

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA
MÉDICA



Prevalencia de la Leishmania y su influencia en úlceras
cutáneas en habitantes de la ciudad de Huancabamba
enero-julio 2017

Tesis para obtener el Título Profesional de Tecnólogo Médico

Autor:

Saavedra Benites, Nelly Mariel

Asesor:

Navarro Mendoza, Edgardo

Piura- Perú

2017

INDICE

	Pagina.
Carátula	1
Indice	2
I. Palabras clave	3
II. Titulo	4
III. Resumen	5
IV. Abstract	6
V. Introducción	7
5.1. Antecedentes y fundamentación científica	9
5.2. Justificación de la investigación	12
5.3. Problema	13
5.4. Marco referencial	14
5.5. Hipótesis	44
5.6. Objetivos	44
5.7. Metodología del trabajo	45
VI. Resultados	49
VII. Análisis y discusión	64
VIII. Conclusiones	67
IX. Recomendaciones	68
X. Referencias bibliográficas	69
XI. Anexos	73

I. **Palabras clave**

Prevalencia, Leishmaniasis, úlceras en la piel

Tema	Prevalencia de la leishmania y su influencia en úlceras cutáneas en habitantes de la ciudad de huancabamba enero-julio 2017
Especialidad	Tecnología Médica en Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica
Objetivo	Determinar la prevalencia de la Leishmaniasis y su influencia en úlceras cutáneas en habitantes de la Ciudad de Huancabamba durante el primer semestre del año 2017
Método	Descriptivo, no experimental y transversal

Lineas de Investigación:

Salud Pública

II.

TITULO

**PREVALENCIA DE LA LEISHMANIA Y SU INFLUENCIA EN ÚLCERAS
CUTÁNEAS EN HABITANTES DE LA CIUDAD DE HUANCABAMBA ENERO-
JULIO 2017**

III.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de la Leishmaniasis y su influencia en úlceras cutáneas en habitantes de la Ciudad de Huancabamba durante el primer semestre del año 2017

Metodología: El tipo de investigación es cuantitativo de diseño no experimental, de tipo descriptivo y transversal. La técnica de contrastación de hipótesis será la observación.

Para el presente estudio como universo se han considerado 156 habitantes de la ciudad de Huancabamba, Aplicando operaciones estadísticas se ha determinado como muestra 112 pacientes, que cumplen con los criterios de inclusión.

Resultados: La tabla y el gráfico N° 3 indican que luego de realizarse las pruebas de Leishmaniasis a los pacientes, solo el 4,5 5 resultaron positivos y el 95,5 % resultaron negativos

Conclusiones: La prevalencia de Leishmaniasis en la Ciudad de Huancabamba es baja ya que del total de paciente atendidos solo el 4.5% resultaron positivos y el 95.5% restante resultaron negativos. Estos resultados son considerado muchas veces como brotes de la enfermedad.

El factor Socio – Económico y cultural son dos de los principales factores de riesgo que se determinaron en este estudio, esta afirmación se basa en el alto índice de pobreza.

IV.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of Leishmaniasis and its influence on cutaneous ulcers in inhabitants of the City of Huancabamba during the first semester of 2017

Methodology: The type of research is quantitative non-experimental design, descriptive and cross-sectional. The hypothesis testing technique will be the observation.

For the present study as a universe 156 inhabitants of the city of Huancabamba have been considered, Applying statistical operations has been determined as sample 112 patients, who meet the inclusion criteria.

Results: The table and graph N ° 3 indicate that after the tests of Leishmaniasis were performed on patients, only 4,5 5 were positive and 95,5% were negative

Conclusions: The prevalence of Leishmaniasis in the City of Huancabamba is low since of the total number of patients treated only 4.5% were positive and the remaining 95.5% were negative. These results are often considered as outbreaks of the disease.

The socio-economic and cultural factor are two of the main risk factors that were determined in this study, this affirmation is based on the high poverty index.

La leishmaniasis es producida por un parásito protozoario de la clase Leishmania, que presenta más de 20 especies diferentes. Se sabe que existen más de 90 tipos de flebotominas transmisoras de Leishmania. Se transmite a las personas por la parte de flebotominos femeninos contaminados. (OMS, 2015)

El ciclo empieza cuando el vector toma sangre de un vertebrado infectado, para alimentarse, e ingiere macrófagos infectados con amastigotes presentes dentro de la piel, cuando el vector infectado pica a un huésped le inyecta entre 10 y 100 promastigotes presentes en la proboscis y que penetran en la dermis. La leishmaniasis es transmitida por la picadura de flebótomos, pequeñas moscas. Se reconocen cinco géneros de flebótomos, pero, se reconocen como vectores de la leishmania solo a dos: En Europa, Asia y África, el género Phlebotomus, y en América, el género Lutzomyia.

En el Perú, a la Lutzomyia se la conoce con el nombre de 'manta blanca' o 'titira'. Puede habitar en áreas desérticas, en la floresta y en áreas peridomésticas. Sin embargo, prefiere los lugares húmedos oscuros. (Rabindranath Chuquisengo, 2014)

Hay tres tipos principales de leishmaniasis: instintiva (el tipo más extremo de la infección, frecuentemente conocida como kala-azar), cutánea (la más conocida) y mucocutánea. La leishmaniasis es causada por un parásito protozoario de la clase Leishmania, transmitido por la picadura de las mosquitas de arena contaminadas.

La enfermedad, que influye en las poblaciones más pobres de la tierra, está relacionada con la salud precaria, el desarraigo de la población, las malas condiciones de alojamiento, la deficiencia del marco insensible y la ausencia de activos, con cambios naturales, por ejemplo, la deforestación, el desarrollo de represas, los marcos de los sistemas de agua y la urbanización. Se evalúa que 1.3 millones de casos nuevos ocurren cada año en el planeta y en algún lugar en el rango de 20,000 y 30,000 pases. Solo un pequeño pedazo de la población general contaminada por Leishmania termina experimentando la enfermedad. (OMS, 2015)

En nuestro país, específicamente en la región de Huancabamba, donde se centra el presente trabajo de investigación, se producen brotes de leishmaniasis, que son lesiones cutáneas más típicas, lo que constituye un verdadero inconveniente para el bienestar de las personas que habitan o visitan este territorio, por razones de trabajo vacaciones u otros. El peligro de contraer la enfermedad es debido muchas veces a la ausencia de información sobre los factores de riesgo que deciden y / o condicionan la cercanía de esta dolencia y el desconocimiento sobre los exámenes para tratar la enfermedad

5.1. Antecedes y fundamentación científica

En el Perú, se reportan las formas cutáneo-andina o "uta" y cutáneo-mucosa o "espundia tropical". Se estima que 75.0-80.0% de casos reportados corresponden a la forma cutáneo-andina y el 10.0-25.0% restante pertenece a formas cutáneo-mucosas. El análisis epidemiológico e histórico de los últimos 50 años, muestra que las Leishmaniasis son una epidemia que afecta incidentemente a 12 departamentos del país, con una tasa de morbilidad persistentemente alta o creciente en la vertiente Oriental de la Selva Central y Oriental, correspondiente a los departamentos de Huánuco, Junín, Ucayali y Loreto; en la vertiente Sud-Oriental del Trapecio Andino, en los departamentos de Madre de Dios, Cusco, Apurímac y Ayacucho; y en la vertiente Nor Occidental y Nor-Oriental del país en los departamentos de Amazonas, Cajamarca y San Martín; y con relativa estabilidad en el resto de zonas endémicas del país. (Folia Dermatológica Peruana, 1997)

La Uta o Leishmaniasis, se sabe que está presente sobre todo en la sierra de Piura, habiéndose reportado 665 casos en el año 2016 y hasta la última semana epidemiológica contamos 274 casos a nivel regional, según los datos oficiales de la Dirección Regional de Salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 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 mosquitos flebótomos hembra infectados. (Rpp. Noticias, 2019)

Hasta el año 2015 en el Perú, 18 departamentos tenían transmisión activa de *Leishmania*, de ellos, 12 departamentos concentraban el 88 % (1374) casos

a nivel de país: Áncash, Cajamarca, Piura, Lambayeque, San Martín, Cusco, Junín, Madre de Dios, Amazonas, Ucayali, Loreto y La Libertad. En ese año el distrito con mayor riesgo fue el distrito de Churuja (Amazonas) con una TIA de 183,2 x 10 000 Hab., seguido del distrito de Salas (Lambayeque) con una TIA de 125,1 x 10 000 habitantes. (Ramos, 2017)

En el vecino país del Ecuador, En el año 2011 el Servicio Nacional de Control Vectorial, en Esmeraldas, identificó 143 casos de enfermos con leishmaniasis principalmente de las parroquias Carlos Concha, Vuelta Larga, Chumundé y Chontaduro. Los casos notificados mayoritariamente se presentan en un 68% en personas del sexo masculino y en mujeres alcanza el 32%, patrón que también se verificó en años anteriores. (Diario La Hora, 2011).

Estudios recientes revelan que la leishmaniasis produce una carga de enfermedad de 2,35 millones de AVAD (años de vida perdidos ajustados por discapacidad), de los cuales 2,3% recaen en las Américas. Se estima que alrededor del 75% de los casos registrados de la leishmaniasis cutánea se concentran en 10 países, 4 de los cuales están en la región de las Américas (Brasil, Colombia, Perú y Nicaragua). Con respecto a la leishmaniasis visceral, el 90% de los casos se concentran en Brasil, Etiopía, India, Bangladesh, Sudán y Sudán del Sur.

En la Región de las Américas, los casos de leishmaniasis se han registrado desde del sur de los Estados Unidos hasta el norte de Argentina, con la excepción de las islas del Caribe, Chile y Uruguay. Cada año, un promedio de 60.000 casos de leishmaniasis cutánea y mucosa y 4.000 casos de leishmaniasis visceral se diagnostican, con una tasa de mortalidad del 7%.

Si no se tratan, las formas mucosa y cutánea pueden causar deformidad y la desfiguración, y la forma visceral puede ocasionar la muerte en más del 90% de los casos no tratados. (OPS, 2014)

5.2. Justificación de la investigación

La Leishmaniasis constituye una endemia que afecta ancestralmente a la población andina y selvática de nuestro país. Las Leishmaniasis son zoonosis silvestres ocasionadas por parásitos protozoarios del género *Leishmania* existentes en reservorios animales salvajes y transmitidos al hombre por vectores del género *Lutzomyia*.

La Leishmaniasis es una epidemia que afecta a 12 departamentos del país, entre ellos, Huánuco, Junín, Ucayali y Loreto; en la vertiente Sud-Oriental del Trapecio Andino, en los departamentos de Madre de Dios, Cusco, Apurímac y Ayacucho; y en la vertiente Nor Occidental y Nor-Oriental del país en los departamentos de Amazonas, Cajamarca, San Martín y Piura; y con relativa estabilidad en el resto de zonas endémicas del país.

Necesariamente, bajo este entorno, es imprescindible replantear el marco doctrinario, normas y procedimientos que hagan posible revertir la actual situación epidemiológica, reorientar el Programa bajo criterios que incidan fundamentalmente en aspectos preventivo promocionales, atención curativa precoz, adecuada vigilancia y control vectorial, investigación operacional y epidemiológica de calidad sobre los factores asociados a la transmisión de la *Leishmania* y una adecuada participación de los servicios de salud, de la comunidad y especialmente las universidades en el control cultural y social de este daño.

5.3. Problema

A la enfermedad producida por un parásito del género *Leishmania*, se le conoce como leishmaniasis cutánea (LC). Está entre las enfermedades más olvidadas del mundo, ataca a comunidades asentadas en áreas rurales, la mayoría en situaciones de pobreza y pobreza extrema.

En nuestro país, esta enfermedad se considera como la segunda endemia de tipo tropical y la tercera causa de muerte por enfermedades infecciosas luego de malaria y tuberculosis. Como consecuencia de este entorno, las comunidades afectadas han desarrollado toda una cultura de tratamientos tradicionales, es decir, aplicando medios físicos y/o químicos en base a las creencias y a experiencias transmitidas de generación en generación.

Cuando las lesiones causadas por la *Leishmania* son tratadas con procesos tradicionales antes de ser evaluadas por personal de salud especializado, se ha convertido en un serio problema de salud pública. Estos tratamientos caseros pueden traer como consecuencia aumento de inflamación en la parte herida, producir necrosis además que las características propias de la lesiones se alteran, las pruebas parasitológicas pueden ser ya no sensibles al tratamiento. Todos estos factores no hacen posible que los programas de diagnóstico y control no sean efectivos

El objetivo del presente estudio es conocer la Prevalencia de la *Leishmania* y su influencia en úlceras cutáneas en habitantes de la ciudad de Huancabamba.

¿Cuál es la prevalencia de la Leishmaniasis y su influencia en úlceras cutáneas en habitantes de la ciudad de Huancabamba durante el primer semestre del año 2017?

5.4. Marco Referencial

5.4.1. Provincia de Huancabamba

La provincia de Huancabamba conforma la región Piura, por el norte limita; con la provincia de Ayabaca; por el sur, con la región de Lambayeque; por el este, con la región de Cajamarca; y por el oeste, con la provincia de Morropón. Está dividida políticamente por 7 distritos que son: Canchaque, El Carmen De La Frontera, Huamarca, Lalaquiz, San Miguel De El Faique, Sondor y Sondorillo. Su capital es la ciudad de Huancabamba y posee una extensión de 4 254,14 Km² de superficie geográfica. Cuenta con una población de 126,683 habitantes

Huancabamba y Ayabaca son consideradas las ciudades más pobres del país, coincidieron especialistas del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) tras medir el índice de pobreza de las 194 provincias que tiene el país. (Correo, 2014)

5.4.2. Generalidades históricas de la Leishmania

La leishmaniasis tegumentaria es una enfermedad antigua. Es mencionada en el Antiguo Testamento, en Exodo (9 y 10) y en Deuteronomio 28, quinto y último libro del Pentateuco. La enfermedad se señala en las parejas de Ebers en los papiros faraones. 2000 años antes, Cristo, se conocía como el Botón del Nilo.

El primer diagnóstico clínico de leishmaniasis fue representado en 1756 por Alexander Russell cuando trataba a un paciente turco. Ésta enfermedad es conocida con otros nombres: úlcera oriental, captura de Biskra, burbuja de Alepo, burbuja de Jericó. En América Central

y del Sur es conocida como captura insoportable, tubérculo del bosque, tubérculo arbustivo, úlcera de chiclero, úlcera costera buba y uta. (D'Suze, 2012)

Esta enfermedad está descrita desde Afganistán, Irak, Irán, Armenia, en los libros de los años 930, 970, 1130 de nuestro período. En Alkanun Fi El-Tebb, libro medicinal del árabe islámico en 1037 dC, se presenta una sección descrita sobre la enfermedad donde se le nombra como úlcera de Balkh. En los comienzos de nuestro período, se representó una dolencia en Asia Central con una imagen similar a sus apariciones actuales. (D'Suze, 2012)

Se cree que la enfermedad comenzó en Asia Central en suministros zoonóticos, alrededor del siglo catorce va a la India, al Mediterráneo y al final a África Occidental. En la masa de tierra estadounidense, se han encontrado representaciones de llagas en la piel y distorsiones faciales en piezas precolombinas en Perú y Ecuador, que datan del siglo principal antes de Cristo. Esta es la prueba de que las estructuras Las llagas cutáneas y mucocutáneas de la leishmaniasis se ganaron en el Nuevo Mundo anteriormente. (D'Suze, 2012)

Fueron descubiertas producciones de loza precolombina, que datan de 400 a 900 años después de Cristo, hechas por los incas en Perú, que tienen mutilaciones de labios y nariz, normales para espundia, hoy conocida como leishmaniasis mucosa cutánea. A través del pensamiento paleontológico, se encontraron momias con úlceras en la piel y mucosas normales para la leishmaniasis. (D'Suze, 2012)

Escritos de la época incaica de los siglos XV y XVI, y en medio de

la colonización española, notan que el peligro seguía corriendo a través de los trabajadores rurales regulares que regresaban de los Andes con úlceras en la piel, alrededor de entonces, fueron acreditados a la Enfermedad del Valle o Enfermedad andina. Posteriormente, las distorsiones del MCL en la nariz y la boca se conocieron como infección blanca como resultado de su sólido parecido con las lesiones causadas por la enfermedad. (D'Suze, 2012)

Según lo indicado por Ganter, referido en Walton, el evento prehispánico de la leishmaniasis en América del Sur se sostiene mediante cifras en cerámica de los períodos Mochica y Chimu (200-1.100 AC) que se refieren precisamente a una variedad de condiciones neuróticas inconfundibles, incluida la espundia. (D'Suze, 2012)

La leishmaniasis fue conocida hace varios años, la primera y más imperativa representación clínica fue representada en 1756 por Alexander Russell mientras observaba a un paciente turco. Es la representación principal en inglés, fue mencionada por los lugareños como "Habbet El Sene", lo que implicaba una úlcera de gran parte de un año. (D'Suze, 2012)

El número de habitantes en Alepo separó dos tipos clínicos de la enfermedad, el que ocurrió en hombres que era una llaga seca y el que Sucedió en damas, que era una llaga húmeda. La dolencia, en ese punto generalmente referida por los europeos como "burbuja de Alepo", "Aleppoboil", se retrató en una redacción en la que son

todavía pertinentes: "en el período posterior a la recuperación, un scara retorcido, que dispone de residuos, influye los lugareños cuando son niños y por lo general aparecen en la cara, pero además en los límites, en los forasteros aparecen un par de meses después de su llegada, pocos se rompen, pero rara vez influye en las personas más de una vez ". (D'Suze, 2012)

Sea como sea, es hasta el comienzo de este siglo (1903) que Leishman en Londres encontró los corpúsculos ovoides que causaban el Kala azar, y se distinguió como un individuo de la familia Trypanosotomidae, esto fue afirmado por Donovan en la India. Ross, ese año equivalente, llamó a la parásita Leishmania donovani. En 1911, Wenyon propuso que el mosquito era el vector y en 1921 los hermanos Sergent afirmaron esto con voluntarios que fueron picados por los mosquitos y acumularon la enfermedad. (D'Suze, 2012)

La estrategia de cambio de color para la representación mediante microscopía fue creada por Giemsa en 1901 y el cultivo del parásito Nicolle en 1908 en agar sangre. En 1926, Montenegro realizó una prueba cutánea, que presentó el ensayo intradérmico de una suspensión de formas de vida muertas adquiridas en las sociedades. (D'Suze, 2012)

En Venezuela, el caso principal descrito clínicamente fue 1,917 y 1,919 clínica y parasitológicamente. Durante la década de 1940, se realizó el informe principal de la leishmaniasis cutánea difusa (LCD). La principal instancia de la leishmaniasis visceral

representada en Venezuela se registró en el territorio del país de Las Mercedes del Llano en el estado de Guárico durante la década de 1940. (D'Suze, 2012) El Dr. José María Bengoa, primer especialista rústico en el Municipio Andrés Eloy Blanco, Sanare, entre 1938 y 1940, recién egresado y tocado de la base de España, se sorprendió por la proximidad de úlceras en la piel de pacientes cercanos. En esta línea, envió una correspondencia al Dr. Sánchez Scoviza, un dermatólogo, quien respondió que probablemente se trata de una patología tropical conocida como Leishmaniosis. (D'Suze, 2012)

Para afirmar la conclusión, propuso que se tomara una biopsia del borde de la llaga. En una diapositiva, tomó un frotis de conexión y el resto lo colocó en un frasco con formaldehído para un estudio histopatológico y lo envió para hacer el hallazgo. (D'Suze, 2012)

Con los nombres que se conocen en América, la "úlceras chiclero" es un nombre que se originó en la época en que la leishmaniasis era una enfermedad experta de los recolectores elásticos (chicle) en México. En este tipo de leishmaniasis, las llagas predominan en la cara y las orejas (60% de los casos). (D'Suze, 2012)

La "Uta" es una enfermedad que se manifiesta a gran altura, en los valles secos de los Andes peruanos y ecuatorianos. El supuesto "Pian-bois" en la Guayana Francesa, causas numerosas lesiones ulcerativas, con metástasis continuas a lo largo de los vasos linfáticos.

En Panamá y Brasil hay una forma comparable llamada "Úlcera de

Bejuco" y "Ferida Brava" individualmente. La llaga mucocutánea del nuevo mundo también se llama "espundia". (D'Suze, 2012)

5.4.3. Leishmaniasis

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria tropical causada por un surtido de *Leishmania* que se transmite por el roce de una flebotomina espeluznante. La forma más seria, la leishmaniasis instintiva, también se llama kala azar. (Afueras, 2014) En el momento en que un hombre termina manchado, su estructura invulnerable se debilita y es más delicada incluso con diferentes contaminaciones. Los efectos secundarios son la pérdida de hambre, la deficiencia desarrollada del bazo y el hígado y el hierro. Sin tratamiento, a todos los efectos, más allá de las palabras. Sea como fuere, con determinación y tratamiento tempranos, se evita la desaparición, incluso en entornos con activos restringidos. (Afueras, 2014)

La leishmaniasis es una infección de alto predominio en numerosos lugares tropicales y subtropicales del mundo, por ejemplo, Asia oriental y sudoriental, Oriente Medio, África septentrional y oriental, Europa meridional (el cuenco mediterráneo) y América Central y Sudamérica. Es endémico en 88 naciones en zonas tropicales, 72 de las cuales están actualmente en progreso. Retratado en 24 naciones de América, que se extiende desde el sur de los Estados Unidos (Texas) hasta el norte de Argentina. Se evalúa que la leishmaniasis influye en 12 millones de personas en el planeta, con 1.5 a 2 millones de casos nuevos cada año. Hay 350 millones de personas

que se presentan ante el peligro de la enfermedad. El transporte geológico de la leishmaniasis está restringido por la diseminación del vector. La cantidad de casos de leishmaniasis se está expandiendo debido esencialmente a los cambios en la tierra producidos por el hombre, que construyen la introducción humana al vector. (Rabindranath Chuquisengo, 2014)

5.4.4. Leishmaniasis cutánea clásica

Es el marco más reconocido y ocurre en su mayor parte en regiones montañosas con abundante vegetación y bochornos. Su área es más incesante en las partes descubiertas del cuerpo, particularmente en la cara y los puntos más alejados. En el territorio de la pompa del flebotomo contaminado, al principio una pápula da la idea que se desarrollará en general y que, en el término de dos a aproximadamente un mes, ofrecerá un pequeño botón sin esfuerzo desde el cual una costra media luego se levanta, pareciendo entonces una úlcera fácil, sin restricciones, ajustada, con una base endurecida y una base rosada perfecta, cuyos bordes están caracterizados alrededor, levantados y cortado en el estado de un puñetazo, recuerda la imagen del pozo de un pozo de lava. (Caballero, 2015)

La úlcera puede ser única o numerosa, y las lesiones por satélite pueden aparecer alrededor de la úlcera esencial. Cuando está opcionalmente contaminado por especialistas piógenos (que se descargan), termina siendo purulento y extremadamente difícil. (Caballero, 2015)

Los centros linfáticos son influenciados regularmente, causando linfangitis territorial y linfadenitis. En los principales largos períodos de avance, la úlcera se desarrolla hasta un tamaño específico dependiendo de la reacción resistente del huésped y la cepa contaminante de *Leishmania*. A medida que la reacción segura del anfitrión comienza a ganar, la enfermedad en general avanzará hacia la reparación sin restricciones o, algo más, terminará sin cesar. (Caballero, 2015)

Cuando se recupera la úlcera, generalmente deja una cicatriz con daño físico, e incluso regularmente mental, en el individuo influenciado.

5.4.5. El parásito de la *Leishmania*

El parásito a cargo de la leishmaniasis es un protozoo intracelular comprometido del marco reticuloendotelial que tiene un lugar con el grupo de cinetoplastidos, tipo *Leishmania*, que se compone de una variedad de especies y subespecies. En el Viejo Mundo, los edificios primarios de las especies actuales son *L. real*, *L. aethiopica* y *L. tropica*, mientras que en el Nuevo Mundo hay *L. mexicana*, *L. amazonensis*, *L. braziliensis* y *L. panamensis*. (Dr. Nelson Caballero, 2015)

El parásito ocurre bajo dos estructuras: el promastigote y el amastigote. El primero es gratuito, portátil, tiene un flagelo solitario en el pasado extraordinario, y está en el vector, por lo que la forma contamina a las personas y las criaturas. (Dr. Nelson Caballero, 2015) La úlcera puede ser única o variada, y las lesiones por satélite

pueden aparecer alrededor de la llaga esencial. Cuando está opcionalmente contaminado por especialistas piógenos (que se descargan) termina siendo purulento y excepcionalmente insoportable. (Caballero, 2015)

Los centros linfáticos son influenciados regularmente, causando linfangitis provincial y linfadenitis. En los largos períodos principales de desarrollo, la úlcera se desarrolla hasta un tamaño específico que depende de la reacción resistente del huésped y la cepa de *Leishmania* contaminante. A medida que la reacción resistente del huésped comienza a ganar, la infección en general se desarrollará hacia una recuperación sin restricciones o, algo más, terminará sin fin. (Caballero, 2015)

Al reparar la úlcera, generalmente deja una cicatriz con daño físico, e incluso frecuentemente mental, en el individuo influenciado. El segundo es ovalado, fijo, no tiene flagelo, está en el repositorio de vertebrados influenciados y es el marco que contamina el vector. (Dr. Nelson Caballero, 2015)

5.4.6. El vector

Son pequeñas moscas de 2 a 5 mm de largo conocidas como flebotomías (tipo *Phlebotomus* en el Viejo Mundo y familia *Lutzomya* en el Nuevo Mundo), que poseen principalmente en regiones exuberantes y se retratan al tener el cuerpo grueso asegurado con pelos que sombrean restos ardientes, Patas largas y alas blanquecinas terminando en una punta constantemente erguida. Las hembras requieren sangre para sostener sus huevos y tienen la

capacidad de imitar; Lo que es más, tienen un tramo de vuelo corto, y cuando se ponen en la piel en busca de sustento, hacen pequeños rebotes. (Dr. Nelson Caballero, 2015)

Su movimiento de picadura más extremo varía desde las seis de la tarde hasta las seis de la madrugada del día siguiente, razón por la cual las personas que viven en territorios en peligro deben protegerse de las picaduras en estas horas. (Dr. Nelson Caballero, 2015)

5.4.7. El reservorio

El reservorio es el número de habitantes de criaturas vivas que detiene incesantemente el germen de una enfermedad, que puede propagarse como una peste. Los animales de sangre caliente de vertebrados son los depósitos que mantienen el parásito y, por lo tanto, alientan a que el vector termine contaminado de ellos. En general, estos suministros son variables según el área y el tipo de introducción de la enfermedad. (Dr. Nelson Caballero, 2015)

Hay repositorios silvestres (el mono, el perezoso, el armadillo, el zorro, la zarigüeya y los roedores), domésticos (caninos) e incluso los propios individuos. (Dr. Nelson Caballero, 2015) 2.4.7.-

5.4.8. El huésped

El individuo interactúa con el parásito causal transmitido por el vector. Como tal, es la persona a quien la mosca de la arena pica al inmunizar a los parásitos y, dependiendo de sus condiciones inmunológicas, posiblemente pueda aumentar la contaminación clínica. (Dr. Nelson Caballero, 2015)

5.4.9. Morfología

Leishmania es transmitida por un protozoo intracelular de compromiso dimórfico; en hospedadores de mamíferos se encuentra en macrófagos y células dendríticas (células de Langerhans en la piel).

El promastigote (metacíclico), el marco infeccioso, estirado, extracelular, crea y duplica en el tracto relacionado con el estómago de los bichos espeluznantes transmisores, teniendo un lugar con el género *Lutzomyia* en América y *Phlebotomus* en el Viejo Mundo. Mide 10 - 20 μm , sin calcular la longitud de un flagelo solitario, cuya medida varía entre 15 - 25 μm ; Tiene un gran núcleo focal, ribosomas, retículo endoplásmico, ensamblaje mecánico de Golgi, vesículas y una mitocondria. El cinetoplasto se muestra como una banda granular electrodensil dentro de la expansión de las mitocondrias, que se encuentra 1 - 2 μm desde el extremo más importante del parásito, desde donde se eleva el flagelo. El axonema que comienza en el cuerpo basal está contenido dentro del alijo flagelar. (Pagliano, 2005)

El amastigote, la forma replicativa, redonda u ovalada, intracelular, mora y aumenta en los fagolisosomas dentro de los fagocitos monoatómicos de los hospedadores, a pesar del hecho de que se ha registrado la proximidad de los amastigotes en los neutrófilos y los fibroblastos en las llagas de la piel. (Laskay T, et al., 2003). Mide 2 - 4 μm ; Con Giemsa recolor podemos ver un gran núcleo y un pequeño cinetoplasto, ambos de color púrpura, y una fibra delgada que asocia el cinetoplasto y el cuerpo basal, el último solo un punto

notable. El cinetoplasto es una subestructura de las enormes mitocondrias, con un ADN único y está casi conectado con la toma flagelar y el Cuerpo basal del flagelo. La proximidad del cinetoplasto da el nombre a la reunión de protozoos incorporados en la solicitud. (Pagliano, 2005)

5.4.10. Microscopía electrónica

Diferentes creadores lo han representado en amastigotes y promastigotes, el núcleo con un nucleolo, mitocondrias con sus picos, dispositivo de Golgi, retículo endoplásmico y ribosomas como en otras células eucariotas. El marco activo de flagelo, cinetoplasto y cuerpo basal se describió en las declaraciones integrales de los tripanosomátidos. No han separado, en la ultra estructura, las leishmanias distintivas. (López E, 2013)

5.4.11. Taxonomía

Cualquier nueva estrategia, encontrada o conectada en la clasificación científica, ofrece una sólida obligación de elevarla, en el minuto principal, con todo entusiasmo; dándole el mejor significado para tener la capacidad de proporcionar caracteres de mayor peso que los utilizados en este momento. Este incentivo debe ser opuesto de manera inamovible (Hawkes y Tucker, 1968). Los criterios primarios utilizados para agrupar las leishmanias dependían en su mayor parte de la parte clínica de la leishmaniasis humana, y se limitaban solo a ellas. En general, se han aislado en los del hemisferio oriental y los del hemisferio occidental. (López E, 2013)

5.4.12. Ciclo de vida

Los promastigotes metacíclicos y extracelulares, una vez en la probóscide del mosquito hembra, también llamado "mosca de la arena", se introducen en la piel de un huésped vertebrado en medio de la ingestión de sangre. Los parásitos son fagocitados en la piel por macrófagos, células de Langerhans y activan el suplemento. Aunque numerosos promastigotes están devastados por los polimorfos atómicos, algunos se mueven para convertirse en amastigotes en las células del marco fagocítico mono atómico; en los fagolisosomas (vacuola parasitoforosa), pierden el flagelo y cambian. En amastigotes, duplicando por división doble. La replicación ocurre en cantidades que van de decenas a cientos. Las células contaminadas se rompen por fin y los amastigotes se dispersan, como lo indican los componentes del parásito y el huésped, entre otros, en varios tejidos. En el momento en que las moscas libres de la enfermedad se alimentan de personas contaminadas, ingieren células con amastigotes que experimentan cambios bioquímicos y morfológicos en el intestino medio del insecto, y finalmente se trasladan a la probóscide como promastigotes metacíclicos, muy irresistibles y promastigotes. (Pagliano, 2005)

En caso de que tengas un perro, presumiblemente estarás familiarizado con la leishmaniasis, una enfermedad parasitaria que hasta hace poco era destructiva para los cachorros. Sea como sea, es posible que no se dé cuenta de que, a intervalos regulares, un hombre está contaminado por esta enfermedad, que puede aparecer con úlceras suaves en la piel, pero además con una irritación letal del

hígado o el bazo. Hoy en día, cualquiera puede asegurar a su mascota, mientras que doce millones de individuos en naciones creadoras experimentan los efectos negativos de la "enfermedad de los pobres". La leishmaniasis es la tercera infección transmitida por vectores con la tasa más notable en el planeta, después de la enfermedad intestinal y la filariasis. La OMS evalúa que en algún lugar en el rango de 60,000 personas muerden el polvo cada año de una enfermedad cuyos casos se acumulan en el 90% en 15 naciones, la gran mayoría de ellos durante el tiempo que pasaron a mejorar.

Cada año se entregan dos millones de casos nuevos, de los cuales 1,5 millones se comparan con estructuras cutáneas, por ejemplo, cortes en la piel y el resto con estructuras instintivas, que pueden provocar el paso por el agravamiento de los órganos internos.

Se transmite por el mordisco de la hembra de la supuesta mosca de la arena, que alberga a los parásitos protozoarios de la familia Leishmania. Hasta este punto, el control de la enfermedad se ve muy lejos y su destrucción aún está muy distante. La naturaleza multifacética del patógeno y el problema en la activación de reacciones invulnerables celulares explícitas son las confusiones fundamentales cuando se crea un anticuerpo viable. Se suma a esto la forma en que la enfermedad está entre las enfermedades tropicales ignoradas y generalmente ninguna empresa coloca dinero en efectivo para realizar estudios clínicos preliminares en las personas. Son extremadamente costosos. Considerando que la gran mayoría de los casos se encuentran en naciones pobres, es posible que no se pague

por la inmunización. Las empresas farmacéuticas, las asociaciones no gubernamentales, los gobiernos y las organizaciones son excelentes candidatos para realizar un trabajo preliminar, desarrollar el anticuerpo y actualizarlo, sin embargo, en el caso de que vean que no habrá negocios, ya que es el tercer mundo, posiblemente no arriesguen su economía. (Adeline Marcos, 2012)

5.4.13. Principales repositorios de Leishmaniasis

Donde se han direccionado los registros es en la mejora de la inmunización para mascotas, cuyos propietarios, sujetos de naciones industrializadas, pagarán para asegurarlos. Esa inmunización dará una considerable cantidad de efectivo. (Adeline Marcos, 2012)

El anticuerpo al que se alude es el CaniLeish, que fue dado de alta a mediados de 2012 para garantizar la presencia de perros de caza en España, sin embargo, en ese momento se comercializó en Francia y Portugal desde 2011. En Brasil, donde la leishmaniasis también se está presentando entre los perros, se han vendido dos inmunizaciones (Leishmune y LeishTec) durante aproximadamente tres años. Sea como sea, algunos especialistas cuestionan el seguro que brindan a estas criaturas. (Adeline Marcos, 2012)

"El negocio es el negocio", dice Jorge Alvar, líder del Programa de Control de Leishmaniasis en el Departamento de Enfermedades Tropicales Desatendidas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra, y recientemente otorgó el Premio Carlos IV de la Real Academia Nacional de Medicina. "Parece que las demoras en la vacunación aún no son seguras. Faltan exámenes" (Adeline Marcos,

2012)

En cualquier caso, si estos medicamentos se han hecho visibles se debe a que ofrecen una protección adecuada "para que una organización farmacéutica pague por crearlos", quien se enfoca en que todo lo que existe es "verdaderamente optimizable" y de esta manera se sigue trabajando (Adeline Marcos, 2012)

A causa de los cachorros, como se reconoce más adelante, el parásito, una vez introducido en el cachorro, se duplica y crece más adentro e influye en más tejidos y órganos. El mal en ese punto termina siendo genuino y difícil de tratar. (Adeline Marcos, 2012)

5.4.14. Innovaciones para el tratamiento de la Leishmania dentro de 15 años

"En las personas, los efectos secundarios se identifican antes, la enfermedad es más limitada y la reacción al tratamiento es grande. En muchos individuos, el parásito se distingue solo en la piel, donde causa lesiones cutáneas que generalmente se recuperan", dice Javier Moreno, jefe de la Unidad de Leishmaniasis y Enfermedad de Chagas del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) en Majada Honda (Madrid). (Adeline Marcos, 2012)

En la actualidad, solo un par de organizaciones están creando un anticuerpo para la leishmaniasis humana y la mayor parte de estas tareas se encuentran en la etapa preclínica. "Todavía hay mucho tiempo para ir al mercado". (Adeline Marcos, 2012)

La empresa más desarrollada es el Instituto de Investigación de

Enfermedades Infecciosas (IDRI, por sus siglas en inglés) en los EE. UU., Con la ayuda de la Fundación Gates, que se compone de una poliproteína recombinante. Los preliminares clínicos de las etapas I y II se acaban de realizar y se está realizando un preliminar preliminar de adecuación en la India. (Adeline Marcos, 2012)

Hasta que las pruebas avancen, las personas contaminadas seguirán recibiendo tratamiento junto con los medicamentos y solo hay cuatro medicamentos exitosos para evitar el aumento de la oposición. "En los siguientes 15 años no esperamos nada nuevo", se lamentó Alvar en la continua demostración de entrega de su premio. (Adeline Marcos, 2012)

Incomprensiblemente, el mejor desarrollo para la seguridad de los individuos ha sido el anticuerpo canino, que puede, por implicación, apoyar a las personas. Los caninos son también un suministro del parásito y pueden contaminarnos. "En la remota posibilidad de que el delegado anfitrión de Leishmania esté controlado, habrá menos amenaza potencial para los individuos". (Adeline Marcos, 2012)

5.4.15. El VIH y su relación con la Leishmaniasis

El episodio de Fuenlabrada, aunque poco común, no es único. Según lo indicado por una investigación distribuida en noviembre de 2011 en el American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, analistas de la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) en Madrid reclutaron 2.028 casos de leishmaniasis instintiva desde 1997 hasta 2008 en centros de curación españoles. La frecuencia de las hospitalizaciones fue más notable en Madrid y en la deriva mediterránea. El 33% de

estos pacientes estaban además contaminados con VIH. "En los pacientes con VIH, la impotencia ante Leishmania es mayor", dice Sánchez. Del mismo modo, la enfermedad incrementa la carga viral en pacientes que ahora son VIH + "lo que les hace crear efectos secundarios del SIDA con mayor rapidez", dice Moreno. En la población pediátrica, todos los casos de leishmaniasis ocurrieron en niños sin VIH.

Mientras permanecen atados frente a un anticuerpo humano, 350 millones de personas en todo el mundo continuarán en peligro de contaminarse con esta infección parasitaria, según la OMS. Supongo que eso tampoco carece de importancia. (Adeline Marcos, 2012)

5.4.16. Periodo de inducción

Es el intervalo de tiempo que va desde el primer punto de inicio del procedimiento etiológico hasta el inicio de la dolencia; en esta demostración de marco de tiempo las causas del segmento son una pieza de una razón adecuada. En este período subclínico, la anticipación esencial está conectada .

En la enfermedad por Leishmania, el tiempo de alistamiento es el tiempo que transcurre desde el minuto en que se obtiene el protozoo mediante la presentación a un vector transportador de forma promastigote, hasta el momento en que comienza la infección subclínica. La enfermedad se contrae por contacto directo por métodos para la inmunización del vector de las formas de promastigoto por métodos para su montaje mecánico bucal y picadura. El peligro de enfermedad después de la introducción a un

caso de registro es más prominente en medio de los diez días posteriores al contacto. (Sameens, 2014)

5.4.17. Periodo de Inactividad

Es el intervalo de tiempo entre el inicio de la infección subclínica hasta el punto en que aparecen los signos y las indicaciones principales. En este período subclínico, la aversión auxiliar está conectada.

En la enfermedad de Leishmania, el período de tiempo de eclosión cuando todo está dicho hecho puede ir de 2 a 10 días. En casos específicos cambia entre los dos meses y el año. (Sameens, 2014)

5.4.18. Periodo de incubación

En la leishmaniasis, el marco de tiempo de aceptación se describe en varias etapas según si es de tipo cutáneo o instintivo:

Cutánea: la principal indicación es una pápula en el chomp del mosquito. La úlcera avanza a nodular y ulcerativa con un abatimiento focal que abarca una franja persistente. Algunas lesiones pueden durar como pomos o placas. Diferentes signos o efectos secundarios son otras llagas diversas, esenciales o de satélite, adenopatías locales, agonía, prurito y contaminación bacteriana opcional. (Sameens, 2014)

Instintivo: la enfermedad comienza en los macrófagos con el propósito de la vacunación y se propaga a través del marco mononuclear-fagocítico. El período de eclosión suele ser de medio mes o meses y los signos son fiebre, caquexia, tono oscuro de la piel (en consecuencia, la expresión india de fiebre oscura kala-azar),

esplenomegalia y hepatomegalia dinámica. La linfadenopatía marginal también es normal, incluyendo pancitopenia y trombocitopenia, con hipergammaglobulinemia e hipoalbuminemia. (Sameens, 2014)

Muco-cutánea: la leishmaniasis de la mucosa naso-orofaríngea es generalmente poco frecuente. Los principales efectos secundarios son la epistaxis, el eritema y el edema de la mucosa basal y, posteriormente, una pulverización ulcerativa dinámica de la zona naso-orofaríngea. (Sameens, 2014)

5.4.19. Diagnóstico

La leishmaniasis se analiza a través de la percepción física y las pruebas del centro de investigación. Un experto médico experto puede afirmar que la infección de la percepción de las lesiones de la piel. (Allrefer, 2015)

De vez en cuando, las pruebas de médula ósea, las lesiones en la piel, los centros linfáticos y el bazo se someten a resbalones y se prueban. Se puede realizar una biopsia de piel, bazo y ganglios. Los análisis de sangre también se pueden hacer para verificar si el paciente tiene una disminución en el recuento de plaquetas. En un par de casos de Leishmaniasis también se pueden realizar pruebas de suero. (Allrefer, 2015)

5.4.20. Determinación clínica

5.4.21. Exámenes de laboratorio

El examen convincente de la leishmaniasis es difícil. Los signos clínicos son variables, como hemos retratado efectivamente; la

histopatología se asemeja a otras enfermedades intervenidas no susceptibles y no hay una prueba expositiva expresa al 100% accesible.

En el último hallazgo, se deben considerar algunas metodologías expositivas. (Scalibor, 2014)

Los procedimientos demostrativos utilizados para la leishmaniasis son:

1. Parasitológico: minucioso examen y desarrollo.
2. Serológico: Identificación de anticuerpos.
3. Nuclear: fortalecimiento del ADN del parásito (PCR).
4. Xenodiagnosis.

5.4.22. Técnica parasitológica

Es una pieza de la pantalla de amastigotes con Giemsa recolor en médula ósea o en el anhele de los focos linfáticos. La prueba es rápida y de baja calidad, tiene una alta clarificación, en todo caso, poco efecto. Los promastigotes se pueden distinguir en los órdenes sociales de los focos linfáticos y succionar desde la médula ósea. La afectabilidad de la ejecución depende de:

- Tipo de medio utilizado (el medio de agar sangre en dos etapas es el más hábil).
- La medida de los viales de cultivo utilizados (dos o tres gotas de succión dispersas entre un par de viales nos dan los mejores resultados).
- La cantidad de pruebas ejecutadas

5.4.23. Método serológico

Hoy en día se utilizan diferentes técnicas serológicas para localizar anticuerpos anti-leishmania. Los parámetros de sensibilidad para cada examen se aplican, no obstante, a individuos que no están inmunocomprometidos. se ha confirmado que existe un alto porcentaje de pacientes con LV que están co-infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y que son seronegativos para anticuerpos contra leishmanias.

- **Contra - Inmunoelectroforesis (CIEP):** La base general de esta prueba es que el movimiento de la mayoría de las moléculas de proteína es hacia el ánodo, excepto las gamma-globulinas, que se mueven hacia el cátodo. Esta propiedad se utiliza en la prueba de contra-inmunoelectroforesis (CIEP).
- **Enzimoimmunoensayo:** Las pruebas de ELISA se pueden realizar con un volumen medido de sangre o con suero. La sangre se recoge por punción con aguja en tiras de papel absorbente adecuado y se deja secar
- **Prueba de aglutinación directa:** Para la prueba de la LV y la CanL se ha descrito la prueba de la aglutinación directa (DAT). Después de mejoras, la DAT se ha validado como una prueba específica y sensible para investigaciones de campo
- **Prueba de inmunofluorescencia indirecta:** La prueba de inmunofluorescencia indirecta (IFI) es de amplio uso por su facilidad

5.4.24. Unidades de pruebas rápidas

Las unidades de negocio para la localización rápida de anticuerpos

son ampliamente utilizadas. Una gran parte de estas unidades comprende exámenes inmunocromatográficos que utilizan anticuerpos monoclonales Ig.

Las ganticaninas se distinguen por el oro coloidal y el antígeno de la leishmania de diversas fuentes. Son todo menos difícil de utilizar y dan un resultado en 10 minutos. Se ha evaluado la adecuación sintomática de estos paquetes y se descubrió que la particularidad era sensible en 4/5 unidades (en uno se descubrió un testimonio más bajo que el 61%), la afectabilidad cambió de 35% a 66% y la relación entre La prueba fue aún más baja. (Scalibor, 2014)

5.4.25. Estrategias moleculares

Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) o "respuesta en cadena de la polimerasa" Este método es excepcionalmente valioso para la conclusión de la leishmaniasis, el control de los pacientes en medio y después del tratamiento y la prueba distintiva de los tipos de leishmania. El reconocimiento del ADN de Leishmania es concebible en la médula ósea y en las succiones de los centros linfáticos y, además, en la sangre (la afectabilidad podría reducirse con los análisis de sangre). La afectabilidad y la presencia de esta técnica son alta. La afectabilidad es alta hasta el punto de que los parásitos pueden ser reconocidos en pacientes que han estado clínicamente sanos durante bastante tiempo. Para el reconocimiento de estas pruebas es fundamental tanto un hardware de laboratorio decente como la utilización de una metodología de vanguardia. (Scalibor, 2014)

5.4.26. Xenodiagnóstico

Comprende el descubrimiento y la desconexión de un patógeno que utiliza su vector artrópodo normal. No se propone como una técnica estándar, ya que requiere asentamientos de moscas de arena preparados y accesibles. Este método se puede utilizar para responder consultas epidemiológicas vitales relacionadas con el trabajo del estado clínico y el tratamiento con medicamentos en la transmisión de *L. infantum*. (Scalibor, 2014)

5.4.27. Niveles de acción contraactiva para la Leishmaniasis

La acción contraactiva de una infección es un sistema de consideración esencial, que es viable en el cuidado de largo alcance de los individuos. Esto considera a la persona desde un punto de vista biopsicosocial y interrelaciona el avance, la acción contraactiva, el tratamiento, la recuperación y la reintegración social con las diversas estructuras y dimensiones del Sistema Nacional de Salud. (Redondo Escalante, 2014)

De esta manera, se dice que la acción contraactiva incluye avanzar en el bienestar y, además, diagnosticar y tratar al paciente de una manera conveniente, restaurarlos y mantener una distancia estratégica de confusiones o secuelas de su condición, a través de sus diversas dimensiones de intercesión. (Redondo Escalante, 2014)

5.4.28. Acción contraactiva primaria

"Significa hacer un seguimiento de las causas para evitar la presencia de nuevos casos".

Como medidas de acción contraactiva esenciales para la

leishmaniasis, se pueden considerar los impedimentos del almacenamiento, el control de vectores y la inoculación del huésped. El secado de lagos, la utilización de redes de mosquitos hostiles y la utilización de repelentes de insectos y anti-agentes son actividades coordinadas contra el vector, y se realizaron cruzadas para evadir la utilización de material de infusión compartido entre clientes de medicamentos parenterales. El final del repositorio es impensable, ya que hay un ciclo antroponótico, ya que la leishmaniasis es una enfermedad con una mala reacción al tratamiento y la pérdida de los mutos eliminados, para evaluar con frecuencia inadecuadamente reconocida por los propietarios. (Sameens, 2014)

- Concentrados parasitológicos para caracterizar a las especies que cursan en la tierra.
- Exámenes ecológicos para decidir criaturas de la tienda.
- Exámenes entomológicos para caracterizar qué especies continúan como vectores, por ejemplo, sus propensiones: horarios, lugares donde se encuentra su espacio de vida (intrafamiliar o peridomiciliaria).
- Aplicación de rociadores de insectos (control de vector de sustancias) según la especie (adulticida).
- Mosquiteras finas de trabajo.
- Cortinas o redes finas impregnadas en entradas y ventanas de viviendas.
- Uso de anti-agentes corporales en zonas descubiertas del cuerpo al ingresar a los bosques. Estas cremas, duchas o líquidos deben

contener dietiltoluamida.

- El uso de un vestido fino con mangas desde hace mucho tiempo si es posible impregnado de insecticidas, pantalones largos, calcetines y zapatos, estas medidas deberían estar conectadas fundamentalmente en los tramos largos de la agrupación más prominente del vector.

5.4.29. Evitación secundaria

"Actúa en el marco de tiempo de inactividad, antes del inicio de la enfermedad y su objetivo es la conclusión temprana y el tratamiento resultante".

El descubrimiento temprano de la enfermedad en los compañeros y contactos del paciente, con una observación funcional en medio de 10 días de la presencia del caso y la afirmación analítica y el tratamiento debe hacerse desde el centro de curación. No está claro cuál es la rutina de quimioprofilaxis auxiliar de la decisión, se ha demostrado que la organización de una porción de mes a mes de antimoniales y anfotericina B liposomal en dosis de 200-350 mg / mes es valiosa. El problema se agrava en los casos de VIH y, dada la propensión de la VL a repetir, es sensato proponer la ejecución de una quimioprofilaxis opcional una vez que se aborda la escena principal.

Más de 350 cel / ml con TARGA y en las que no se han repetido en un año. (Sameens, 2014)

Duda de contacto:

* Dx y Tto conveniente = Parasitológico, Cultivo del parásito,

examen coordinado o frotis, Biopsia, Dx serológico (Detección de Acsantileishmania).

- Antimoniales pentavalentes.
- Anfotericina B.
- Tratar las dolencias correspondientes.

5.4.30. Acción contra el terciario.

"Actúa en el momento de la articulación de la enfermedad, en su etapa sintomática. Depende del tratamiento y la recuperación". El antimonato de meglumina (Glucantime), que es la definición promovida en España, llega en una respuesta que contiene 85 mg de SbV / ml. Las dosis prescritas de Glucantime para tratar la VL en el paciente contaminado con VIH son 20 mg / kg / día de SbV base por vía IM o IV durante 28 días. Con este ejemplo, se logran tasas de reacción clínica del 54-75%. Este tratamiento se ve perturbado por la presencia de incesantes y, de vez en cuando, graves impactos desfavorables. Estos incorporan hiperamilasemia, pancreatitis intensa, nefrotoxicidad y cardiotoxicidad. La tasa de mortalidad debido a los impactos molestos se ha movido hacia convertirse en un cierto acuerdo del 12% (5, 32, 33). La presencia de cepas de Leishmania impermeables a las sales de antimonio hace que sea importante recurrir a la anfotericina B desoxicolato (Fungizone). De 0,5 a 1 mg / kg / día se dirige de manera fácil a la acumulación de IV en una porción total agregada de 1-1,5 g.

Sus reacciones son extremadamente frecuentes y, de vez en cuando, también genuinas, e incorporan fiebre, decepción renal e

hipopotasemia. Asimismo, se han utilizado diferentes medicamentos en el tratamiento de la LV del paciente coinfectado con VIH, sin embargo, existe una menor implicación con ellos. Estos incorporan pentamidina, azoles, alopurinol, paramomicina y atovacuona. La intriga excepcional es la miltefosina, un medicamento al principio estructurado como un antineoplásico, que parece ser igualmente atractivo y menos letal que la anfotericina B en el kala-azar indio. (Sameens, 2014)

- Continuar con las medidas de aversión esenciales.
- Migración laboral.
- Revisiones médicas periódicas. •La apoyo psicológico.

5.4.31. Úlceras cutáneas

Cuando se produce la pérdida agregada de la epidermis y parte de la dermis e incluso la hipodermis se está refiriendo a la presencia de úlceras que son lesiones cutáneas confinadas, muchas veces puede tratarse de una herida puramente superficial o de una lesión más profunda. Atacan la piel y pueden llegar a ser muy profundas. Existen diferentes tipos según su origen: por fricción, por presión o mixtas. Se producen por distintas causas y en varios casos acostumbran a tener una evolución crónica.

En caso de que la ulceración sea directa, se la conoce como fístula.

Cuando la ulceración influye en la mucosa, se le conoce como candidiasis bucal. (Tubotica.net, 2013)

Existe un gran riesgo de un posible peligro de contaminación si no se tratan, por ejemplo, el caso de úlceras por peso o úlceras de decúbito,

que posiblemente son intensas en individuos discapacitados y que, debido al peligro de la enfermedad y la putrefacción pueden afectar sus vidas. (Tubotica.net, 2013)

5.4.32. Leishmaniasis cutánea

El marco de tiempo de eclosión varía de semanas a meses. El aspecto principal es una pápula en la picadura del mosquito. La lesión avanza a nodular y ulcerativa con una oscuridad focal comprendida por una franja perseverante. Algunas lesiones pueden sostenerse como perillas o placas. Diferentes signos o efectos secundarios son otras llagas o satélites esenciales, adenopatías territoriales, agonía, prurito y enfermedades bacterianas auxiliares. La conclusión se obtiene al rascarse la llaga para el examen histológico o el objetivo de los centros linfáticos para el cultivo de protozoos. (Mendoza, 2014)

El tratamiento dependerá de si la diseminación a las capas mucosas es concebible, y además el área, el número, el tamaño, el avance y la cronicidad de la llaga. En el momento en que se desean objetivos rápidos de la lesión, se sugiere antimonio pentavalente. (Mendoza, 2014)

5.4.33. Leishmaniasis mucosa o mucocutánea

La leishmaniasis de la mucosa naso-orofaríngea es moderadamente infrecuente. Los principales efectos secundarios son la epistaxis, el eritema y el edema de la mucosa basal y, posteriormente, una aniquilación ulcerativa dinámica del territorio naso-orofaríngeo. El tratamiento con antimonio pentavalente es tolerablemente

convinciente cuando la infección está en los tiempos iniciales, sin embargo, puede fracasar en circunstancias más desarrolladas. (Mendoza, 2014)

5.4.34. Leishmaniasis cutánea aguda

Es la forma más conocida e incorpora aquellos casos en los que no es exactamente un momento de avance en la posibilidad remota de que se trate de contaminaciones zoonóticas y 2 años en la probabilidad remota de que sean antroponóticas. Es causada con mayor frecuencia por *L. tropica*, *L. major*, *L. infantum* (predominantemente en el tazón del Mediterráneo occidental) y *L. aethiopica*, en el Viejo Mundo y *L. mexicana* y *L. braziliensis* en el Nuevo Mundo. El área atacada es la cara. (García-Almagro, 2005).

Las lesiones cutáneas de la Leishmaniasis son inicialmente de forma papular, ajustada u ovalada, asintomática o suavemente prurítica, puede ser única o diferente generalmente situada en la cara o en territorios con piel descubierta. Posteriormente toma un tono más oscuro y rudo, además que va invadiendo y aumentando de tamaño.

La parte superficial en muchos casos se asegura con escamas furfuráceas y entre uno a tres meses, se transforma en una llaga nodular o una placa invadida de arriba a abajo, en el punto focal donde comienza a elevarse un exudado seropurulento. Su secado resulta en un firme seguimiento exterior. A veces, cuando se desconecta la costra, se puede ver una progresión, como las de las llagas hiperqueratósicas del lupus eritematoso discoide, en su cara profunda, y debajo hay una úlcera con bordes bastante erizados y

una base impredecible asegurada por un exudado seropurulento. En esta etapa, la llaga puede tener una medida variable, en algún lugar del rango de 2 y 8 cm o más, la piel que la cubre tiene un tono rojo vinoso-violáceo, una apariencia ligeramente arrugada, y generalmente abarca Por una zona edematosa. Puede haber satelitosis debido a linfangitis nodular y adenopatías, particularmente en la leishmaniasis cutánea del Nuevo Mundo. (García-Almagro, 2005)

5.5. Hipótesis

La Prevalencia de la Leishmania presenta un alto índice de influencia en la frecuencia de úlceras cutáneas en habitantes de la ciudad de Huancabamba

5.6. Objetivos:

Objetivo general

- Determinar la prevalencia de la Leishmaniasis y su influencia en úlceras cutáneas en habitantes de la Ciudad de Huancabamba durante

el primer semestre del año 2017

Objetivos específicos:

- Determinar los principales factores de riesgo que influyen en la incidencia de Leishmaniasis en habitantes de la ciudad de Huancabamba durante el primer semestre del año 2017
- Identificar las condiciones Medio-ambientales que influyen en la infección de Leishmaniasis cutánea en los moradores de la ciudad de Huancabamba durante el primer semestre del año 2017
- Detectar cuáles son las manifestaciones clínicas que produce la Leishmaniasis cutánea en habitantes de la ciudad de Huancabamba durante el primer semestre del año 2017

5.7. Metodología del trabajo

5.7.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación es cuantitativo de diseño no experimental, de tipo descriptivo y transversal. La técnica de contrastación de hipótesis será la observación

5.7.2. Variables

Variables dependientes:

Prevalencia de la Leishmaniasis

Incidencia de Leishmaniasis
 Infección por Leishmaniasis cutánea
 Lesiones ulcerativas

Variables independientes:

Método de Inmunofluorescencia Indirecta
 Factores de Riesgo
 Factores medio- ambientales
 Lesiones ulcerativas
 Manifestaciones clínicas

5.7.3. Matriz de Operacionalización de las variables

Variable independiente	conceptualización	Dimensión	Indicador	Escalas o Ítems
Leishmania	Enfermedad producida por un parásito del género Leishmania, se transmite por la picadura de un insecto infectado por el parásito. Hay dos formas clínicas de presentación: la leishmaniasis cutánea y la visceral. Para disminuir el riesgo de leishmaniasis es evitar las picaduras del mosquito- flebotomo, tanto en casa como fuera de casa.	Métodos de Diagnostico Factores de Riesgo Condiciones Medio- ambientales	Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) Pruebas Rápidas Condiciones socio- económicas Nivel socio- cultural Cambios climáticos Acumulación de basura	-<1/100 ->1/100 -Positivo -Negativo -Agricultor -Comerciante -Ama de casa -Primaria -Secundaria -Superior -Si -No -Si -No
Variable dependiente	conceptualización	Dimensión	Indicador	Escalas o Ítems
Úlceras cutáneas	La úlceras cutánea es una lesión de la piel que implica pérdida de la epidermis, parte de la dermis, e incluso de la hipodermis; puede tratarse de una herida únicamente superficial o de una afectación más profunda.	Manifestaciones clínicas	Signos y síntomas	- Dificultad al respirar - Congestión nasal, rinorrea y hemorragia nasal - Dificultad para deglutir - Úlceras y desgaste (erosión) en

				la boca, la lengua, las encías, los labios, la nariz y el tabique nasal
--	--	--	--	---

5.7.4. Población y muestra

Universo

Para el presente estudio como universo se han considerado 156 por habitantes de la ciudad de Huancabamba

Muestra:

Aplicando operaciones estadísticas se ha determinado como muestra 112 pacientes, que cumplen con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con úlceras cutáneas
- pacientes que acepten ser parte del estudio

Criterios de exclusión:

- Pacientes con lesiones no causadas por leishmania
- pacientes que no acepten ser parte del estudio

5.7.5. Técnicas e instrumentos de investigación

Observación:

Fue una etapa que sirvió para lograr el máximo grado posible de objetividad en el diagnóstico y desarrollo de la investigación que permitió cuantificar y cualificar las variables. La modalidad de observación fue directa e indirecta.

Encuesta:

Se aplicó a los habitantes de la ciudad de Huancabamba.

Recolección de la información:

Para recolectar la información se utilizó la encuesta y técnicas secundarias: Análisis de contenidos bibliográficos, análisis de las muestras serológicas que se tomaron.

Instrumentos:

Guía de observación, guías de entrevistas, encuestas, fichas bibliográficas, internet, libros, revistas, cuadros estadísticos, entre otros.

Dentro de las técnicas a utilizarse para la recolección de información tenemos las siguientes:

Encuestas y entrevistas a los habitantes de la ciudad de Huancabamba.

Realización de la prueba de Leishmaniasis por Inmunofluorescencia indirecta (IFI).

Datos generales como edad, sexo, nivel económico, dirección, etc.

Verificación de los datos estadísticos de los pacientes.

5.7.6. Procesamiento y análisis de la información

Para el procesamiento de datos se empleará el Software Excel SPSS V19.

Se empleará la estadística descriptiva para la obtención de los resultados, los cuales serán presentados en tablas y gráficos.

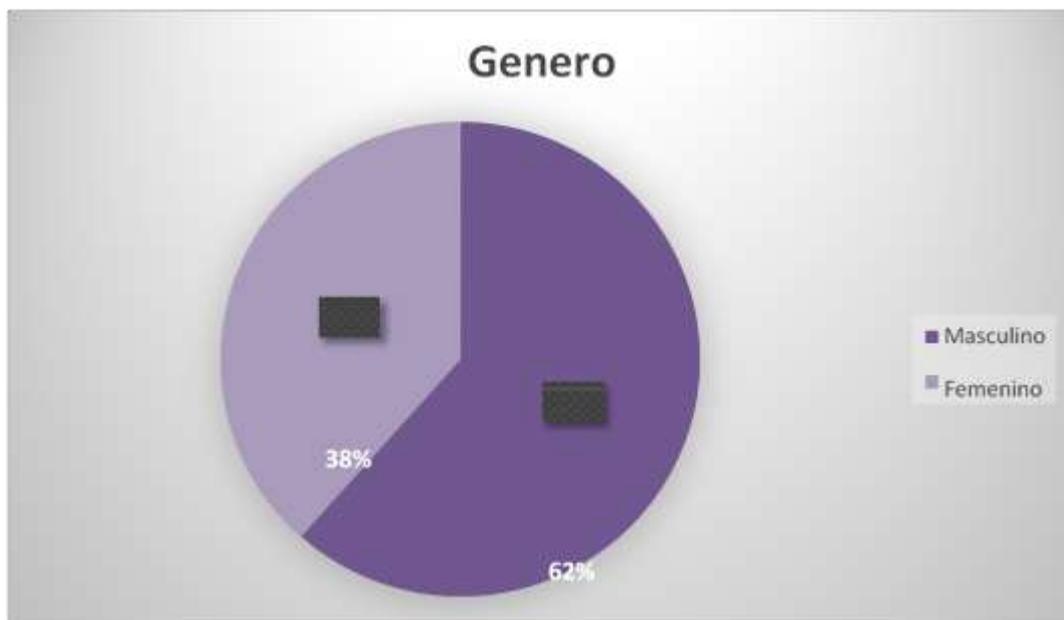
VI. Resultados

Tabla N° 1

Pacientes clasificados por género

Genero	Pacientes	Porcentaje %
Masculino	69	61,6
Femenino	43	38,4
Total	112	100

Gráfico N° 1



Fuente: el autor(a)

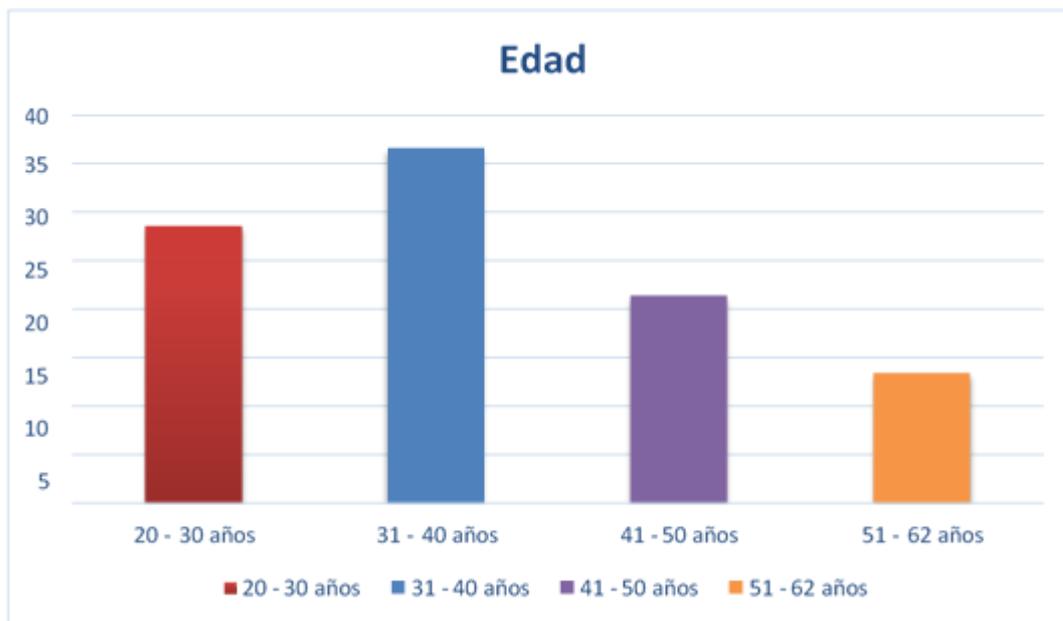
La tabla y el gráfico N° 1 indican que el 38.4% de los pacientes atendidos son de sexo femenino, mientras que en mayor proporción tenemos pacientes de sexo masculino con el 61.6%.

Tabla N° 2

Pacientes clasificados por edad

Pacientes	Edad	Porcentaje %
32	20 -30	28,6
41	31-40	36,6
24	41-50	21,4
15	51-62	13,4
112		100%

Gráfico N° 2



Fuente: el autor(a)

La tabla y el gráfico N° 2 indican que el 13.4% corresponde a las edades comprendidas entre 51 – 62 años, el 21.4% corresponde a las edades comprendidas entre los 41 - 50, seguido de los pacientes con edades entre los 20 – 30 años con el 28.6% y por último y en mayor porcentaje los pacientes con edades entre 31 -40 años con el 36.6%.

Tabla N° 3

Resultados de las pruebas de leishmaniasis a los pacientes

Resultados	Pacientes	Porcentaje
Positivos	5	4,5 %
Negativos	107	95,5 %
total	112	100 5

Grafico N° 3



Fuente: el autor(a)

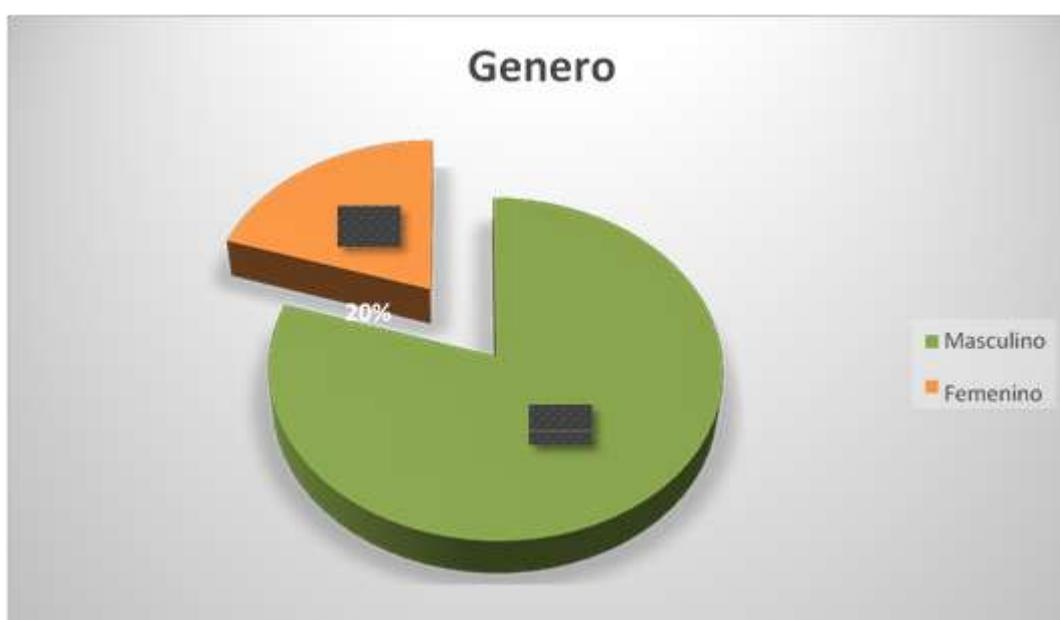
La tabla y el gráfico N° 3 indican que luego de realizarse las pruebas de Leishmaniasis a los pacientes, solo el 4,5 5 resultaron positivos y el 95,5 % resultaron negativos

Tabla N° 4

Pacientes positivos para Leishmaniasis clasificados por género

Género	Pacientes	Porcentaje
Masculino	4	80
Femenino	1	20
Total	5	100

Gráfico N° 4



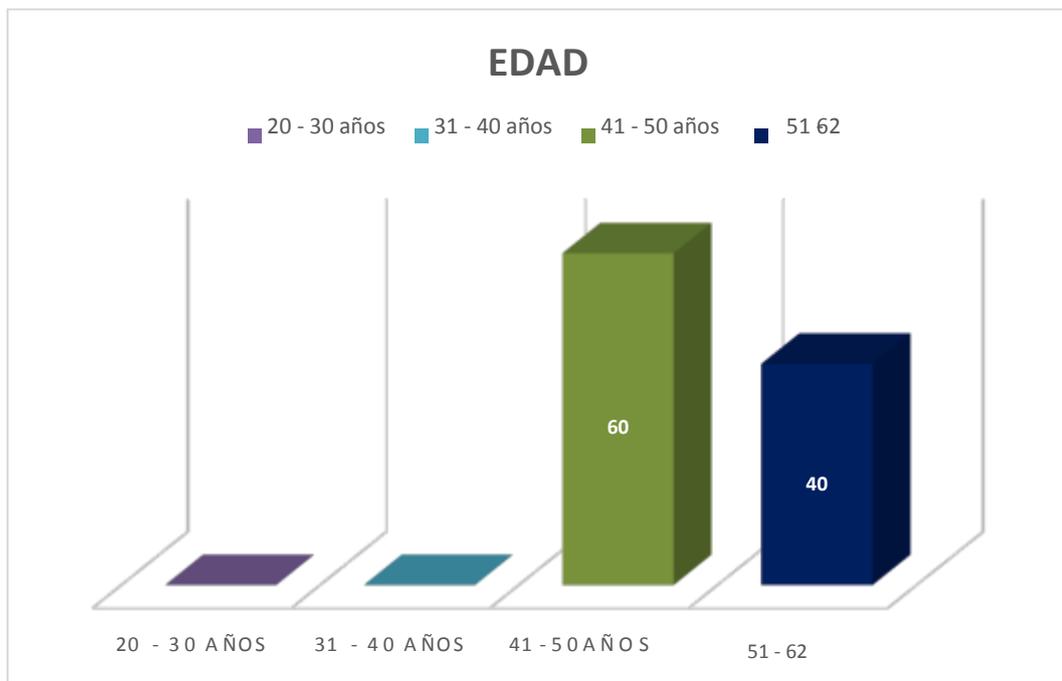
Fuente: el autor(a)

En la tabla y el gráfico 4 se puede observar que los pacientes que resultaron positivos clasificados por Género, el 20% corresponde al género femenino mientras que el mayor porcentaje con el 80% pertenece al género masculino.

Tabla N° 5
Pacientes positivos para Leishmaniasis clasificados por género

Edad en años	Pacientes	Porcentaje %
20 - 30	0	0.0
31 - 40	0	0.0
41 - 50	3	60.0
51 - 62	2	40.0
	5	100

Gráfico N° 5



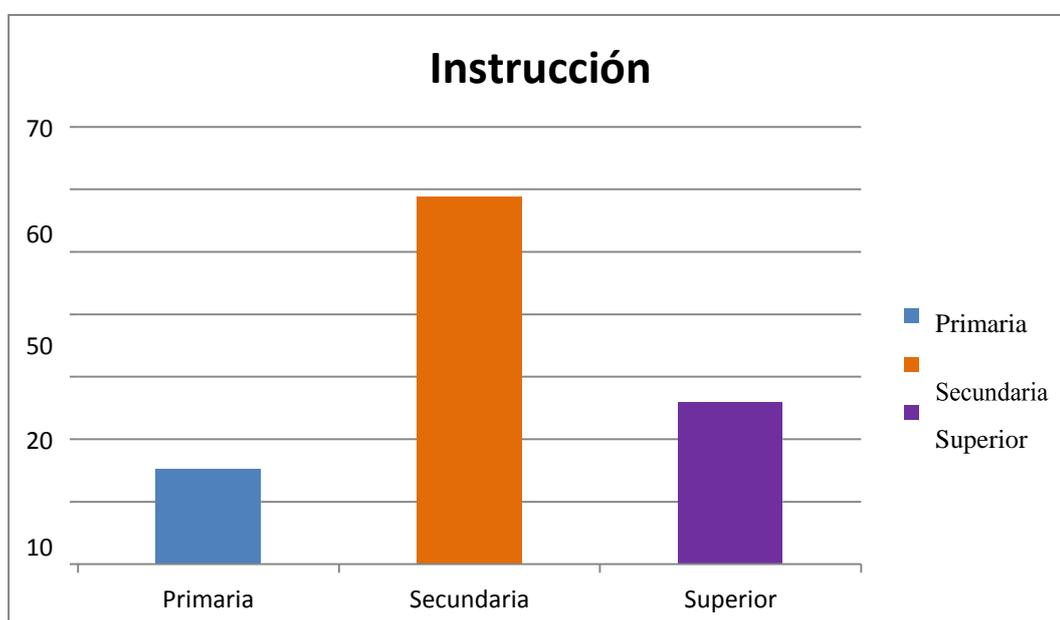
Fuente: el autor(a)

Como indican la tabla y el gráfico N° 5, se observa que los pacientes que resultaron positivos clasificados según edad están comprendidos entre los 41 – 50, con un porcentaje del 60 %, también se encontraron casos positivos en pacientes de 51 – 62 años lo que representa el 40%.

Tabla N° 6
Grado de instrucción de los pacientes

Instrucción	Pacientes	Porcentaje
Primaria	17	15.2%
Secundaria	66	58.9%
Superior	29	25.9%
Total	112	100%

Gráfico N° 6



Fuente: el autor(a)

Los resultados indicados en la tabla y el gráfico N° 6 muestran que el 15.2% de los moradores tienen solamente estudios primarios, mientras que el 58.9% tienen estudios secundarios y solo el 25.9% tienen estudios superiores.

Tabla N° 7

Labores a los que se dedican los pacientes

Labor u oficio	Pacientes	Porcentaje (%)
Labores agrícolas	43	38,4
Labores varias	9	8,0
Comerciante	28	25,0
Labores domésticas	32	28,6
Total	112	100.0

Gráfico N° 7



Fuente: el autor(a)

Según la tabla y el gráfico N° 7 se puede observar que el 8.0 % de los pacientes trabajan haciendo labores varias, el 25.0 % son comerciantes, el 28.6 % se dedica a los que quehaceres domésticos, y en mayor porcentaje el 38.4% se dedican a la agricultura.

Tabla N° 8

Conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad

Conocimiento de la enfermedad	Pacientes	Porcentaje
Si	5	4,5
No	107	95,5
Total	112	100



Gráfico N° 8

Fuente: el autor(a)

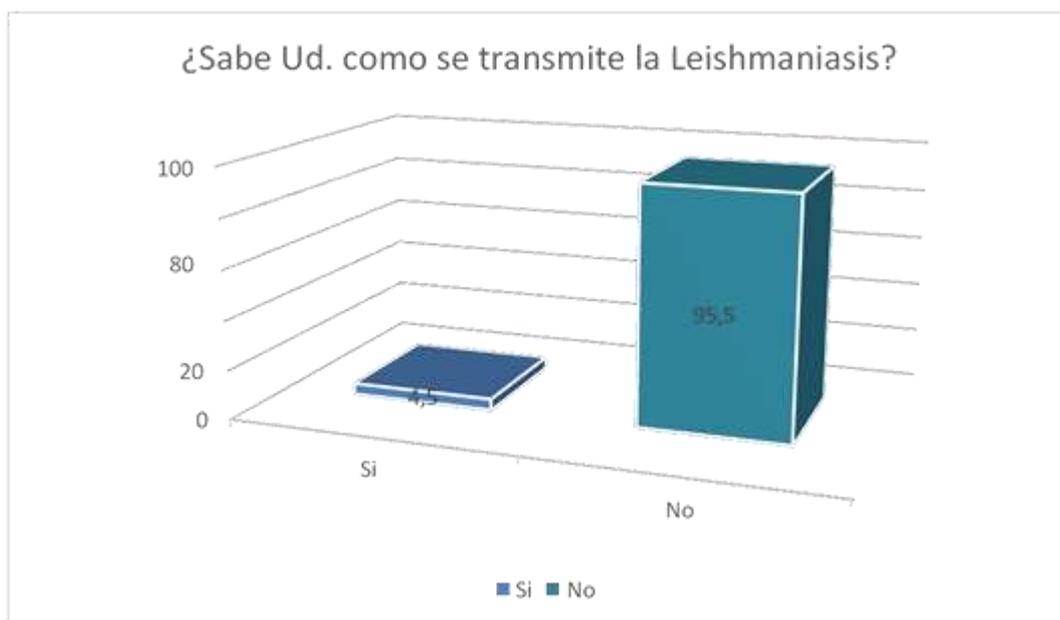
La tabla y el gráfico N° 8 indican que solo el 4.5% de los pacientes tienen conocimiento sobre la enfermedad, mientras que la mayoría el 95.5% no saben que es la leishmaniasis.

Tabla N° 9

Conocimiento de los pacientes sobre la transmisión de la enfermedad

Conoce como se transmite	Pacientes	porcentaje
Si	5	4,5
No	107	95,5
Total	112	100.0

Gráfico N° 9



Fuente: el autor(a)

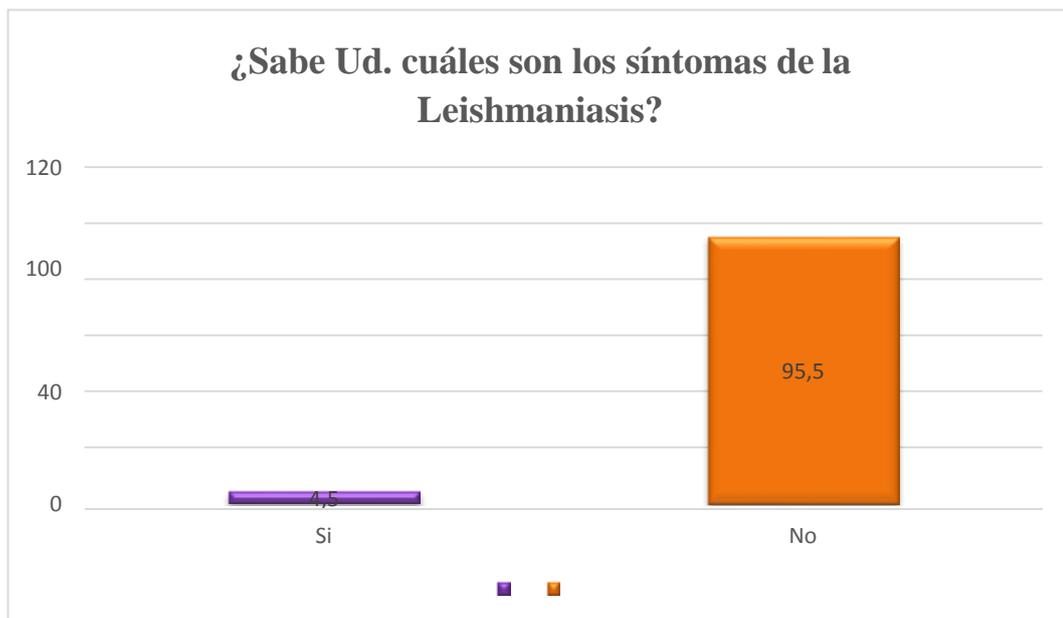
Los resultados obtenidos demuestran que solo el 4.5% de los pacientes saben cómo se transmite la enfermedad, mientras que la mayoría el 95.5% no tienen conocimiento de cómo se transmite la leishmaniasis, según indican la tabla y el gráfico N° 9

Tabla N° 10

Conocimiento de los pacientes sobre los síntomas de la enfermedad

Conoce cuáles son los síntomas	Pacientes	porcentaje
Si	5	4,5
No	107	95,5
Total	112	100.0

Gráfico N° 10



Fuente: el autor(a)

Los resultados obtenidos demuestran que solo el 4.5% de los pacientes saben cuáles son los síntomas de la enfermedad, mientras que la mayoría el 95.5% no tienen conocimiento de cuáles son los síntomas de la leishmaniasis, según indican la tabla y el gráfico N° 10

Tabla N° 11

Pacientes que se han realizado el examen para determinar la enfermedad

Examen	Pacientes	porcentaje
Si	5	4,5
No	107	95,5
Total	112	100.0

Gráfico N° 11



Gráfico # 11

Fuente: el autor(a)

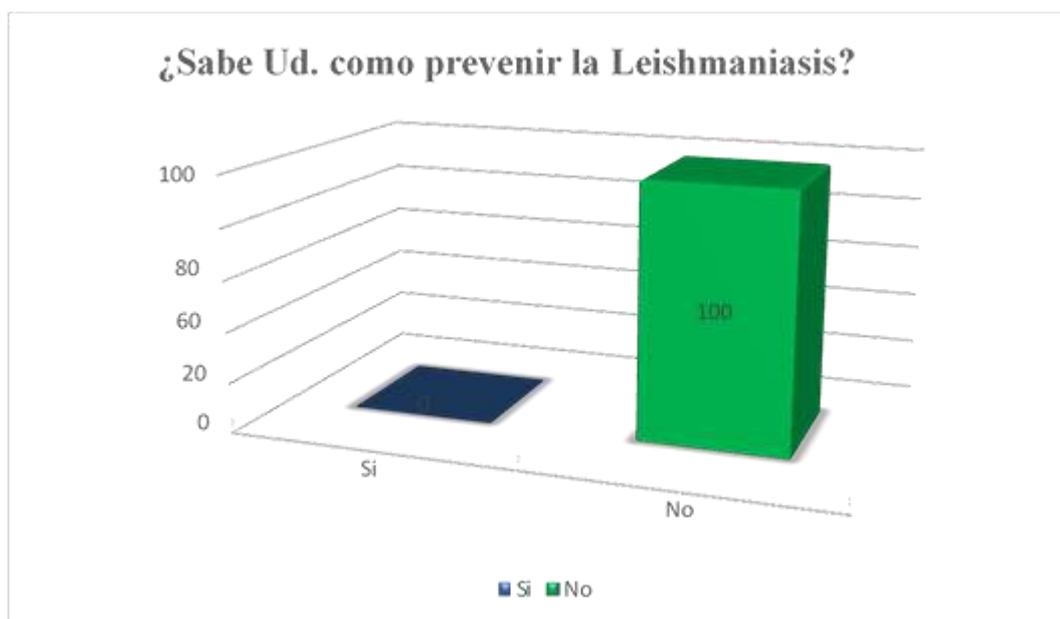
Los resultados obtenidos demuestran que solo el 4.5% de los pacientes se ha realizado el examen para determinar la enfermedad, mientras que la mayoría el 95.5% no se ha realizado ningún tipo de examen, según indican la tabla y el gráfico N° 11

Tabla N° 12

Pacientes que saben cómo prevenir la enfermedad

Saben	Pacientes	Porcentaje
Si	0.00	0
No	112.0	100
total	112.0	100

Gráfico N° 12



Fuente: el autor(a)

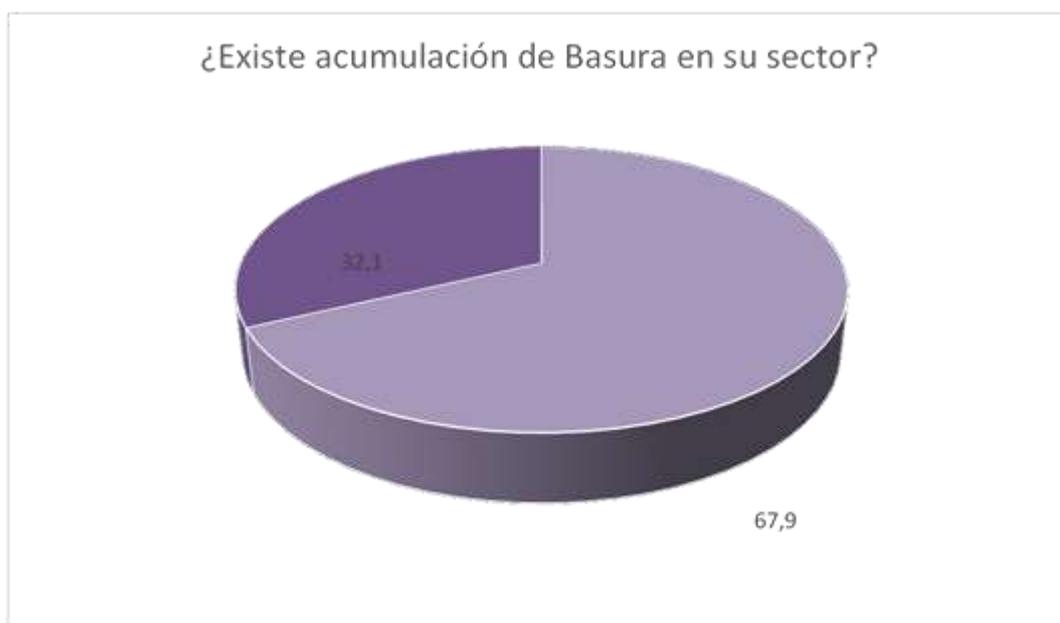
Los resultados obtenidos demuestran que el 100 % de los pacientes no conocen como prevenir la enfermedad, según indican la tabla y el gráfico N° 12

Tabla N° 13

Acumulación de basura en la zona donde residen los pacientes

Acumulación de basura	Pacientes	Porcentaje
Si	76	67,9
No	36	32.1
Total	112	100

Gráfico N° 13



Fuente: el autor(a)

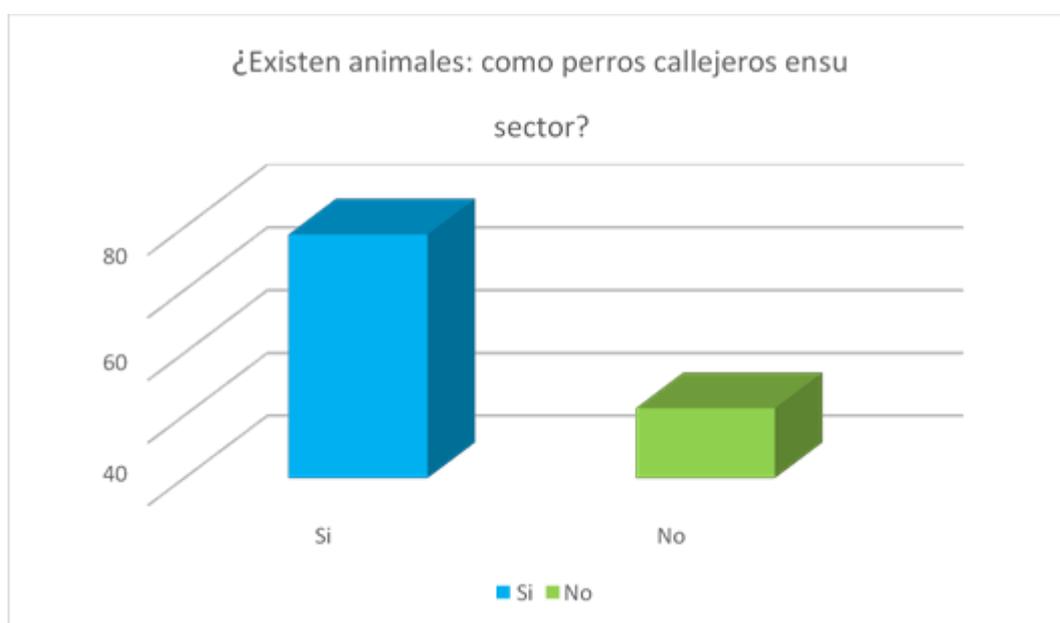
La tabla y el gráfico N° 13 indican que en la zona o sector donde residen los pacientes en el 67,9 % existen depósitos de basura y en un 32,1 no.

Tabla N° 14

Presencia de animales callejeros en la zona donde residen los pacientes

Animales callejeros	Pacientes	Porcentaje
Si	87	77,7
No	25	22,3
Total	112	100

Gráfico N° 14



Fuente: el autor(a)

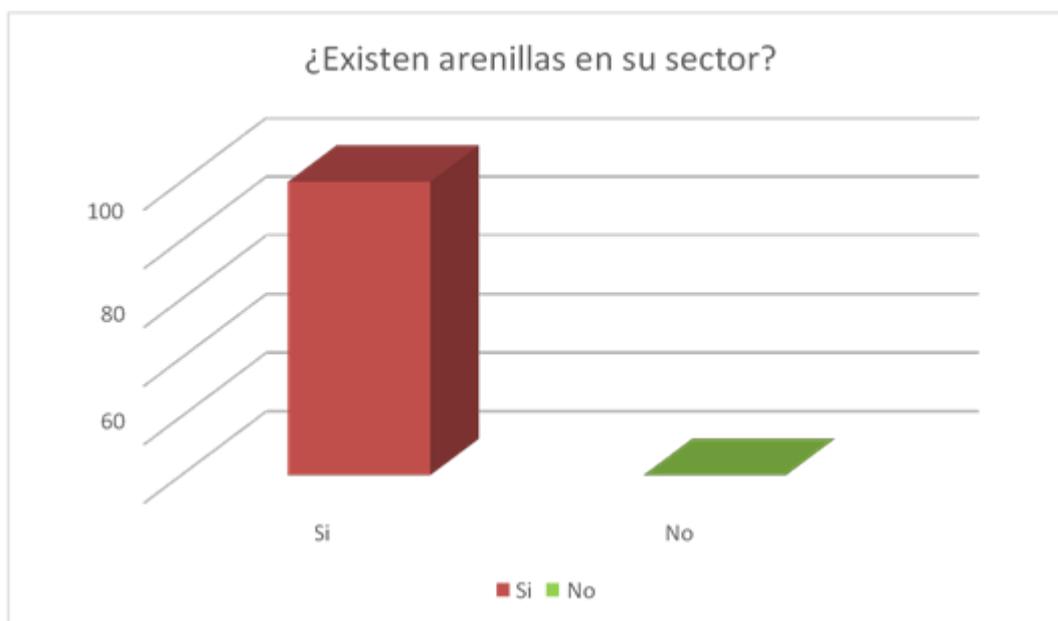
En la tabla y el gráfico 14 los resultados indican que el 22.3 % de los pacientes manifiestan que no hay perros callejeros por su sector, mientras que el 77.7 % indican que si hay estos animales por su sector.

Tabla N° 15

Presencia de mosquitos o flebótomos (arenillas) en la zona donde residen los pacientes

Presencia	Pacientes	Porcentaje
Si	112	100
No	00	00
total	112	100

Gráfico N° 15



Fuente: el autor(a)

La tabla y el gráfico N° 15 indican que en la zona o sector donde residen los pacientes, en un 100 % manifiestan que existe la presencia de mosquitos o flebótomos

VII. Análisis y discusión

La tabla y el gráfico N° 1 indican que el 38.4% de los pacientes atendidos son de sexo femenino, mientras que en mayor proporción tenemos pacientes de sexo masculino con el 61.6%.

La tabla y el gráfico N° 2 indican que el 13.4% corresponde a las edades comprendidas entre 51 – 62 años, el 21.4% corresponde a las edades comprendidas entre los 41 - 50, seguido de los pacientes con edades entre los 20 – 30 años con el 28.6% y por último y en mayor porcentaje los pacientes con edades entre 31 -40 años con el 36.6%.

La tabla y el gráfico N° 3 indican que luego de realizarse las pruebas de Leishmaniasis a los pacientes, solo el 4,5 5 resultaron positivos y el 95,5 % resultaron negativos, a pesar que existe la voz de alerta que la enfermedad está avanzando.

En la tabla y el gráfico 4 se puede observar que los pacientes que resultaron positivos clasificados por Genero, el 20% corresponde al género femenino mientras que el mayor porcentaje con el 80% pertenece al género masculino.

Como indican la tabla y el gráfico N° 5, se observa que los pacientes que resultaron positivos clasificados según edad están comprendidos entre los 41 – 50, con un porcentaje del 60 %, también se encontraron casos positivos en pacientes de 51 – 62 años lo que representa el 40%.

Los resultados indicados en la tabla y el gráfico N° 6 muestran que el 15.2% de los moradores tienen solamente estudios primarios, mientras que el 58.9% tienen estudios secundarios y solo el 25.9% tienen estudios superiores.

Según la tabla y el gráfico N° 7 se puede observar que el 8.0 % de los pacientes trabajan haciendo labores varias, el 25.0 % son comerciantes, el 28.6 % se dedica a los que quehaceres domésticos, y en mayor porcentaje el 38.4% se dedican a la agricultura

La tabla y el gráfico N° 8 indican que solo el 4.5% de los pacientes tienen conocimiento sobre la enfermedad, mientras que la mayoría el 95.5% no saben que es la leishmaniasis.

Los resultados obtenidos demuestran que solo el 4.5% de los pacientes saben cómo se transmite la enfermedad, mientras que la mayoría el 95.5% no tienen conocimiento de cómo se transmite la leishmaniasis, según indican la tabla y el gráfico N° 9

Los resultados obtenidos demuestran que solo el 4.5% de los pacientes saben cuáles son los síntomas de la enfermedad, mientras que la mayoría el 95.5% no tienen conocimiento de cuáles son los síntomas de la leishmaniasis, según indican la tabla y el gráfico N° 10

Los resultados obtenidos demuestran que solo el 4.5% de los pacientes se ha realizado el examen para determinar la enfermedad, mientras que la mayoría el 95.5% no se ha realizado ningún tipo de examen, según indican la tabla y el gráfico N° 11

Los resultados obtenidos demuestran que el 100 % de los pacientes no conocen como prevenir la enfermedad, según indican la tabla y el gráfico N° 12

La tabla y el gráfico N° 13 indican que en la zona o sector donde residen los pacientes en el 67,9 % existen depósitos de basura y en un 32,1 no.

En la tabla y el gráfico 14 los resultados indican que el 22.3 % de los pacientes manifiestan que no hay perros callejeros por su sector, mientras que el 77.7 % indican que si hay estos animales por su sector.

La tabla y el gráfico N° 15 indican que en la zona o sector donde residen los pacientes, en un 100 % manifiestan que existe la presencia de mosquitos o flebótomos

VIII. Conclusiones

- La prevalencia de Leishmaniasis en la Ciudad de Huancabamba es baja ya que del total de paciente atendidos solo el 4.5% resultaron positivos y el 95.5% restante resultaron negativos. Estos resultados son considerado muchas veces como brotes de la enfermedad
- El factor Socio – Económico y cultural son dos de los principales factores de riesgo que se determinaron en este estudio, esta afirmación se basa en el alto índice de pobreza, además de que el 58,9 % de los habitantes solo tienen estudios secundarios.
- Existen condiciones ambientales que se pueden considerar como factores de riesgo, habiéndose observado que en este Distrito si hay sectores donde existe acumulación de basura y perros callejeros, siendo este el principal reservorio del vector que provoca esta enfermedad.
- El desconocimiento de la enfermedad, del tratamiento y la insalubridad también son considerados factores de riesgo par la prevención de la enfermedad
- Las lesiones ulcerativas en el sitio de la picadura es la principal manifestación clínica que presentaban los pacientes que resultaron positivos en esta investigación.

IX. Recomendaciones

- Educar a la población mayormente expuesta a los reservorios naturales de éste parásito, con énfasis al sexo masculino, de la prevención y la no exposición para así evitar el contagio de la Leishmaniasis.
- Instruir a la población laboral acerca del cuidado de contagio de Leishmaniasis y su prevención, para así disminuir la incidencia de casos en el grupo etario de 41 - 50 años que resulta ser el más afectado.
- Limpiar los patios, erradicar hojas y malezas de los alrededores de las viviendas y la basura acumulada en las casas.
- Mantener el terreno alrededor de la vivienda libre de malezas y corrales, y los animales domésticos y mascotas alejados de la vivienda durante la noche.
- Utilizar repelentes para insectos, mosquiteros o telas metálicas, usar camisas de manga larga y pantalones o colocar repelente en el caso de transitar por zonas con mucha vegetación, sobre todo en las horas donde más actividad tiene el mosquito que es cuando sale el sol y al atardecer.
- En cuanto a los perros, es importante llevarlos al veterinario periódicamente y asear los sectores donde habitan para evitar que sean picados por mosquitos.
- Limpiar los lugares donde habitan los perros y evitar que sean picados por los flebótomos mediante collares o repelentes.

X. Referencias bibliográficas

Adeline Marcos. (2012). Leishmaniasis, el mal de los perros y los pobres / Reportajes / SINC. disponible en <http://www.agenciasinc.es/Reportajes/Leishmaniasis-el-mal-de-los-perros-y-los-pobres>

Allrefer. (2015). *Leishmaniasis - Fotos, síntomas, diagnóstico y tratamiento*. Disponible en: <http://lasaludfamiliar.com/contenido/articulos-salud-545.htm>

Caballero, N. (2015). *Síntomas y tipos de leishmaniasis - Salud al día*. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/leishmaniasis/sintomas-y-tipos-de-leishmaniasis-5288>

Calvopiña Hinojosa Manuel. (2010). Leishmaniasis en Ecuador. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=203&id_seccion=3430&id_ejemplar=6562&id_articulo=65333

Constitucion. (2014). *Ecuador Saludable, Voy por tí – Base Legal*. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/base-legal/>

D'Suze, C. (2012). *Leishmaniasis: generalidades históricas | Bitácora Médica*. Disponible en: <http://bitacoramedica.com/leishmaniasis-generalidades-historicas/>

Diario La Hora. (2011). *Más leishmania por identificación: Noticias Esmeraldas: La Hora Noticias de Ecuador, sus provincias y el mundo.*

Disponible http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101258518/-1/M%C3%A1s_leishmania_por_identificaci%C3%B3n.html#.Vezt95fHK1s

Diario Opinión. (2014). *Diario Opinión - Diario Moderno y Profesional.*

Disponible en: <http://www.diariopinion.com/local/verArticulo.php?id=893393>

Diario Correo. (2014). Huancabamba y Ayabaca son las ciudades más pobres del Perú. disponible en:

<https://diariocorreo.pe/peru/ayabaca-y-huancabamba-entre-las-provincias-mas-pobres-del-pais-523071/>

Nelson Caballero. (2015). *Leishmaniasis, qué es - Salud al día.* Disponible en:

<http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/leishmaniasis/leishmaniasis-5285>

Fronteras, M. S. (2014). *Kala azar - Leishmaniasis | MSF - Médicos Sin*

Fronteras. Disponible en: <http://www.msf.es/enfermedad/kala-azar-leishmaniasis>

Folia Dermatológica Peruana. (1997). INFORMACIÓN CIENTÍFICA: *Las Leishmaniasis en el Perú.* Vol. 8 N° 2. Disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/fofia/vol8_n2/inf_cient.htm

García-Almagro, D. (2005). *Leishmaniasis cutánea*. *Actas Dermo- Sifiliográficas*, 96(1), 1-24. Disponible en: [http://doi.org/10.1016/S0001-7310\(05\)73027-1](http://doi.org/10.1016/S0001-7310(05)73027-1)

Lopez E, N. (2013). *Gen Leishmania*. Disponible en: <http://www.ciencias.ula.ve/biolprot/protozoo/leishman.htm>

Mendoza. (2014). *Leishmaniasis: sus consecuencias para los portadores del parásito* (página 2) - Monografias.com. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos66/leishmaniasis/leishmaniasis2.shtml>

OMS. (2015). OMS / *Leishmaniasis*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/es/>

OPS. (2014), *Información General de leishmania*. Disponible en [:https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9417:2014-informacion-general-leishmaniasis&Itemid=40370&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9417:2014-informacion-general-leishmaniasis&Itemid=40370&lang=es)

Pagliano, P. (2005). *Visceral leishmaniasis in pregnancy: a case series and a systematic review of the literature*. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 55(2), 229-233.

Rabindranath Chuquisengo. (2014). *Leishmaniasis* - *Monografias.com*. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos62/leishmaniasis/leishmaniasis.shtml>

Ramos, N. (2017). Tratamiento Tradicional de la Leishmaniosis en Pobladores de la Localidad de Magdalena, Amazonas. (Tesis). Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas

Redondo Escalante. (2014). *Nuestra Salud Pública - HISTORIA NATURAL DE LEISHMANIOSIS*. Disponible en: <http://nuestrasaludpublica.wikispaces.com/HISTORIA+NATURAL+DE+LEISHMANIOSIS>

Scalibor. (2014). *Diagnóstico de la leishmaniasis canina*. Disponible en: <http://www.scalibor.com.ar/leishmaniosis/diagnostico.asp>

Tubotica.net. (2013). *Úlceras cutáneas*. Disponible en: http://www.consejos.tubotica.net/seccionconsejos_det.php?IdConsejo=875

Wikipedia. (2015). Prevalencia. En Wikipedia, la enciclopedia libre. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Prevalencia&oldid=84694712>

Wikipedia. (2015). Factor de riesgo. En Wikipedia, la enciclopedia libre. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Factor_de_riesgo&oldid=84748909

XI. Anexos

Anexo 1: Formulario de Recolección de Datos

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA**

**PREVALENCIA DE LA LEISHMANIA Y SU INFLUENCIA EN
ÚLCERAS CUTÁNEAS EN HABITANTES DE LA CIUDAD DE
HUANCABAMBA ENERO-JULIO 2017**

LABORATORIO CLINICO

ENCUESTA A LOS MORADORES DE LA CIUDAD

Nombre:

Edad:

Sexo:

1.- Tipo de instrucción (Marque con una X)

Primaria

Secundaria

Superior

2.- ¿A qué se dedica?

Labores agrícolas

Labores varias

Comerciante

Quehaceres domésticos

3.- ¿Sabe Ud. que es la Leishmaniasis?

Si

No

4.- ¿Sabe Ud. Como se transmite la Leishmaniasis?

Si

No

5.- ¿Sabe Ud. cuáles son los síntomas de la Leishmaniasis?

Si

No

Si la respuesta es afirmativa mencione 2 de ellos

.....

.....

.....

6.- ¿Se ha realizado el examen para determinar Leishmaniasis?

Si

No

7.- ¿Sabe Ud. Como prevenir la Leishmaniasis?

Si

No

8.- ¿Existe acumulación de Basura en su sector?

Si

No

9.- ¿Existen animales: como perros callejeros en su sector?

Si

No

10.- ¿Existen mosquitos – flebótomo conocido como “arenillas” en su sector?

Si

No

VECTOR DE LA LEISHMANIASIS



Mosca de la arena, vector de la leishmaniasis. Imagen: AJC1

CICLO DE VIDA DE LA LEISHMANIA

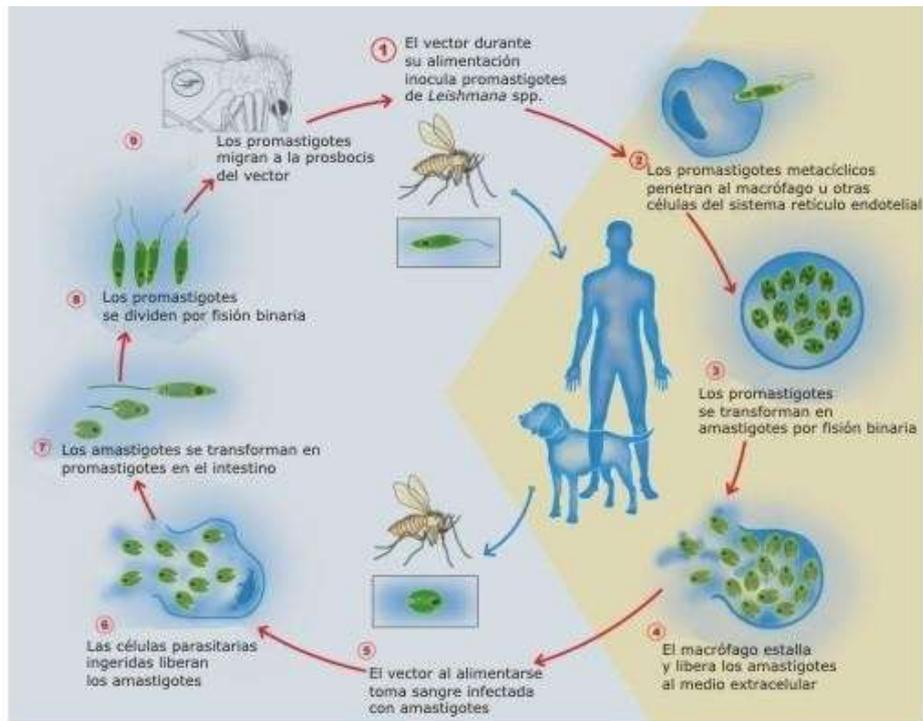


Fig. 1. Ciclo de vida de *Leishmania* spp. Dibujo de la licenciada Maylén Borrero, basado en una idea de la autora.



FORMA DE CONTAGIO DE LA LEISHMANIASIS

Cómo se contagia

1 El perro es el principal reservorio urbano del parásito de la leishmaniasis visceral y se contagia al ser picado por el mosquito infectado.



LEISHMANIASIS VISCERAL

Produce fiebre irregular prolongada, dolores abdominales y anemia.

La mortalidad es de 7% a 10%, especialmente en los niños pequeños.

2 El mosquito *Lutzomyia longipalpis* es el transmisor del parásito de la enfermedad.



3 Si un mosquito no portador pica a un perro infectado, se infecta y puede transmitir el parásito.



4 Si el mosquito infectado pica a una persona puede transmitirle la enfermedad.

Fuente: PROGRAMA NACIONAL DE LEISHMANIASIS

CLARIN

DISTRIBUCION MUNDIAL DE LEISHMANIASIS CUTANEA



Leishmaniasis

