

Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con leishmaniasis, región Amazonas, 2016

Clinical and epidemiological characterization of patients with leishmaniasis, Amazonas region, 2016

Sonia Huyhua¹, Sonia Tejada², Adán Monsalve³

RESUMEN

El objetivo fue determinar la caracterización clínica y epidemiológica de la leishmaniasis en pacientes residentes de la región Amazonas, 2016. El diseño de investigación fue cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, corte transversal. Universo muestral: 136 fichas de pacientes con leishmaniasis. El método: inductivo, técnica: documentación e instrumento: ficha. Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial. Resultados: En la caracterización clínica de la leishmaniasis del 100% (136) pacientes, el 47.8% (65) presentaron lesiones en miembros inferiores; el 62.5% (85) presentaron lesiones ulcerativas; predominó una lesión (89%) y en la sintomatología predominó el prurito 46.1% (63); en la caracterización epidemiológica el tiempo de evolución fue de 1 a 6 meses predominantemente (75%); el 87.5% (119) no tuvo tratamiento previo; el 100% (136) fueron contagiados en la zona rural; predominaron los adultos (37.5%) y el sexo masculino (55.9%); asimismo no existe relación entre el sexo y la edad ($X^2 = 5.536$; $GL = 4$; $p = 0.237$). Concluyéndose que las características clínicas e epidemiológicas predominantes son: las lesiones en miembros inferiores, son de tipo ulcerativas, existe más prurito, el tiempo de evolución es más de 1 a 6 meses, predomina en la zona rural, los adultos son los más afectados y afecta más al sexo masculino.

Palabras claves: epidemiología, leishmaniasis, personas

ABSTRACT

The objective was to determine the clinical and epidemiological characterization of leishmaniasis in resident patients of the Amazonas region, 2016. The research design was quantitative, descriptive, retrospective, cross-sectional. Sample universe: 136 records of patients with leishmaniasis. The method: inductive, technical: documentation and instrument: ficha. Descriptive and inferential statistics were used. Results: In the clinical characterization of leishmaniasis of 100% (136) patients, 47.8% (65) presented lesions in lower limbs; 62.5% (85) presented ulcerative lesions; An injury predominated (89%) and pruritus predominated in the symptomatology 46.1% (63); In the epidemiological characterization the evolution time was 1 to 6 months predominantly (75%); 87.5% (119) had no prior treatment; 100% (136) were infected in the rural area; Predominantly adults (37.5%) and males (55.9%); There is no relationship between sex and age ($X^2 = 5.536$, $GL = 4$, $p = 0.237$). Concluding that the predominant clinical and epidemiological characteristics are: lesions in the lower limbs, are ulcerative, there is more itching, the evolution time is more than 1 to 6 months, predominates in the rural area, adults are the most affected and Affects more males.

Keywords: epidemiology, leishmaniasis, people

¹ Enfermera. Docente Asociada de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Correo electrónico: sonia.huyhua@untrm.edu.pe.

² Enfermera. Docente Asociada de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; doctora en Ciencias de Enfermería. Correo electrónico: sonia.tejada@untrm.edu.pe.

³ Enfermero. Dirección Regional de Salud Amazonas; Director de Salud Pública. Correo electrónico: fogos4marz@hotmail.com

I. INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis cutánea es de distribución mundial y es un problema de salud pública que afecta a la población que se expone por razones de trabajo, paseo, y otras actividades cotidianas relacionadas con la agricultura que les permitan entrar en contacto con el vector, en la penumbra y el amanecer, después de la temporada de lluvia y según la ubicación y localización geográfica en que se encuentren. El agente causal es un protista protozoario unicelular dimorfo reconocido como leishmania, pertenece a la familia trypanosomatidae y se presenta en estado aflagelado o amastigote en huéspedes vertebrados, como el ser humano y fauna de mamíferos como los roedores, perros, y otros animales propios de áreas selváticas y rurales. (Velásquez, 2010, p. 10).

Tal es así como lo manifiesta la Organización Panamericana de la Salud: La leishmaniasis cutánea atípica es endémica en 98 países y se calcula que más de 350 millones de personas se encuentran en riesgo de exposición a la enfermedad, lo que constituye un grave problema de salud pública debido a la extensa distribución geográfica y a la alta morbilidad. Afecta principalmente a poblaciones de bajos recursos con menor acceso a los sistemas de salud y ocasiona pérdida de años de vida ajustados por discapacidad. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013, p. 1).

Según el reporte del informe técnico de la OPS (2013) “se observó un incremento entre los años 2001-2011, donde se reportó 638 702 casos en la Región de las Américas” (p. 2).

Además se puede apreciar que en el reporte de la OPS, especifica el porcentaje de los casos obtenidos desde el 2001- 2011, donde:

El 40,36% de los casos (257 812) fueron registrados en la sub región andina, 15,73% (100 475) en Centro América y 42,36% (270 572) en Brasil, que sumados a Colombia (20,08%) y Perú (13, 37%), representan el 75,8% de los casos reportados en dicho periodo. (OPS, 2013, p. 2).

En un análisis de los últimos cuatro años (2010 al 2013), realizado por la Organización Mundial de la Salud, observó que la leishmaniasis mucocutánea tuvo: Una reducción del número de casos registrados (19,2%) en la Región, principalmente en Brasil, Colombia, Nicaragua, Panamá, Perú, Ecuador, Paraguay y Argentina. En el caso de Bolivia, Honduras, Costa Rica, México, Guatemala y El Salvador, se observó un aumento en el número de casos reportados. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015, p. 1).

