17,2
	1 mes a < 1 año	57	65,5	65,5	82,8
	1 año a más	15	17,2	17,2	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación

TABLA Nº 13

Distribución porcentual de la localización de las lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

Localización de las lesiones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cara	5	5,7	5,7	5,7
	Hombros	1	1,1	1,1	6,9
	Diseminadas	20	23,0	23,0	29,9
	Cuello	1	1,1	1,1	31,0
	miembros superiores	11	12,6	12,6	43,7
	miembros inferiores	40	46,0	46,0	89,7
	tronco posterior	7	8,0	8,0	97,7
	Glúteos	1	1,1	1,1	98,9
	Abdomen	1	1,1	1,1	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

TABLA Nº 14

Distribución porcentual del número de lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

Número de las lesiones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Simple	60	69,0	69,0	69,0
	Múltiple	27	31,0	31,0	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación

TABLA Nº 15

Distribución porcentual del tamaño de lesión en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

Tamaño de la lesión		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<= 3 cm	66	75,9	75,9	75,9
	>3 cm	21	24,1	24,1	100,0
	Total	87	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación

TABLA Nº 16

Distribución porcentual según Clasificación clínica y localización de las lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

			Clasificación clínica			
			Cutánea	Mucosa	Mucocutànea	Total
Localización de las lesiones	Cara	Porcentaje	3	3	0	6
		% dentro de la Clasificación clínica	4,3%	27,3%	0,0%	6,9%
	Hombros	Porcentaje	1	0	0	1
		% dentro de la Clasificación clínica	1,4%	0,0%	0,0%	1,1%
	Diseminadas	Porcentaje	5	8	7	20
		% dentro de la Clasificación clínica	7,2%	72,7%	100,0%	23,0%
	Cuello	Porcentaje	1	0	0	1
		% dentro de la Clasificación clínica	1,4%	0,0%	0,0%	1,1%
	miembros superiores	Porcentaje	10	0	0	10
		% dentro de la Clasificación clínica	14,5%	0,0%	0,0%	11,5%
	miembros inferiores	Porcentaje	40	0	0	40
		% dentro de la Clasificación clínica	58,0%	0,0%	0,0%	46,0%
	Tronco	Porcentaje	7	0	0	7
		% dentro de la Clasificación clínica	10,1%	0,0%	0,0%	8,0%
	Glúteos	Porcentaje	1	0	0	1
		% dentro de la Clasificación clínica	1,4%	0,0%	0,0%	1,1%
	abdomen	Porcentaje	1	0	0	1
		% dentro de la Clasificación clínica	1,4%	0,0%	0,0%	1,1%
Total		Porcentaje	69	11	7	87
		% dentro de la Clasificación clínica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación

TABLA Nº 17

Distribución porcentual según Clasificación clínica y tiempo de enfermedad en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014

		Tiempo de enfermedad							
		< 4 semanas		1 mes - < 1 año		1 año a más		Total	
		% del N de columna	% del N de fila	% del N de columna	% del N de fila	% del N de columna	% del N de fila	% del N de columna	% del N de fila
Clasificación Clínica	Cutánea	100%	21,7%	86%	71,0%	33%	7,2%	79%	100,0%
	Mucosa	0%	0,0%	5%	27,3%	53%	72,7%	13%	100,0%
	Mucocutànea	0%	0,0%	9%	71,4%	13%	28,6%	8%	100,0%
	Total	100%	17,2%	100%	65,5%	100%	17,2%	100%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
BIBLIOTECA CENTRAL
U N U

TABLA Nº 18

Distribución porcentual según tamaño de la lesión y número de lesiones en los pacientes adultos con Leishmaniasis en el Hospital Regional de Pucallpa en el año 2014.

		Tamaño de la lesión					
		<= 3 cm		>3 cm		Total	
		% del N de columna	% del N de fila	% del N de columna	% del N de fila	% del N de columna	% del N de fila
Numero de las lesiones	Simple	68%	75,0%	71%	25,0%	69%	100,0%
	Múltiple	32%	77,8%	29%	22,2%	31%	100,0%
	Total	100%	75,9%	100%	24,1%	100%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación