

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



TESIS

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LEISHMANIASIS
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA DEL
AÑO 2014 - 2016”**

**Para Optar el Título Profesional de:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

TESISTA

Bach. GARAY LAURENCIO, Jhon Zosimo

ASESOR

Mg. MASGO CASTRO, Walter Hugo

Tingo María - Perú

2017



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Tingo María, siendo las 10.30 horas del día 17 del mes de Noviembre del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- Lic. Enf. Cristóbal, Alegria Saldaña **Presidente**
- Lic. Enf. Lilia Céspedes y Argandoña **Secretaria**
- Lic. Enf. Rober Reátegui Ruiz **Vocal**

Nombrados mediante Resolución N°1939-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitolado: "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LEISHMANIASIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA DEL AÑO 2014 - 2016" presentado por el Bachiller en Enfermería, Sr. Jhon Zosimo, GARAY LAURENCIO. Para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de BUENO.

Siendo las 10:30 Horas del día 17 del mes de NOVIEMBRE del año 2017, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTE


SECRETARIA


VOCAL

A nuestro Divino Creador
por iluminar mi camino en todo momento,
mis padres Nemesia y Zósimo
por su apoyo incondicional y confiar siempre en mí,
A mi sobrino Marlon
que desde el cielo es mi ángel guardián.

AGRADECIMIENTO

La presente tesis es el fruto de un arduo trabajo de investigación por el cual primero agradezco a Dios, por la vida y salud, segundo, a mis padres por confiar siempre en mí y su apoyo incondicional, tercero, a los licenciados en enfermería que siempre me apoyaron, por sus enseñanzas, transmitirme sus experiencias y conocimientos, finalmente a la Universidad de Huánuco por abrirme sus puertas y formarnos para un mundo competitivo.

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar las características clínico epidemiológicas que presentaran los pacientes con diagnóstico de Leishmaniasis, atendidos en el Hospital de Tingo María, 2014 al 2016. **MÉTODOS:** Estudio de enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 61 pacientes con diagnóstico de leishmaniasis. Para la recolección de datos se utilizó datos de la ficha de investigación epidemiológica. **RESULTADOS:** La enfermedad fue más prevalente en el joven [42,6%(26)]. El sexo masculino [72,1%(44)], En el agricultor [59,0%(36)]. El tiempo promedio de enfermedad es de 3 meses. Con un [70,5%(43)] considerados como caso autóctono. El [91,8%(56)] de los casos es de forma cutánea **CONCLUSIONES:** La jurisdicción del Hospital Tingo María (provincia de Leoncio Prado distrito Rupa Rupa) cuenta con características geográficas y epidemiológicas para la trasmisión de la leishmaniasis con predominio en el sexo masculino y de ocupación agricultor.

PALABRAS CLAVES: Características clínico epidemiológicas, leishmaniasis.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify the epidemic clinical characteristics that the patients presented with diagnostic of Leishmaniasis, assisted in the Hospital of Tingo María, 2014 at the 2016. **METHODS:** I study of quantitative, observational focus, descriptive of court trasversal. The sample was conformed by 61 patients with diagnostic of leishmaniasis. For the gathering of data it was used data of the record of epidemic investigation. **RESULTS:** The illness was more prevalente in the youth [42,6%(26)]. The masculine sex [72,1%(44)], In the farmer [59,0%(36)]. The time illness average is of 3 months. With a [70,5%(43)] considered as autochthonous case. The [91,8%(56)] of the cases it is in way cutaneous **CONCLUSIONS:** The jurisdiction of the Hospital Tingo María (county of Leoncio Grassland district Rupa Rupa) it counts with characteristic geographical and epidemic for the transmission of the leishmaniasis with prevalence in the masculine sex and of occupation farmer.

KEY WORDS: Characteristic clinical epidemic, leishmaniasis.

INTRODUCCIÓN

La Leishmaniasis es transmitida a los humanos por la picadura de un zancudo infectado del genero lutzomia. Tiene mayor incidencia en todos los continentes menos en Oceanía, siendo endémicas en regiones tropicales y subtropicales de 88 países de cuatro continentes; existe alrededor de 350 millones de personas en riesgo de contraer la enfermedad y 300 mil casos anuales de Leishmaniasis cutánea; la mayoría de éstas son personas de bajos ingresos o viven en situación de pobreza ⁽¹⁾.

La leishmaniasis origina un importante problema de salud pública y produce un gran impacto social, aspecto que se hace más latente en poblaciones expuestas a zonas endémicas con la consecuente repercusión laboral y económica por los altos costos que ocasionan el tratamiento ⁽²⁾. La introducción por motivo de trabajo a las zonas rurales aumenta la exposición humana al vector por la incursión en zonas endémicas.

La importancia de la leishmaniasis radica en que constituye la segunda endemia de tipo tropical en el país y la tercera causa de morbilidad por enfermedades trasmisibles después de la malaria y la tuberculosis ⁽³⁾

Adquirida la leishmaniasis cutánea, la lesión deja por lo general secuelas y si es mucocutánea la secuela es mayor lo cual puede producir depresión en el que lo padece, produce impacto negativo en relación a los años de vida ajustados a discapacidad, este impacto negativo se observa en los aspectos sociales, psicológicos ocupacionales laborales y económicos.

En la actualidad no se encuentra muchos estudios nacionales sobre leishmaniasis y más aun no se encuentra estudios a nivel regional ni local sobre el tema, por lo que se hace necesario investigar las características de la enfermedad en diferentes grupos poblacionales, de allí la necesidad de estudiar las características clínico epidemiológicas de la leishmaniasis en pacientes atendidos en el hospital de Tingo María.

Para una mejor comprensión el presente estudio se ha dividido en 5 capítulos:

Capítulo I. Relacionado al problema de investigación, su fundamentación y formulación del problema; objetivos, justificación.

Capítulo II. En relación al Marco Teórico. En esta parte comprende: antecedentes del estudio, bases teóricas sobre teorías de enfermería y las bases conceptuales.

Capítulo III. Metodología: tipo y nivel de investigación, diseños de investigación; población y muestra, fuentes, técnicas e instrumentos de investigación y análisis e interpretación de resultados.

Capítulo IV. Trata los resultados, en la que se presenta los hallazgos a través de cuadros estadísticos con análisis e interpretación porcentual a través de la estadística descriptiva e inferencial si el caso lo amerita.

Capítulo V. La discusión que comprende: contrastación de las teorías con el trabajo de campo, con la hipótesis y aporte teórico de la investigación.

Finalmente, las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos como evidencias del trabajo de investigación.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema	12
1.2. Formulación del problema	14
1.2.1. Problema general.....	14
1.2.2. Problemas específicos.....	14
1.3. Objetivo general	14
1.4. Objetivos específicos.....	14
1.5. Justificación de la investigación.....	15
1.6. Limitaciones de la investigación	16
1.7. Viabilidad de la investigación.....	16

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación	17
2.2. Bases teóricas.....	20
2.3. Definiciones conceptuales.....	21
2.4. Hipótesis.....	25
2.5. Variables.....	25
2.5.1 Variable dependiente.....	25
2.5.2 Variables independientes	25
2.6. Operacionalización de variables.....	26

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

3.1	Tipo de investigación.....	27
3.1.1	Enfoque	27
3.1.2	Alcance o nivel	27
3.1.3	Diseño	27
3.2	Población y muestra	28
3.3	Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	28
3.3.1	Para recolección de datos	28
3.3.2	Para la presentación de datos	29
3.3.3	Para el análisis e interpretación de datos	31

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1	Análisis descriptivo	32
-----	----------------------------	----

CAPITULO V
DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1	Discusión.....	48
-----	----------------	----

	CONCLUSIONES.....	51
--	-------------------	----

	RECOMENDACIONES.....	52
--	----------------------	----

	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
--	---------------------------------	----

ANEXOS

	Instrumentos de recolección de datos	58
--	--	----

	Consentimiento informado	60
--	--------------------------------	----

	Tabla de validación de los instrumentos	61
--	---	----

	Matriz de consistencia	62
--	------------------------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1. Distribución del grupo en estudio según datos demográficos – Hospital Tingo María, 2014 – 2016.....	32
Tabla N° 2. Distribución del grupo en estudio según antecedentes epidemiológicos – Hospital Tingo María, 2014 – 2016	37
Tabla N° 3. Distribución del grupo en estudio según cuadro clínico Hospital Tingo María, 2014 – 2016.....	42

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1. Porcentaje del grupo en estudio según grupo de edad Hospital Tingo María, 2014 – 2016.....	33
Gráfico N° 2. Porcentaje del grupo en estudio según sexo Hospital Tingo María, 2014 – 2016.....	34
Gráfico N° 3. Porcentaje del grupo en estudio según ocupación Hospital Tingo María, 2014 – 2016.....	35
Gráfico N° 4. Porcentaje del grupo en estudio según año de diagnóstico - Hospital Tingo María, 2014 – 2016	36
Gráfico N° 5. Porcentaje del grupo en estudio según antecedentes Hospital Tingo María, 2014 – 2016.....	38
Gráfico N° 6. Porcentaje del grupo en estudio según distrito de infección - Hospital Tingo María, 2014 – 2016	39
Gráfico N° 7. Porcentaje del grupo en estudio según tiempo de enfermedad - Hospital Tingo María, 2014 – 2016	40
Gráfico N° 8. Porcentaje del grupo en estudio según procedencia del caso - Hospital Tingo María, 2014 – 2016	41
Gráfico N° 9. Porcentaje del grupo en estudio según tipo de leishmaniasis - Hospital Tingo María, 2014 – 2016	43
Gráfico N° 10. Porcentaje del grupo en estudio según localización cutánea - Hospital Tingo María, 2014 – 2016.....	44
Gráfico N° 11. Porcentaje del grupo en estudio según localización mucosa - Hospital Tingo María, 2014 – 2016	45
Gráfico N° 12. Porcentaje del grupo en estudio según signos y síntomas Hospital Tingo María, 2014 – 2016	46
Gráfico N° 13. Porcentaje del grupo en estudio según forma de diagnóstico - Hospital Tingo María, 2014 – 2016	47

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La leishmaniasis es una zoonosis parasitaria transmitida por mosquitos del género *Lutzomyia*, causada por el parásito *Leishmania*. Esta enfermedad está distribuida en 5 continentes y la transmisión ocurre en 98 países ⁽⁴⁾

En las Américas es un problema de salud pública debido a la elevada incidencia y amplia distribución geográfica. Su complejo ciclo de transmisión comprende diferentes especies de parásitos, reservorios y vectores. Afecta, principalmente, a las personas más pobres de países en desarrollo y con mayor dificultad de acceso a los servicios de salud ⁽⁵⁾

La leishmaniasis es considerada una de las enfermedades que está postergada en la agenda sanitaria de los países endémicos, por eso es considerada como una enfermedad olvidada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽⁶⁾

La transmisión se produce generalmente en zonas rurales a menos de 600 metros por encima del nivel del mar y es más habitual en los pueblos agrícolas, donde las paredes de las casas están hechas frecuentemente de adobe y los suelos son de tierra, y donde el ganado y otros animales viven cerca de los seres humanos.

En el Perú en el año 2015 se han notificado 2562 casos autóctonos de leishmaniasis, de los cuales el 94,9% (2431) fueron considerados como

leishmaniasis cutánea y el 5,1% (131) por leishmaniasis mucocutánea. Se ha reportado 1634 casos menos en relación al año 2014 lo que evidencia una disminución paulatina conforme va pasando los años. Así mismo 18 departamentos reportaron leishmaniasis cutánea y 11 departamentos reportaron leishmaniasis mucocutánea, siendo los departamentos con mayor número de casos Ancash, Cajamarca, Cusco, y San Martín ⁽⁷⁾.

En el departamento de Huánuco hasta la semana 46 del año 2015 se ha reportado 224 casos de leishmaniasis cutánea y 32 mucocutáneas, siendo los distritos de Urubamba, codo del Pozuzo y José Crespo Castillo los que concentran el mayor número de casos ⁽⁸⁾

Según el análisis de situación de salud (ASIS) del Hospital de Tingo María, se evidencia disminución en el reporte de casos en los últimos años, ya que en el 2014 se ha reportado 51 casos confirmados de leishmaniasis, en el 2015 el reporte fue de 22 casos y para el 2016 se ha reportado 26 casos ⁽⁹⁾.

En función a lo mencionado y al no contar con datos epidemiológicos básicos sobre este daño en nuestro medio, se ha visto necesario realizar el presente estudio investigativo lo cual permitirá contar con datos clínicos y epidemiológicos sobre la leishmaniasis en nuestro medio lo cual permitirá a los decisores del Hospital Tingo María y la Red de Salud Leoncio Prado tomar acciones para la mejora en la captación de casos y en la prevención y educación de los pacientes.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema general

- ¿Qué características clínico epidemiológicas presentaran los pacientes con diagnóstico de Leishmaniasis, atendidos en el Hospital de Tingo María, 2014 al 2016?

1.2.2 Problemas específicos

- ✓ ¿Qué características socio demográficas tendrán los pacientes con leishmaniasis atendidas en el Hospital de Tingo María?
- ✓ ¿Qué características en relación a antecedentes epidemiológicos tendrán los pacientes con leishmaniasis atendidas en el Hospital de Tingo María?
- ✓ ¿Qué características en relación a cuadro clínico y manejo del caso tendrán los pacientes con Leishmaniasis atendidas en el hospital de Tingo María?

1.3 OBJETIVO GENERAL

- Identificar las características clínico epidemiológicas que presentaran los pacientes con diagnóstico de Leishmaniasis, atendidos en el Hospital de Tingo María, 2014 al 2016

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Describir las características socio demográficas de los pacientes con leishmaniasis atendidas en el Hospital de Tingo María.

- ✓ Describir las características en relación a antecedentes epidemiológicos que presentan los pacientes con leishmaniasis atendidas en el Hospital de Tingo María.
- ✓ Describir las características en relación a cuadro clínico y manejo del caso que presentan los pacientes con Leishmaniasis atendidas en el hospital de Tingo María.

1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

1.5.1 A nivel teórico

La investigación ha realizar, ofrece información teórica de los diferentes estudios realizados anteriormente, para así contribuir a buscar la mejor manera de dar la solución al problema propuesto y mejorar la cultura de salud de las personas.

Así mismo va a proporcionar a la Institución datos que les permitirán a los profesionales de salud poder conocer sobre la leishmaniasis sus características clínico epidemiológicas la cual permitirá tomar acciones que contribuyan a prevenir este daño.

1.5.2 A nivel practico

Esta investigación servirá de beneficio y aportara conocimiento al personal de salud sobre cuáles son las características clínico epidemiológicas de los pacientes con leishmaniasis, para que el profesional de enfermería pueda fomentar e intervenir en la educación

y las actividades preventivas promocionales dirigidas a la familia, comunidad acerca de cómo prevenir este daño.

Por ello, es necesaria la ejecución del presente estudio y así poder determinar la magnitud real del problema y dar alternativas de soluciones viables y factibles.

1.5.3 A nivel metodológico

A nivel metodológico se justifica por la elaboración de un instrumento, la cual servirá como guía para futuras investigaciones, así mismo se tendrán en cuenta los diseños planteados en dicha investigación. Los resultados servirán como base y antecedente para otras investigaciones y como referencia para otros grupos de trabajo.

1.6 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En el proyecto de investigación no se encontraron limitaciones de tipo económico, administrativo y de tiempo.

1.7 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es viable porque se contó con datos obtenidos o fueron proporcionados por el servicio de epidemiología y TARGA.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

A nivel internacional

- En, Ecuador, 2014. Zambrano Ormaza ⁽¹⁰⁾ realiza un estudio observacional analítico y descriptivo, de título “Detección de leishmaniasis en pacientes que acuden al Centro de Salud Caluma”. El universo lo conformaron 18.877 pacientes la muestra fue extraída por criterio de inclusión y exclusión, se incluyeron los que presentaban lesiones ulcerosas cutáneas y mucosas que fueron 25 pacientes. De los resultados obtenidos el 68,0% presentaron Leishmaniasis. Las lesiones mayormente encontradas fue en piernas el 41,3%por ciento, el género más afectado es el masculino 52,9%. El 35,3% son agricultores y el mayor número de casos de Leishmaniasis es en estudiantes 52,9%.
- En Barcelona España, 2016. Riera; Napp; Manzanares⁽¹¹⁾ realizan un estudio retrospectivo sobre la “Epidemiología de la leishmaniasis humana en la ciudad de Barcelona” de los años 1997 al 2014. Evaluaron asociación entre la enfermedad y diversos factores recogidos en las encuestas epidemiológicas. De los resultados refieren que no hubo cambios significativos en la incidencia de la enfermedad entre los años de estudio ($p=0,37$). el 70,5% de los casos eran hombres, con una media de edad de 32,0 años,

autóctono (81,1%). Los niños de 0-4 años y los adultos de 25-44 años son los grupos de edad con mayor incidencia. Concluyen que la leishmaniasis es endémica en Barcelona. Se diagnostica principalmente en hombres de mediana edad, con mayor incidencia en personas de origen extranjero.

- En Bolivia, 2011. Maita Garcia; Miranda Gutiérrez; Marañón Mendoza; Carvajal Yañez; Santander López ⁽¹²⁾. Realizan un estudio observacional, descriptivo, longitudinal retrospectivo, titulado “Características epidemiológicas de la Leishmaniasis en Cochabamba”. El universo estuvo conformado por 1452 casos. La fuente de obtención de datos es a través de la ficha clínica epidemiológica de los pacientes. De los resultados: El año 2003 la incidencia fue mayor de 17 por cada 100000 habitantes que corresponde al 17,6%; del total de datos los grupos de edad más afectados fueron de 21 -30 años con 24,05%; el sexo masculino fue el más afectado, 80,7%; en cuanto al lugar probable de contagio, Chapare presentó mayor número de casos con 65,3% (915 casos); en cuanto a la forma clínica de la leishmaniasis la más frecuente es la forma cutánea con 78,9%. Concluye que las tasas de incidencia más altas se ha dado en el año 2003, la edad promedio de los pacientes es de 30 años, el sexo masculino fue más afectado en más del 80% y la forma cutánea fue la forma clínica más frecuente.

A nivel nacional

- En Lima, 2014. Casusol Flores ⁽¹³⁾ realiza un estudio descriptivo transversal, de título “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre leishmaniasis en la población del distrito de Salas”. La muestra fue de 390 habitantes de 11 caseríos. Se utilizó una encuesta de 16 preguntas. De los resultados, el 74.3% tiene regular conocimiento y el 14.5% tiene conocimiento malo; un 94.4% tiene prácticas inadecuadas y solo el 5.6% tiene prácticas adecuadas; el 98.4% tiene actitud adecuada sobre esta enfermedad. Concluye que la población tiene regular conocimiento, sus prácticas que realizan son inadecuadas en cambio tienen una buena actitud frente a esta enfermedad
- En Piura, 2014. Campos Guevara; Meléndez Marón ⁽¹⁴⁾, realizan un estudio analítico retrospectivo de casos y controles de título “Factores de riesgo para la transmisión de leishmaniasis cutánea en el distrito de Sapillica, Ayabaca Piura” la muestra fue de 52 casos y 104 controles. De los resultados se encontró como factores significativos de riesgo para la transmisión de leishmaniasis a: Canales pozos o charcos cercanos a la vivienda OR 3,803 (1,032-14,008) $p=0,045$; actividad peri domiciliaria entre las 18- 20 horas OR 6,100 (2,387-15,591) $p=0,00$; No usa ropa nocturna con protección mayor del 50% OR 4,091 (1,548-10,806) $p=0,004$; Conocimiento de Leishmaniasis OR 3,168 (1,044- 9,619) $p=0,042$.
- En Cajamarca, 2010. Zorrilla; Agüero; Cáceres; Tejada; Ticlla; Martínez ⁽¹⁵⁾. Realizan un estudio de título “Factores de riesgo que determinan la transmisión de la leishmaniasis en el valle Llaucano, Chota-Cajamarca.

Entrevistaron 727 personas. De los resultados: Se diagnosticó 206 casos de leishmaniasis, 63 lesiones activas y 143 cicatrices. La leishmaniasis se presenta en todos los grupos de edad y ambos sexos están afectados en proporciones similares, siendo más frecuente en menores de 10 años. El alto porcentaje de lesiones en cara y miembros superiores, sugiere una transmisión domiciliaria de la enfermedad. Los factores de riesgo asociados con la transmisión, viviendas dispersas ubicadas en áreas rurales (OR 3,97, IC95% 1,94-8,14), dormir en viviendas improvisadas en medio de las chacras en condiciones precarias (OR 4,59, IC95% 3,22-6,54), cultivos de café (OR 7,83, IC95% 3,57-17,17), caña de azúcar (OR 4,99, IC95% 2,42-10,27) y frutas (OR 3,62, IC95% 1,72-7,61) en peridomicilio; hacinamiento con 6 ó más personas por vivienda (OR=3,25, IC95% 1,50-7,10); animales domésticos en el domicilio, principalmente perros (OR=4,03, IC95% 1,98-8,20). La prevalencia acumulada fue de 283,4/1000 hab.

A nivel local

No se encontraron estudios a nivel regional y local recientes en relación a nuestro estudio de investigación.

2.2 BASES TEÓRICAS QUE SUSTENTA EN EL ESTUDIO

Teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos preceptuales que son modificados por las características situacionales personales e

interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, basándose en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Las personas adoptan conductas saludables cuando los individuos que influyen en su vida les inculcan a realizarlo, es por ello que los profesionales de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de la salud ⁽¹⁶⁾

2.3 BASES CONCEPTUALES:

Leishmaniasis

La leishmaniasis es causada por un protozoo parásito del género *Leishmania*, que cuenta con más de 20 especies diferentes y se transmite a los humanos por la picadura de flebótomos hembra infectados ⁽¹⁷⁾

La leishmaniasis se caracteriza por comprometer la piel, mucosas y vísceras, según la especie de leishmania y la respuesta inmune del huésped. Son enfermedades crónicas de patogenicidad baja y morbilidad relativa ⁽¹⁸⁾

Modo de Trasmisión

La leishmaniasis se transmite por la picadura de flebótomos hembra infectados. Su epidemiología depende de las características de la especie del parásito, las características ecológicas locales de los lugares donde se transmite, la exposición previa y actual de la población humana al parásito y las pautas de comportamiento humano. Hay unas 70 especies animales, entre ellas el hombre, que son reservorios naturales de *Leishmania* ⁽¹⁹⁾

Reservorio

Existe gran variedad de animales silvestres y domésticos considerados como reservorio de la leishmania. En las áreas andinas, se ha encontrado infectado naturalmente al perro doméstico y a una gran variedad de roedores, que incluye a la rata, entre otros. Se ha encontrado, en algunos estudios, que los parásitos aislados en el hombre y en la rata pertenecen a la misma especie. En la selva, aún no se ha podido determinar los reservorios ⁽²⁰⁾

El vector

En el Perú se ha encontrado como vector de la leishmaniasis a la lutzomyia, de las cuales existen 131 especies. Dentro de ellas tenemos a la Lutzomyia peruensis que es el vector de la "uta". Lutzomyia ayacuchensis es el vector de la leishmaniasis cutánea andina. Lutzomyia verrucarum es probable vector de leishmaniasis en algunas áreas endémicas de las provincias de Bolognesi y Huarochirí. Lutzomyia tejadai en las provincias de Ambo y Huánuco. El vector se distribuye desde los 1000 hasta los 3000 msnm⁽²¹⁾

Formas de leishmaniasis

Leishmaniasis visceral o kala azar

Esta enfermedad se encuentra localizada en un 90% en la parte nordeste de la India, Sudan y Brasil. No solamente es transmitida por el mosquito, sino que también puede ser contagiada congénitamente o parenteralmente (transfusiones, agujas compartidas, etc.). El período de

incubación suele ser varias semanas o meses y las manifestaciones son fiebre, caquexia, color gris de la piel, esplenomegalia y hepatomegalias progresivas. Las personas con Leishmaniasis visceral pueden morir si no se tratan adecuadamente. El tratamiento incluye antimonio pentavalente y la formulación ribosómica de anfotericina B. La miltefosina en dosis de 100 a 150 mg/día ha estado asociada a un elevado índice de curaciones ⁽²²⁾

Leishmaniasis cutánea

Es la forma más frecuente de leishmaniasis, y produce en las zonas expuestas del cuerpo lesiones cutáneas, sobre todo ulcerosas, que dejan cicatrices de por vida y son causa de discapacidad grave ⁽²³⁾. El periodo de incubación oscila entre semanas y meses. La primera manifestación es una pápula en la picadura del mosquito. La lesión evoluciona a nodular y ulcerativa con una depresión central rodeada de un borde endurecido. Algunas lesiones pueden perdurar como nódulos o placas. Otros signos o síntomas son lesiones múltiples primarias o satélites, adenopatías regionales, dolor, prurito e infecciones bacterianas secundarias. El diagnóstico se realiza mediante raspado de la lesión para el examen histológico o aspirado de los nódulos linfáticos para el cultivo del protozoo.

El tratamiento cuando se desea rapidez en la resolución de la lesión, el antimonio pentavalente es el recomendado ⁽²⁴⁾

Leishmaniasis mucosa o mucocutánea

Conduce a la destrucción parcial o completa de las membranas

mucosas de la nariz, la boca y la garganta. Más del 90% de los casos de leishmaniasis mucocutánea se producen en el Brasil, el Estado Plurinacional de Bolivia, Etiopía y el Perú ^(25, 26).

Brote epidémico: Un brote epidémico es la aparición de una epidemia en un área geográfica reducida y durante un corto lapso de tiempo ⁽²⁷⁾

Pandemia: Una pandemia es una epidemia que se extiende en distintos países y continentes. Durante una pandemia hay un alto grado de inestabilidad y un fácil traslado de la enfermedad de un sector geográfico a otro. Entre los fenómenos asociados a epidemias, brotes y pandemias, tienen mayor potencial de riesgo en nuestro país el cólera, el dengue, la fiebre chikungunya y la gripe. Es importante tener presente un conjunto de recomendaciones básicas para el cuidado de la salud ante los temas mencionados, ya sea antes, durante o después de haberse presentado la enfermedad ⁽²⁸⁾

Endemia: Es una enfermedad localizada en un lugar geográfico muy determinado y con un alto número de personas afectadas. Es un proceso patológico que se mantiene a lo largo de mucho tiempo en una población o zona geográfica ⁽²⁹⁾

Criterio epidemiológico: Procedente de zonas endémicas o de nuevas áreas de transmisión de leishmaniasis mucocutánea, cuando menos desde hace dos semanas ⁽³⁰⁾

Criterio clínico: Presencia de una o más lesiones granulomatosas elevadas o ulceradas de la mucosa nasal, boca, paladar blando, faringe, con antecedente de lesiones cutáneas activas o cicatrizadas, habiéndose excluido lesión por bacterias comunes.

2.3 HIPÓTESIS

Hi: Las características clínico epidemiológicas de los pacientes con leishmaniasis son similares en ambos sexos.

Ho: Las características clínico epidemiológicas de los pacientes con leishmaniasis no son similares en ambos sexos.

2.4 VARIABLES

Variable de caracterización

Características clínico epidemiológicas

Variable de interés

Leishmaniasis

2.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN	DIMENSIÓN	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
Edad	Demográfico	Años cumplidos	Numeral
Sexo		Masculino Femenino	Nominal
Ocupación		Ocupación en el momento de la infección	Nominal
Año de diagnóstico		Por año	Numeral
Antecedente de uta	Epidemiológico	Si No	Nominal
Lugar probable de infección		Por departamento	Nominal
Tiempo de enfermedad		En meses	Numeral
Procedencia del caso		Autóctono Importado	Nominal
Tipo de leishmaniasis	Clínico	Cutánea Mucocutanea	Nominal
Localización cutánea		Cara/cuello M. inferior M. superior tronco	Nominal
Localización mucosa		Uvula Paladar Faringe Fosas nasales	Nominal
Síntomas y signos		Dolor en la lesión Prurito local Tupidez nasal	Nominal
Tipo de diagnostico		Frotis Suero	Nominal
VARIABLE DE INTERES		DIMENSIÓN	VALOR FINAL
Leishmaniasis		Caso confirmado de leishmaniasis	Nominal

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio retrospectivo, porque se recogerá información de hechos ya pasados en la población en estudio.

Estudio de corte transversal, porque se tomara la información en un solo momento.

3.1.1 ENFOQUE

Estudio de enfoque cuantitativo porque se cuantificara la información para que en base a ello se analice las frecuencias de las variables en estudio, de los resultados obtenidos, estas serán analizadas haciendo uso de la estadística descriptiva.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Estudio de nivel descriptivo, porque solo se describirá la información variable por variable tal como se observen los hechos.

3.1.3 DISEÑO

Se siguió un diseño epidemiológico, observacional de nivel descriptivo, con el siguiente esquema:

M..... O1

M: Muestra

O: observación

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población muestral estuvo conformada por el total de pacientes con diagnóstico confirmado de leishmaniasis quienes cuentan con sus respectivas fichas de investigación epidemiológica, atendidos entre los años 2014 a 2016 que suman 61 pacientes.

3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión

Criterio de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de leishmaniasis que cuentan con sus fichas de investigación epidemiológica completa atendidos entre los años 2014 a 2016.

Criterio de exclusión

- Pacientes con examen de laboratorio negativo.
- Pacientes con fichas de investigación epidemiológica incompleta.

El tipo de muestreo a utilizar fue el no probabilístico por conveniencia, en función a que se tomará a todos los casos diagnosticados con leishmaniasis durante el periodo en estudio, a fin de evitar sesgos en la información.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 Para la recolección de datos

Técnicas: La técnica a utilizar fue el análisis documental, ya que se analizó la información de los documentos considerados válidos como

la ficha de investigación epidemiológica y las historias clínicas de los pacientes en estudio.

Instrumentos: El instrumento a utilizarse fue la ficha de recolección de datos, la cual servirá para recoger información de la ficha de investigación epidemiológica y de la Historia clínica de los pacientes en estudio y en base a ello establecer las características clínico epidemiológicas de los casos de leishmaniasis reportados.

Para determinar la validez del instrumento de recolección de datos, se utilizó el juicio de expertos, para validar el contenido, para ello se seleccionará de manera independiente un grupo de ocho (08) expertos en el área para que juzguen los ítems del instrumento en términos de relevancia del contenido de redacción y la claridad del mismo; con la información que aportan los expertos se realizará los ajustes necesarios al instrumento y se procederá a aplicar en la muestra de la población seleccionada. Así mismo para la validación del instrumento se utilizó el grado de concordancia entre los jueces según prueba binomial.

3.3.2 Para la presentación de datos

Para la presentación de datos de la presente investigación se considerara las siguientes etapas:

Revisión de los datos: Se examinaron en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaran en el

presente estudio; así mismo, se realizará el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias en los mismos.

Codificación de los datos: Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio. Los datos se clasificaron de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.

Procesamiento de los datos: Luego de la recolección de datos estos fueron procesados en forma manual, mediante el programa de Excel previa elaboración de la tabla de código y tabla matriz, así mismo se realizó una base de datos en el software SPSS V.22.

Plan de tabulación de datos: En base a los datos que se obtenga y para responder al problema y objetivos planteados en el presente proyecto de investigación, se tabularon los datos en cuadros de frecuencias y porcentajes, para la parte descriptiva de la investigación, lo cual facilitó la observación de las variables en estudio.

Presentación de datos: Se presentan los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio, a fin de realizar el análisis e interpretación de los mismos de acuerdo al marco teórico.

3.3.3 Para el análisis e interpretación de datos

Luego de la recolección de la información y la elaboración de la base de datos en el software respectivos, se procedió a la presentación de la información mediante figuras y tablas teniendo en cuenta la estadística descriptiva sobre proporciones y frecuencias.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1 PROCESAMIENTO DE DATOS

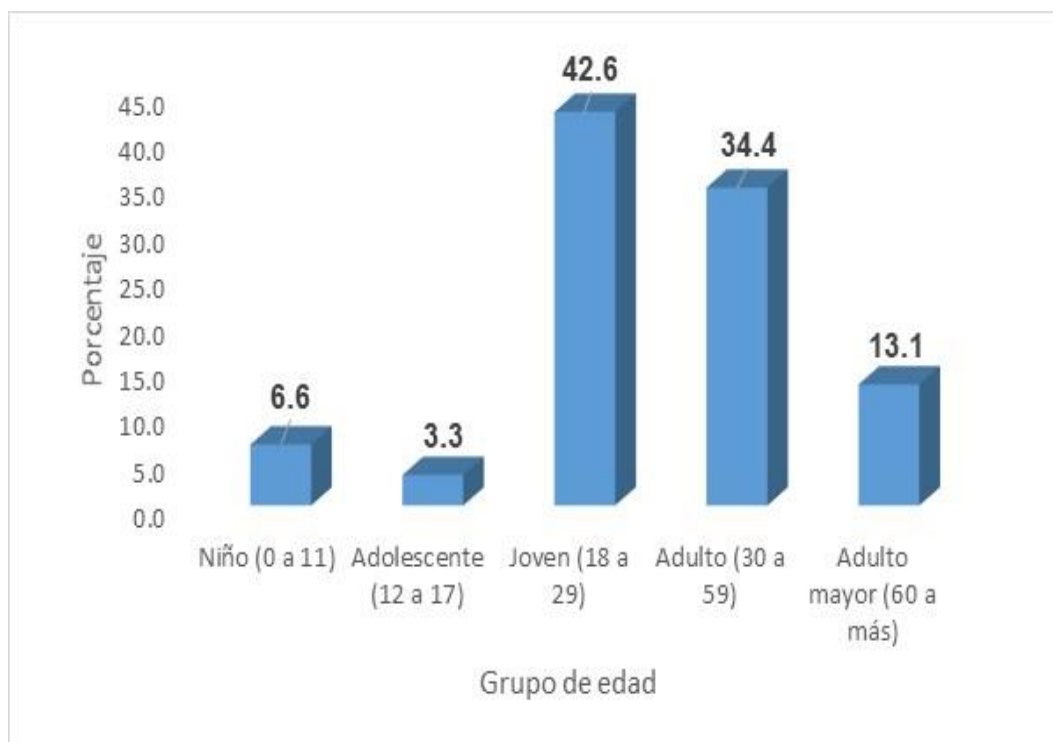
4.1.1 Datos demográficos

Tabla N° 01. Distribución del grupo en estudio según datos demográficos – Hospital Tingo María, 2014 - 2016

Variable	n = 61	
	Frecuencia	Porcentaje
Edad:		
Niño (0 a 11)	4	6.6
Adolescente (12 a 17)	2	3.3
Joven (18 a 29)	26	42.6
Adulto (30 a 59)	21	34.4
Adulto mayor (60 a más)	8	13.1
Sexo:		
Masculino	44	72.1
Femenino	17	27.9
Ocupación:		
Agricultor	36	59.0
Ganadero	2	3.3
Militar	18	29.5
Otros	5	8.2
Año de diagnóstico:		
2014	20	32.8
2015	22	36.1
2016	19	31.1

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

**Grafico N° 01: Porcentaje del grupo en estudio según grupo de edad
Hospital Tingo María, 2014 - 2016**

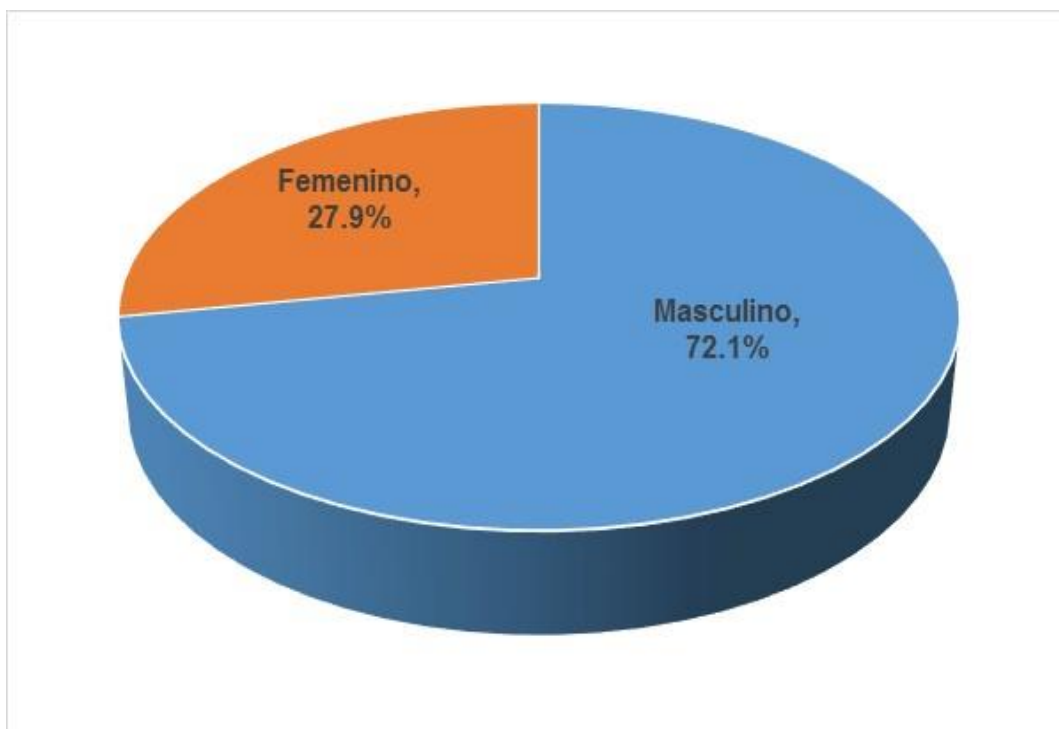


FUENTE: Tabla N° 01.

En la figura se precisa del total de 61 pacientes con diagnóstico de leishmaniasis atendidos en el Hospital de Tingo María, la población joven de 18 a 29 años fueron los más afectados [46,2%(26)], lo siguen la población adulta de 30 a 59 años [34,4%(21)], se evidencia así mismo que un buen porcentaje de pacientes ocupan la población adulta mayor con un [13,1%(08)].

La edad promedio de los afectados fue de 34,4 años, siendo la edad mínima de tres años y la máxima de 85 años con un DS de 18,6. La moda de las edades fue de 18 años.

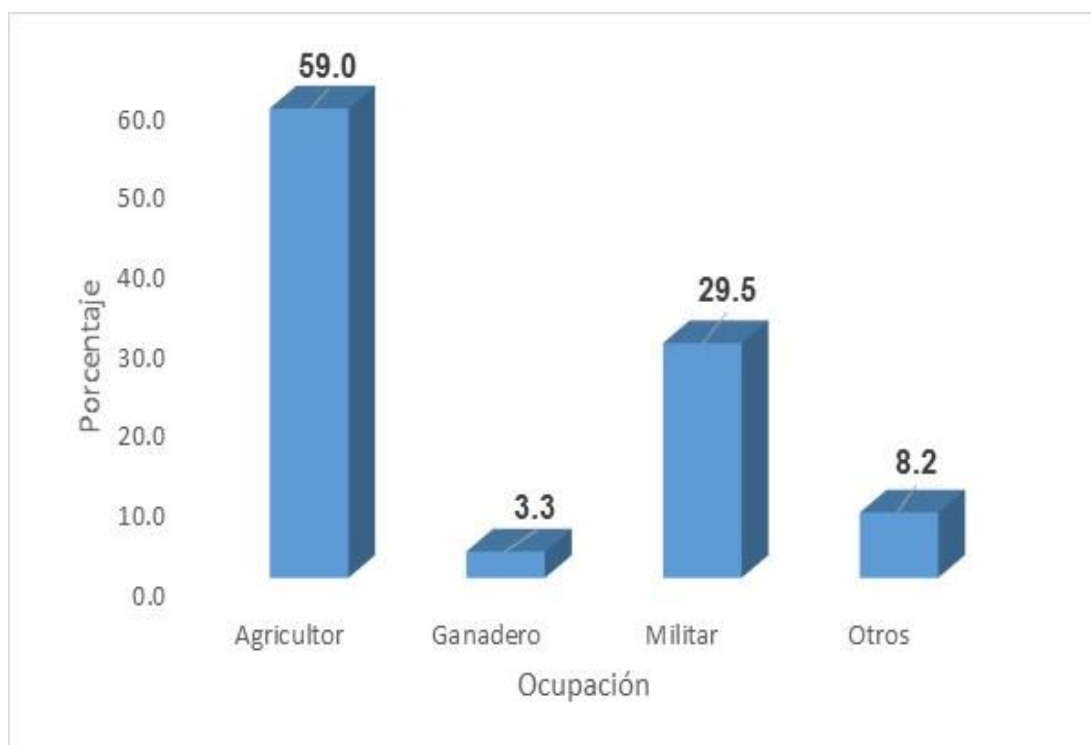
Grafico N° 02: Porcentaje del grupo en estudio según sexo
Hospital Tingo María, 2014 - 2016



FUENTE: Tabla N° 01.

En la figura se precisa que del total de la población diagnosticada con leishmaniasis en el Hospital Tingo María fueron la población masculina ya que abarca el [72,1%(44)] del total de casos. La población femenina ocupa el [27,9%(17)] de los casos reportados.

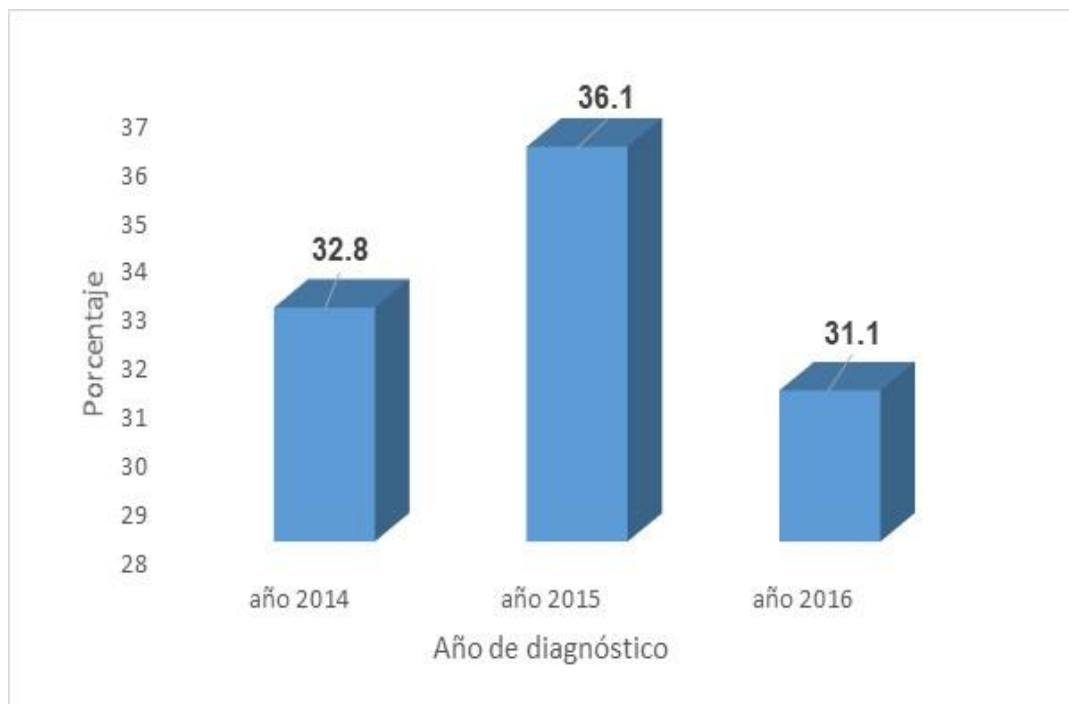
Grafico N° 03: Porcentaje del grupo en estudio según ocupación
Hospital Tingo María, 2014 – 2016



FUENTE: Tabla N° 01.

En la figura se precisa que del total de la población diagnosticada con leishmaniasis en el Hospital Tingo María, la más afectada es la población que se dedica a la agricultura con un [59,0%(36)], un segundo lugar ocupa la población militar [29,5%(18)].

Grafico N° 04: Porcentaje del grupo en estudio según año de diagnóstico - Hospital Tingo María, 2014 - 2016



FUENTE: Tabla N° 01.

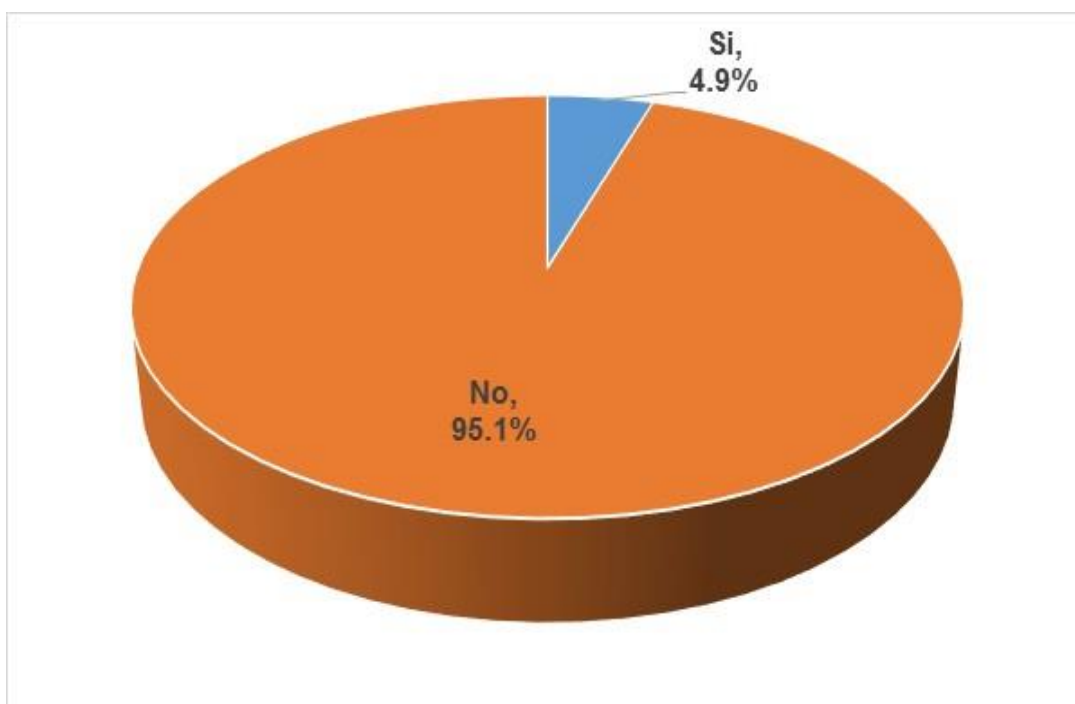
En la figura se precisa que del total de la población diagnosticada con leishmaniasis en el Hospital Tingo María en los últimos tres años de estudio, se evidencia que en el año 2015 se reportaron mayor número de casos [36,2%(22)], seguida por el año 2014 [32,8%(20)]. El promedio de casos para los últimos tres años de estudio es de 20,3 casos por año.

Tabla N° 02: Distribución del grupo en estudio según antecedentes epidemiológicos – Hospital Tingo María, 2014 - 2016

Variable	n = 61	
	Frecuencia	Porcentaje
Antecedente de leishmaniasis:		
Si	3	4.9
No	58	95.1
Distrito probable de Infección:		
Rupa Rupa	40	65.6
José Crespo Castillo	2	3.3
Mariano Dámaso Beraum	1	1.6
Otros	18	29.5
Tiempo de enfermedad:		
< 3 meses	17	27.9
3 a 6 meses	39	63.9
> 6 meses	5	8.2
Procedencia del caso:		
Autóctono	43	70.5
Importado	18	29.5

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

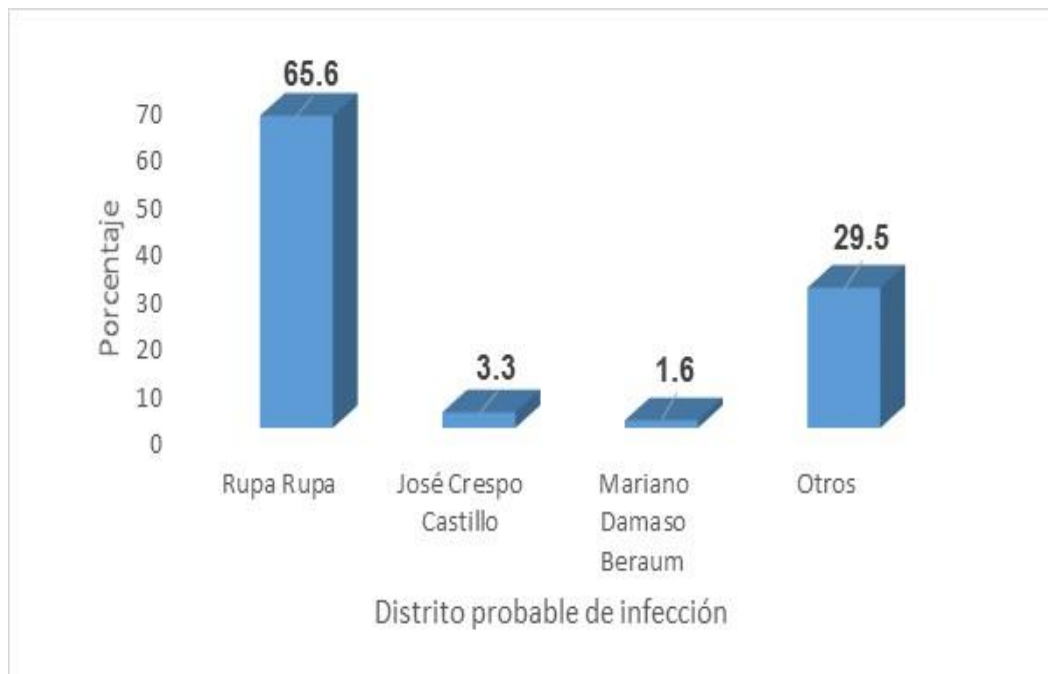
Grafico N° 05: Porcentaje del grupo en estudio según antecedentes
Hospital Tingo María, 2014 - 2016



FUENTE: Tabla N° 02.

En relación a antecedentes de haber sufrido anteriormente de leishmaniasis, la población en estudio manifestó en un [95,1%(58)] que no tenía antecedentes de leishmaniasis y por lo tanto era la primera vez que adquirirían este daño. Solo el [4,9%(03)] manifestó que ya habían tenido años anteriores leishmaniasis cutánea.

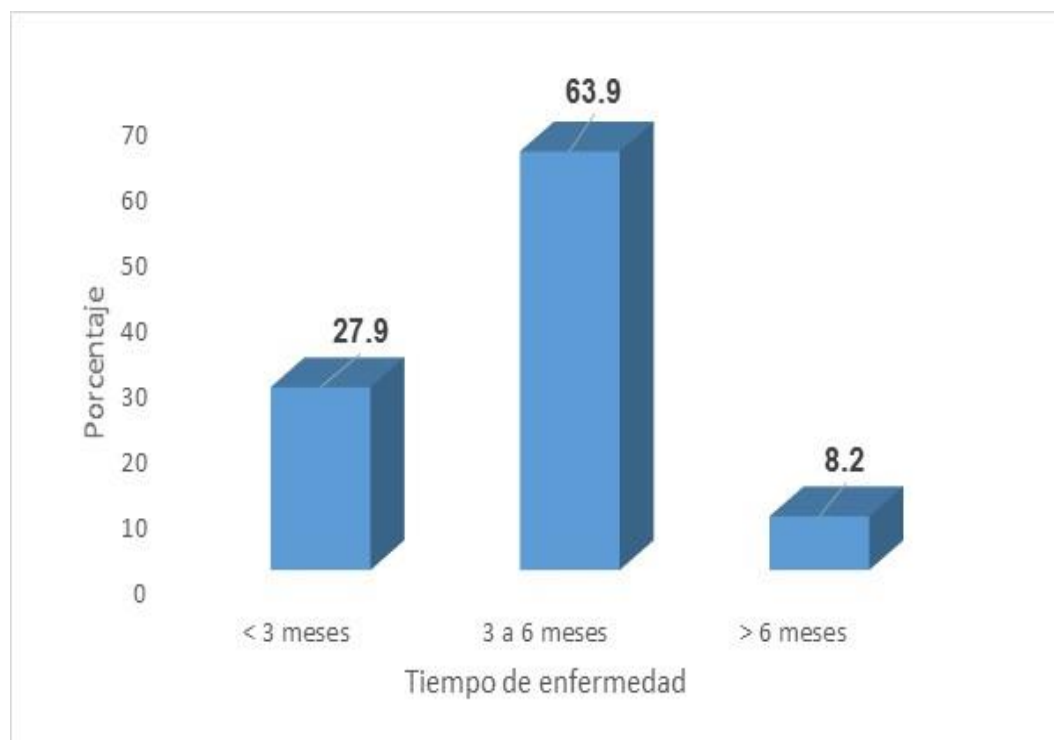
Grafico N° 06: Porcentaje del grupo en estudio según distrito de infección - Hospital Tingo María, 2014 - 2016



FUENTE: Tabla N° 02.

En relación al lugar probable de infección en la que se adquirió la leishmaniasis, en nuestro estudio se encontró que mayoritariamente corresponden al distrito de Rupa Rupa, provincia de Leoncio Prado [65,6%(40)]. Así mismo un [29,5%(18)] corresponden como lugar de infección a distritos que corresponden a regiones de vecinas como son San Martín y Ucayali.

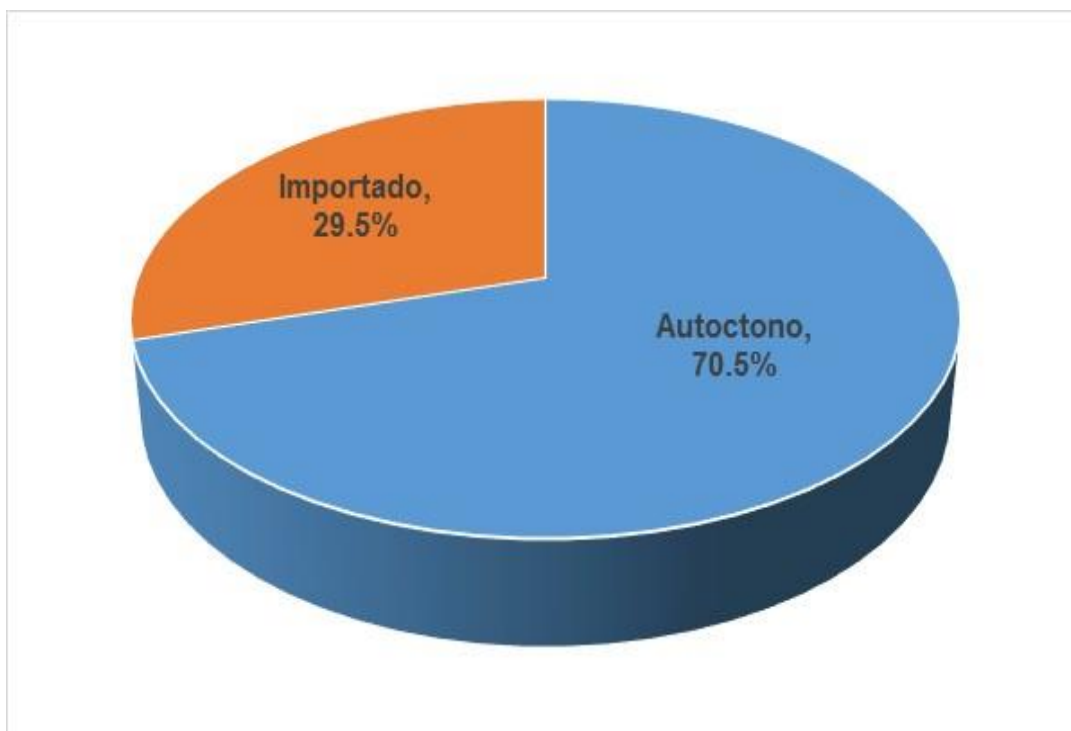
Grafico N° 07: Porcentaje del grupo en estudio según tiempo de enfermedad - Hospital Tingo María, 2014 - 2016



FUENTE: Tabla N° 02.

En relación al tiempo de enfermedad desde la presentación de la ulcera hasta acudir a recibir una consulta médica para el descarte respectivo, el [63,9%(39)] lo realizo entre 3 a 6 meses de haber presentado la herida. El [27,9%(17)] acudió a realizar su descarte de leishmaniasis a través de una consulta médica antes de los 3 meses de la aparición de la lesión.

Grafico N° 08: Porcentaje del grupo en estudio según procedencia del caso - Hospital Tingo María, 2014 - 2016



FUENTE: Tabla N° 02.

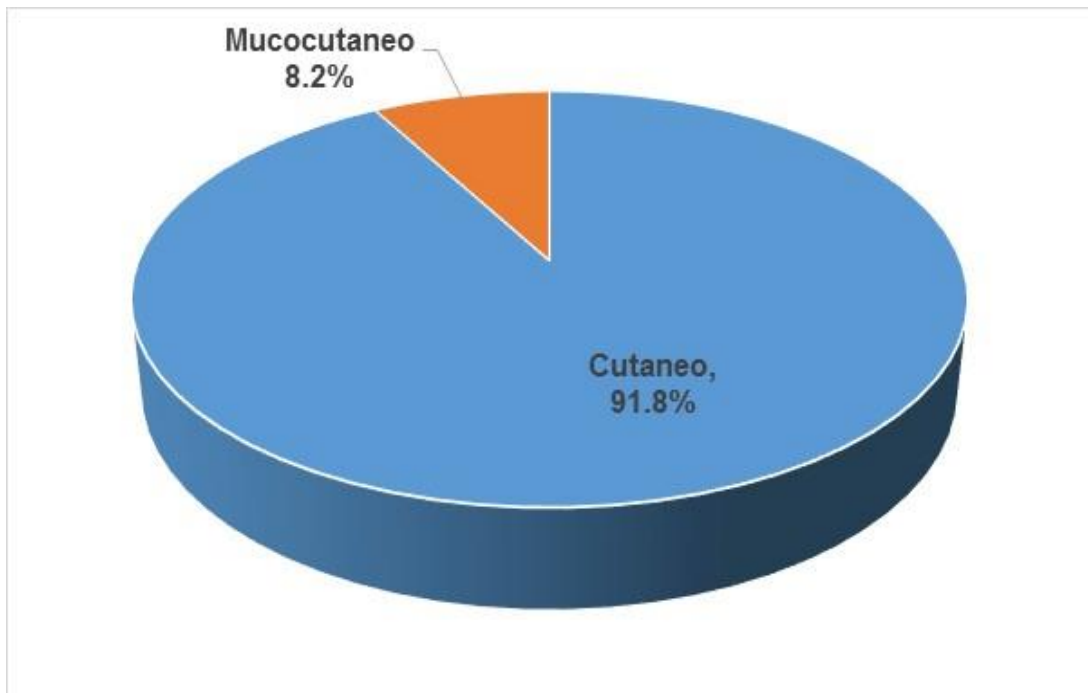
En relación a la presentación de casos de leishmaniasis según procedencia, se observa que el [70,5%(43)] son casos autóctonos es decir con lugar probable de infección los distritos de la provincia de Leoncio Prado. Solo el [29,5%(18)] fueron casos importados correspondientes mayoritariamente como lugar de infección a localidades de regiones vecinas como Ucayali y San Martín.

Tabla N° 03: Distribución del grupo en estudio según cuadro clínico
Hospital Tingo María, 2014 - 2016

Variable	n = 61	
	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de leishmaniasis:		
Cutáneo	56	91.8
Mucocutaneo	5	8.2
Localización Cutánea:		
Cara/cuello	2	3.6
Miembro inferior	28	50.0
Miembro superior	23	41.1
Tronco	3	5.3
localización Mucosa:		
Fosas nasales	3	60.0
Paladar	2	40.0
Síntomas y signos:		
Dolor en la lesión	56	91.8
Prurito local	57	93.4
Tupidez local	5	8.2
Forma de diagnóstico:		
Frotis	34	55.7
Suero	27	44.3

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

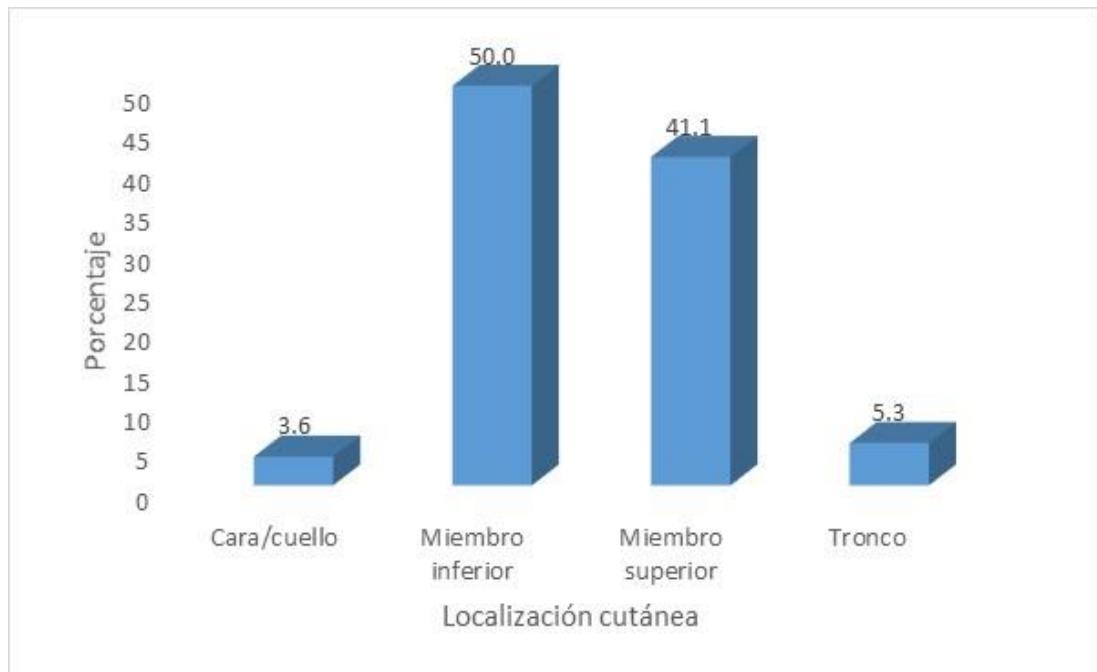
Grafico N° 09: Porcentaje del grupo en estudio según tipo de leishmaniasis - Hospital Tingo María, 2014 – 2016



FUENTE: Tabla N° 03.

En la figura se precisa en relación al tipo de leishmaniasis reportado en el Hospital Tingo María durante los años de estudio, se evidencia que mayoritariamente se reportó casos de leishmaniasis cutánea [91,8%(56)], seguida por un [8,2%(05)] de casos de leishmaniasis mucosa.

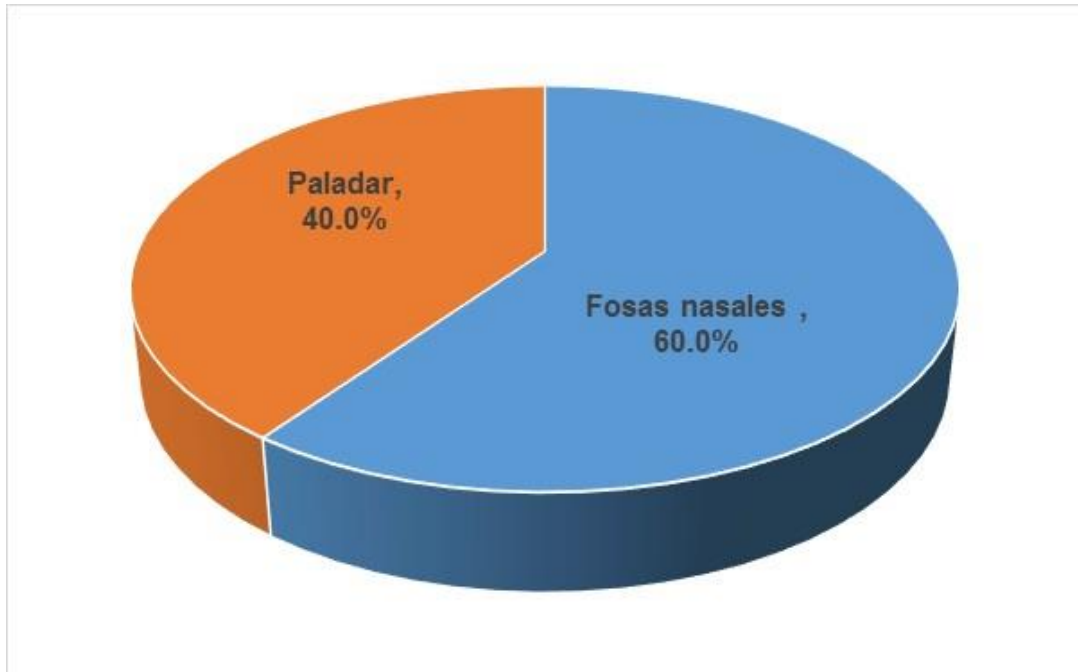
Grafico N° 10: Porcentaje del grupo en estudio según localización cutánea - Hospital Tingo María, 2014 - 2016



FUENTE: Tabla N° 03.

En la figura se precisa en relación a la localización de la lesión cutánea, el [50,0%(28)] se presenta en los miembros inferiores, seguida por un [41,1%(23)] en la que la lesión de la leishmaniasis cutánea se presentó en los miembros superiores. El [5,3%(03)] fue reportado como leishmaniasis cutánea localizada a nivel del tronco.

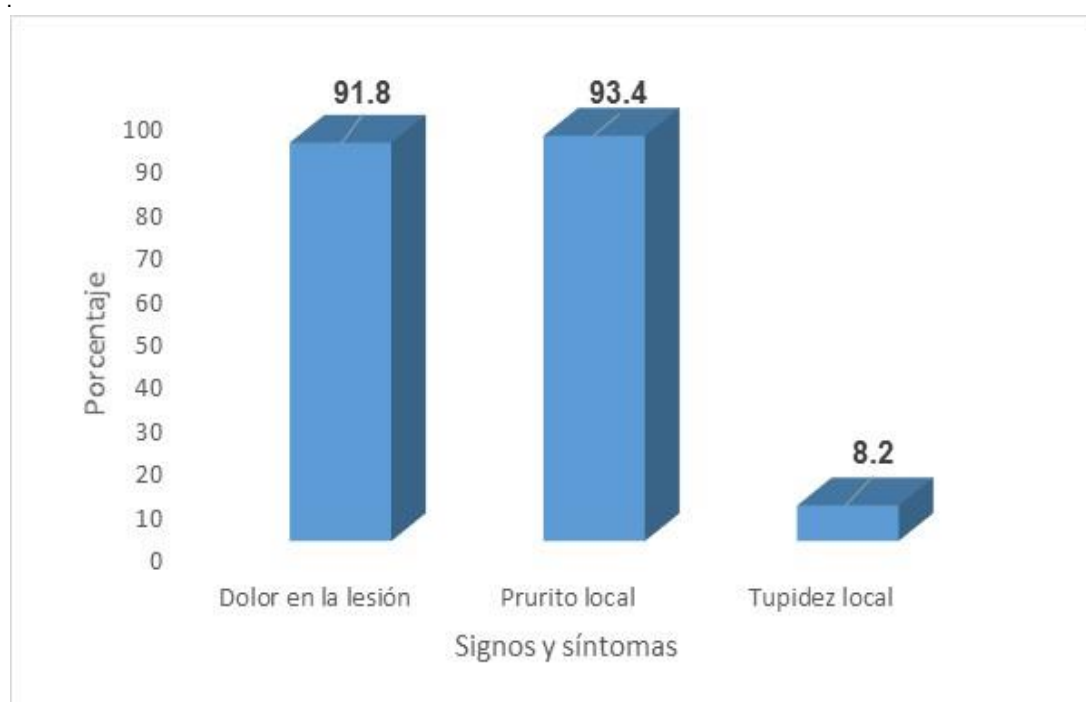
Grafico N° 11: Porcentaje del grupo en estudio según localización mucosa - Hospital Tingo María, 2014 - 2016



FUENTE: Tabla N° 03.

En relación a la localización del total de leishmaniasis mucosa reportados, de pacientes atendidos en el hospital de Tingo María en los tres años de estudio, se evidencia que mayoritariamente estas se localizan en las fosas nasales [60,0%(03)] y el [40,0%(02)] se localizaron a nivel del paladar.

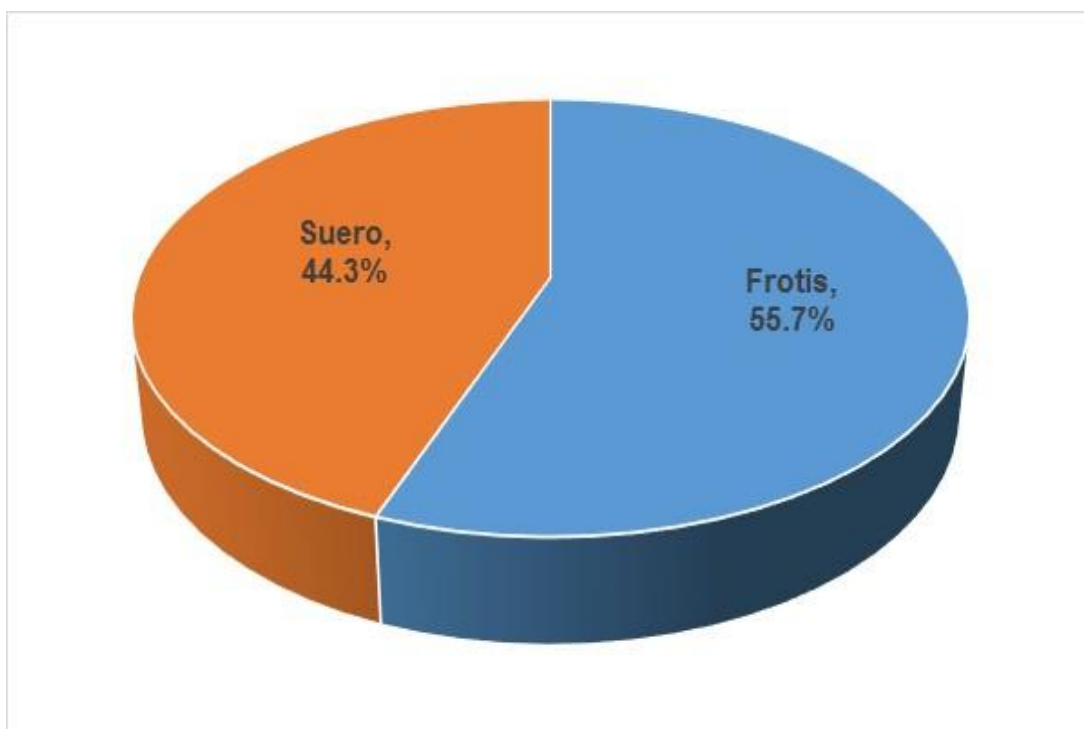
Grafico N° 12: Porcentaje del grupo en estudio según signos y síntomas Hospital Tingo María, 2014 - 2016



FUENTE: Tabla N° 03.

En relación a los signos y síntomas presentes en los pacientes con diagnóstico de leishmaniasis, el [93,4%(57)] presentó prurito en la zona afectada, muy seguida con un [91,8%(56)] que presentó dolor en la lesión. El [8,2%(05)] presentó tupidez nasal la cual está relacionada a la leishmaniasis mucocutanea.

Grafico N° 13: Porcentaje del grupo en estudio según forma de diagnóstico - Hospital Tingo María, 2014 - 2016



FUENTE: Tabla N° 03.

En la figura se precisa en relación a la forma de diagnóstico laboratorial, el [55,7%(34)] fue diagnosticado a través de frotis de la lesión. El [44.3%(27)] el diagnóstico de la lesión se realizó mediante serología.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS

La Leishmaniasis es una enfermedad re-emergente en el mundo que hace parte del grupo de enfermedades desatendidas ⁽³¹⁾. Constituye un serio problema de Salud Pública, tanto a nivel nacional como mundial. Si bien no es causa directa de muerte, constituye motivo de incapacidad física temporal y a veces definitiva ⁽³²⁾.

El incremento del número de pacientes en los últimos años en los diferentes lugares de nuestro país se debe a la creación de nuevas vías de penetración a zonas endémicas y a la “invasión” de la población a zonas boscosas, lugares en la que existe presencia de los elementos que forman la cadena epidemiológica de la leishmaniasis. ⁽³³⁾ Para la aparición de la enfermedad es necesaria la presencia de reservorios infectados del parásito, los vectores y el huésped. ⁽³⁴⁾

Los estudios clínicos y epidemiológicos nos permiten identificar factores de riesgo de exposición a la enfermedad, la cual nos permite diseñar estrategias que favorezcan la prevención del daño o evento a controlar, en base a ello en nuestro estudio se evidencio que la edad promedio de los afectados con leishmaniasis fue de 34, 4 años de edad con predominio en la etapa de vida joven de 18 a 29 años y del sexo masculino (72,1%). La edad y el sexo por lo general son factores prevalentes para la leishmaniasis pues las personas jóvenes y adultos jóvenes principalmente varones incursionan

mayormente en áreas endémicas exponiéndose al vector. Estudios como el de Benavides y col ⁽³⁵⁾ indican que la población mayormente afectada son los menores de 35 años con un 84,8% con predominio en varones en relación a las mujeres. Así mismo otros estudios como el de Zambrano ⁽³⁶⁾ refiere que la población más afectada es el de sexo masculino con un 52,9%. Para Riera y Col ⁽³⁷⁾ según los resultados de su estudio, encuentra que el 70,5% de los casos de leishmaniasis corresponden a varones con una media de edad de 32 años. De igual manera Maita Garcia y Col ⁽³⁸⁾ encontró en su estudio que la población más afectada son los del sexo masculino (80,7%) entre las edades de 21 a 30 años.

En relación a la ocupación, los agricultores son los más afectados con este daño en razón a la exposición directa al vector, lo que supone como un factor de riesgo el ser agricultor. Así mismo los más afectados son la población militar, en función a que en forma constante ingresan a zonas boscosas que es el hábitat natural del vector, su ingreso a estas zonas es debido a los operativos militares que realizan. En el estudio de Chávez Mancilla y col ⁽³⁹⁾ menciona que el 81,3% de su población en estudio con leishmaniasis era la tropa del ejército y explica al hecho de que este personal son los que mayoritariamente se desplazan a las zonas endémicas.

Las localidades rurales del El distrito de Rupa Rupa son las que reportan el mayor número de casos, en base a ello se indica que las zonas geográficas situadas por debajo de los 1750 m sobre el nivel del mar, con clima cálido, humedad relativa alta y temperatura media entre 25 - 30 °C, presentan las condiciones adecuadas para la transmisión de la enfermedad

cutánea y la proliferación de focos en bosques tropicales donde aún es frecuente la presencia de reservorios y vectores. ⁽⁴⁰⁾

En nuestro estudio la gran mayoría de los pacientes (95,1%) no tenía antecedente de haber sufrido la enfermedad anteriormente, y, en relación al tiempo medio de enfermedad para acudir a una consulta médica a realizarse el respectivo análisis para el descarte de leishmaniasis fue de 3 meses. La posibilidad de encontrar la leishmaniasis en el diagnóstico histopatológico se incrementa en relación al tiempo de enfermedad. Al respecto Chávez Mancilla ⁽⁴¹⁾ al analizar el tiempo de enfermedad en su estudio encontró que la mayoría presentaron un tiempo de enfermedad entre 1 a 2 meses y que así mismo el 80,6% no tenían antecedentes de leishmaniasis. Para Tejada y Col ⁽⁴²⁾ el tiempo de enfermedad es de más o menos menor a un año. Y para Salazar ⁽⁴³⁾ el tiempo de enfermedad es de 1 a 3 meses al momento del diagnóstico.

Para nuestro estudio existe predominio de la leishmaniasis cutánea con 91,8% con localización mayoritaria de miembros inferiores en un 50,0%. Todos los estudios revisados coinciden que la mayor proporción de casos es la leishmaniasis cutánea con localización en miembros inferiores (pierna y pie) tal es así que Salazar M ⁽⁴⁴⁾ evidencia en su estudio predominio de la leishmaniasis cutánea en un 43,0% de su población. Y Chávez Mancilla ⁽⁴⁵⁾ menciona un 88,4% de afectados con leishmaniasis cutánea.

El presente estudio contribuye a establecer las principales características clínicas y epidemiológicas estudiadas por diferentes autores en diferentes lugares, lo que motivara a la realización de estudios similares con diferentes niveles de investigación.

CONCLUSIONES

El estudio ha llegado a las siguientes conclusiones:

- En relación a las variables demográficas, la leishmaniasis fue más prevalente en el joven [42,6%(26)]. El sexo masculino [72,1%(44)], de ocupación agricultor [59,0%(36)].
- Según características epidemiológicas, el [95,1%(58)] presenta la lesión por primera vez. Con predominio del distrito de Rupa Rupa como lugar probable de infección y con un tiempo de enfermedad promedio de 3 meses.
- Según características clínicas, el [91,8%(56)] fue leishmaniasis cutánea, así mismo en el [55,7%(34)] de los casos el diagnóstico se realizó a través de frotis de la lesión.

RECOMENDACIONES

- La estrategia de metaxenicas debe operativizar la información que considere necesario para que se transmita mediante acciones de información, comunicación y educación a las personas familia y comunidad en el marco de promoción de la salud.
- Los profesionales de enfermería en los lugares endémicos a leishmaniasis deben brindar temas de prevención de este daño para lo cual los profesionales deben estar capacitados.
- Capacitar al personal de salud de laboratorio de los diferentes establecimientos de salud para la toma de muestra a través de frotis y serología para el diagnóstico respectivo.
- Los responsables de salud de las Redes y Microrredes deben realizar en forma permanente la vigilancia y control vectorial en las localidades probables de infección a fin de determinar presencia del vector.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albizón, Carlos Mendieta. (2013). Leishmaniasis Tegumentaria. Oficina General de Epidemiología. Ministerio de Salud. . Protocolo de Vigilancia Epidemiológica. Parte I. 1-10.
2. Chávez Mancilla; Sáenz Anduga. Estudio clínico epidemiológico de leishmaniosis en el Hospital Militar Central [Internet] [Citado 21 Jun 2017]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/Chavez_MM/enPDF/T_completo.PDF
3. MINSA Perú. Doctrinas Normas y Procedimientos para el control de la leishmaniosis en el Perú. 2005.
4. Organización Panamericana de la Salud. Leishmaniasis. Informe epidemiológico de las Américas. Informe de leishmaniasis N° 1. Abril 2013
5. Ibíd., p. 13
6. World Health Organization. Control of leishmaniasis: report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniasis, Geneva, 22-26 March 2010. WHO Technical Report Series; No. 949.
7. Dirección General de Epidemiología. Boletín epidemiológico N° 26-2015. [Internet] citado 20 jun 2017]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2015/26.pdf>
8. Casos de Uta en el departamento de Huánuco. Disponible en: <http://diariocorreo.pe/ciudad/224-casos-de-uta-durante-el-2015-en-huanuco-196703>
9. ASIS, 2016 Unidad de Epidemiología Hospital de Tingo María. Pag. 60
10. Zambrano Ormaza. "Detección de leishmaniosis en pacientes que acuden al Centro de Salud Caluma. 2014. [Internet] [Citado 21 Jun 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/reduj/7749/1/BCIEQ-MBC-083%20Zambrano%20Ormaza%20Jeanine%20Elizabeth.pdf>
11. Riera; Napp; Manzanares. Epidemiología de la leishmaniosis humana en la ciudad de Barcelona 1997 al 2014. [Internet] [Citado 20 jun 2017]. Disponible en: http://enfermedadesemergentes.com/articulos/a41/ENF2016-15-02_original-riera.pdf

12. Maita García; Miranda Gutiérrez; Marañón Mendoza; Carvajal Yañez; Santander López. Características epidemiológicas de la Leishmaniasis Cochabamba, 2002-2010. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332011000200003
13. Casusol Flores. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre leishmaniosis en la población del distrito de Salas. [Internet] [Citado 19 jun 2017]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1874/3/casusol_yc.pdf
14. *Campos Guevara; Meléndez Marón. Factores de riesgo para la transmisión de leishmaniosis cutánea en el distrito de Sapillica, Ayabaca Piura. 2014. [Internet] [Citado 20 jun 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/597/T%20619.9364%20C198%202014.pdf?sequence=1>*
15. Zorrilla; Agüero; Cáceres; Tejada; Ticlla; Martínez. Factores de riesgo que determinan la transmisión de la leishmaniasis en el valle Llaucano, Chota-Cajamarca. 2010. [Internet] [Citado 20 jun 2017]. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1345>
16. El Cuidado. Nola Pender. [Internet] Junio 2012. [Citado 27 abril 2017]. Disponible en <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>
17. OMS. Leishmaniasis. Nota descriptiva. Abril 2017. [Internet] [Citado Jun 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/es/>
18. Ministerio de Salud. Oficina General de Epidemiología. Módulos Técnicos. Serie de Monografías. Leishmaniasis. Lima, Perú. 2000:08-83.
19. OMS. Leishmaniasis. Op.,Cit. p.2
20. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Programa de Control de Enfermedades Transmisibles. Control de Malaria y OEM. Doctrina, Normas y Procedimientos para el control de Leishmaniasis en el Perú. Lima 1995:1-66.
21. Tejada; Cáceres; Miranda; Palacios; Zorrilla. Vectores de la leishmaniasis tegumentaria en el valle del Rimac. 2003. [Internet] [Citado jun 2017]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832003000400003&script=sci_arttext

22. OMS. Leishmaniasis. Op.,Cit. p.4
23. OMS. Leishmaniasis. Op.,Cit. p.4
24. *Salazar M, Castro E, "leishmaniasis cutánea, mucocutánea y cutánea difusa. Revisión clínica de los casos en el Hospital Regional de Pucallpa de 1997 a 1999*
25. OMS. Leishmaniasis. Op.,Cit. p.5
26. Leishmaniasis: Tipos de leishmaniasis. Disponible en: <http://leishmaniasisusmp.blogspot.pe/2010/05/tipos-de-leishmaniasis.html>
27. Epidemias brotes y pandemias. Salud en emergencias y desastres. <http://www.msal.gob.ar/salud-y-desastres/index.php/informacion-para-ciudadanos/cuidados-de-la-salud/epidemias-brotes-y-pandemias>
28. *Ibíd.*, p. 2
29. *Ibíd.*, p. 2
30. Norma Técnica diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis en el Perú MINSA.
31. *Campos Guevara; Meléndez Marón. Op., Cot., p. 11*
32. Piel Latinoamericana. Leishmaniasis Tegumentaria. [Internet] 2010 [Citado 29 jun 2017]. Disponible en: <http://piel-l.org/libreria/item/339>
33. *Ibíd.*, p. 1
34. Rondón Lugo, A. J. Reyes O., Ulrich M., Tapia F. Leishmaniasis Cutáneo Mucosa. *Derm Ven* 1985; 23: 11-24.
35. Benavidez A., Muñoz A., Bacca P., Claudio C., Claudio R. Leishmaniasis en Contamana Ucayali Loreto. *Dermatología peruana. Edición especial. Libro de resúmenes de XVII Congreso Nacional de Dermatología. 2002. 6: 82.*
36. Zambrano Ormaza
37. Riera; Napp; Manzanares
38. Maita García; Miranda Gutiérrez; Marañón Mendoza; Carvajal Yañez; Santander López

39. Chávez Mancilla; Sáenz Anduaga. Op. Cit., p.45
40. Urribaren Tb. Leishmaniosis O Leishmaniasis Departamento de Microbiología Y Parasitología, Facultad De Medicina, Unam Publicado; 2012. [Citado 29 jun 2017]. Disponible en: [Http://Www.Facmed.Unam.Mx/Deptos/Microbiologia/Parasitologia/Leishmaniosis.Html](http://www.facmed.unam.mx/Deptos/Microbiologia/Parasitologia/Leishmaniosis.html)
41. Chávez Mancilla; Sáenz Anduaga. Op. Cit., p.27
42. Tejada A.; Tejada O.; Zorrilla V. Leishmaniasis tegumentaria en Ambo Huánuco. Rev. Per de Enf Infec. Y Trop. 2001, 1 (1): 21-8
43. Salazar M., Castro E., Opi. Cit. p. 42
44. *Ibíd.*, p. 42
45. Chávez Mancilla; Sáenz Anduaga. Op. Cit., p.47

ANEXOS

Anexo N° 01

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

El presente tiene por objetivo, determinar las características clínico epidemiológicas de los pacientes con leishmaniasis, atendidos en el Hospital de Tingo María entre el 2014 a Julio del 2016.

Sr. Encuestador Lea usted con atención y complete las preguntas marcando con "x" en una sola alternativa o completando con palabras en las líneas punteadas.

I: Datos demográficos:

1. Edad del paciente:.....años
2. Sexo:
Masculino ()
Femenino ()
3. Ocupación en el momento de la infección:
Agricultor ()
Ganadero ()
Militar ()
Otros:.....
4. Año de diagnóstico:.....

II: Antecedentes epidemiológicos:

5. Antecedente de Leishmaniasis en años anteriores
Si ()
No ()
6. Lugar probable de infección según departamento:
.....
7. Tiempo de enfermedad en meses:.....
8. Procedencia del caso:
Autóctono ()
Importado ()

III: Cuadro clínico y manejo del caso:

9. Tipo de leishmaniasis:

Cutáneo ()

Mucocutáneo ()

10. Localización de la lesión cutánea:

Cara/cuello ()

Miembro inferior ()

Miembro superior ()

Tronco ()

11. Localización de la lesión mucosa.

Úvula ()

Paladar ()

Faringe ()

Fosas nasales ()

12. Síntomas y signos:

Dolor en la lesión ()

Prurito local ()

Tupidez nasal ()

13. Forma de diagnóstico:

Frotis ()

Suero ()

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE ESTUDIO

Características clínico epidemiológicas de la leishmaniasis en pacientes atendidos en el hospital Tingo María, 2014 al 2016.

PROPÓSITO

Se lleva a cabo el estudio con el propósito de determinar las características clínico y epidemiológicas de los pacientes con leishmaniasis atendidos entre los años 2014 al 2016.

SEGURIDAD

El estudio no pone en riesgo la salud física ni psicológica de los pacientes ya que la información se extraerá de las fichas de investigación epidemiológicas e Historia clínica.

PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Participan todo caso con diagnóstico de leishmaniasis que cuente con ficha clínico epidemiológico.

CONFIDENCIALIDAD

La información recabada se mantendrá confidencialmente, no se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

COSTOS

El estudio no afectará recursos económicos ni de la institución hospitalaria ni de los pacientes ya que todos los gastos serán asumidos por los profesionales que desarrollaran el estudio de investigación.

Se firma el presente consentimiento en la que se indica que se cumplirá con las normas de confidencialidad de los datos a obtenerse.

Firma:

ANEXO 03

TABLA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN PRUEBA BINOMIAL

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	p valor
1	1	1	1	1	1	1	0	1	0.03125
2	1	1	1	1	1	1	0	1	0.03125
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
4	1	1	1	1	1	1	0	1	0.03125
5	1	1	1	1	1	0	0	1	0.10938
6	1	1	1	1	1	0	1	1	0.03125
7	1	1	1	1	1	0	1	1	0.03125

Considerándose la validez de cada Ítems cuando $p < 0.05$

El ítem 5 en relación a que si la secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento se obtiene un valor p mayor a 0.05, motivo por lo que el instrumento ha sido modificado y clasificado en 3 partes (datos demográficos, antecedentes epidemiológicos y cuadro clínico) en base a ello se ha mejorado.

PORCENTAJE DE ACUERDO ENTRE LOS JUECES

$$b = \frac{Ta}{Ta+Td} \times 100 = \frac{49}{56} \times 100 = 88$$

El 88% de los jueces concuerdan en las respuestas, es decir aceptan como válida el instrumento de recolección de datos.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general: ¿Qué características clínico epidemiológicas presentaran los pacientes con diagnóstico de Leishmaniasis, atendidos en el Hospital de Tingo María, 2014 al 2016?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Qué características socio demográficas tendrán los pacientes con leishmaniasis atendidas en el Hospital de Tingo María?</p> <p>¿Qué características en relación a antecedentes epidemiológicos tendrán los pacientes con leishmaniasis atendidas en el Hospital de Tingo María?</p> <p>¿Qué características en relación a cuadro clínico y manejo tendrán los pacientes con Leishmaniasis atendidas en el hospital de Tingo María?</p>	<p>Objetivo general: Identificar las características clínico epidemiológicas que presentaran los pacientes con diagnóstico de Leishmaniasis, atendidos en el Hospital de Tingo María, 2014 al 2016</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Describir las características socio demográficas de los pacientes con leishmaniasis atendidas en el Hospital de Tingo María.</p> <p>Describir las características en relación a antecedentes epidemiológicos que presentan los pacientes con leishmaniasis atendidas en el Hospital de Tingo María.</p> <p>Describir las características en relación a cuadro clínico y manejo que presentan los pacientes con Leishmaniasis atendidas en el hospital de Tingo María.</p>	<p>Hipótesis:</p> <p>Hi: Las características clínico epidemiológicas de los pacientes con leishmaniasis son similares en ambos sexos.</p> <p>Ho: Las características clínico epidemiológicas de los pacientes con leishmaniasis no son similares en ambos sexos.</p>	<p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Ocupación</p> <p>Año de dx.</p> <p>Antecedente de uta</p> <p>Lugar probable de infección</p> <p>Tiempo de enfermedad</p> <p>Procedencia del caso</p> <p>Tipo de leishmaniasis</p> <p>Localización cutánea</p> <p>Localización mucosa</p> <p>Síntomas y signos</p> <p>Tipo de diagnóstico</p>	<p>Tipo de Investigación: Enfoque cuantitativo, observacional descriptivo transversal</p> <p>Diseño de investigación: No experimental, de nivel descriptivo.</p> <p>Población y muestra: 61 pacientes con dx. de leishmaniasis.</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Análisis documental Ficha de recolección de datos</p> <p>Validez y confiabilidad Juicio de expertos a través de la prueba binomial</p> <p>Análisis de datos Estadística descriptiva</p>