La OMS (2015) refiere que “en las Américas la epidemiología de la leishmaniasis cutánea es compleja, ya que existen variaciones en cuanto a los ciclos de transmisión, reservorios, flebótomos, manifestaciones clínicas, respuesta al tratamiento, y circulan en la misma zona geográfica múltiples especies de Leishmania (p. 2).

También la OMS refirió que en las Américas: El principal patrón de transmisión de la leishmaniasis cutánea y mucosa es el selvático, donde el ser humano entra en el hábitat natural del vector por diversas razones, entre las que se encuentran las actividades laborales, el turismo o la recreación. En algunas áreas específicas de las Américas la transmisión ocurre en el peri-domicilio y en el intradomicilio, debido a que el vector se ha adaptado a estos ambientes.

La Leishmaniasis es una enfermedad, que afecta a las poblaciones más pobres del planeta, está asociada a la malnutrición, los desplazamientos de población, las malas condiciones de vivienda, la debilidad del sistema inmunitario y la falta de recursos. Asimismo está vinculada a los cambios ambientales, como la deforestación, la construcción de presas, los sistemas de riego y la urbanización. Se estima que cada año se producen 1,3 millones de nuevos casos y entre 20 000 y 30 000 defunciones. Solo una pequeña parte de las personas infectadas por Leishmania acaban padeciendo la enfermedad. (OMS, 2015, p. 1).

Las leishmaniasis es una de las enfermedades de transmisión vectorial y con ciclos zoonóticos en las Américas, sigue siendo un problema de salud pública. Representa una elevada carga de enfermedad, debido a que produce formas clínicas graves que pueden causar deformidades, incapacidades y muertes. Entre los países con más altos AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidades) por leishmaniasis cutánea/mucosa, están Bolivia y Perú (OMS, 2016, p.1).

Al enfocarse a nivel del Perú, la realidad de los casos de leishmaniasis es la siguiente: Son 19 departamentos que tienen transmisión activa. En los últimos 11 años, 9 departamentos a nivel nacional que concentran el 78 % (65 892) de casos: Cusco, San Martín, Cajamarca, Piura, Junín, Madre de Dios, Ancash, Lima y Amazonas. En este período, el departamento de Cusco es el que concentra el mayor número de casos de leishmaniasis mucocutánea y el departamento de San Martín por leishmaniasis cutánea.

Los casos de leishmaniasis reportados en el Perú, por etapas de vida la mayoría de casos corresponde al grupo etario de 20 a 39 años con 33,8 % (2183)

seguido del grupo etario de 40-59 años con 17,1 % (1106). El mayor riesgo para leishmaniasis lo presentan el grupo de 15 a 19 años con un TIA de 28,3 casos / 100 000 hab., seguido del grupo 5 – 9 años con 22,4 casos / 100 000 niños.

Asimismo el 69,8 % (4232) del total de casos reportados en el año 2014 se concentran en los departamentos de Madre de Dios, Cusco, San Martín, Piura, Junín, Cajamarca, Lima y Ancash. El Departamento de Madre de Dios concentra el mayor número de casos 14,5 % (877 casos). Los distritos con mayor riesgo para leishmaniasis son: Las Piedras (Madre de Dios) con una TIA de 3658 / 100 000 hab. y Magdalena (Amazonas) con 3349 / 100 000 hab. (Ministerio de Salud [MINSA], 2014, pp. 6-7).

A nivel de la región Amazonas, en el año 2015: Se han detectado 287 casos de leishmaniasis (todos confirmados), siendo predominante en el sexo masculino (191 casos), de los cuales 281 fueron leishmaniasis cutánea y 6 leishmaniasis mucocutánea; asimismo el mayor número de casos fue en la población adulta joven; asimismo de los 84 distritos de Amazonas, en los últimos años, el 79.7% de ellos presentan transmisión activa de la enfermedad, siendo el Tingo, Pedro Ruiz y Yerbabuena quienes presentaron el mayor número de casos. (Dirección Regional de Salud Amazonas [DIRESA], 2016, pp. 102-103).

Es así que la leishmaniasis constituye un problema de salud pública en la Región Amazonas, ya que las condiciones socioeconómicas aumentan el riesgo de enfermarse, el vivir en zonas de focos naturales, con poco acceso a los servicios de salud. Por esa razón, esta afección constituye un serio problema de salud, cuyas características epidemiológicas y clínicas son importantes identificar en los pacientes para de esta manera poder frenar el incremento silencioso que pueda haber.

En este contexto esta investigación permitirá recoger información diagnóstica respecto a las características de los pacientes diagnosticados con esta enfermedad, a partir del cual se puede implementar otras investigaciones cuasi experimentales y proponer estrategias para lograr el control epidemiológico de los reservorios de los parásitos de esta enfermedad y fortalecer la educación al personal de salud sobre la enfermedad para una referencia oportuna y su adecuado tratamiento; así como implementar acciones interdisciplinarias preventivo promocionales en beneficio de esta población vulnerable.

También se constituye en un referente para abordar esta temática poco estudiada en esta zona y que sea un

punto de partida para realizar otras investigaciones con diseño distinto y de esta manera poder proponer políticas de salud que enfaticen de forma acertada las intervenciones en las enfermedades como es la leishmaniasis, limitando así complicaciones severas en la población.

Por todo lo mencionado se tiene como objetivo general determinar la caracterización clínica y epidemiológica de la leishmaniasis en pacientes residentes de la región Amazonas, 2016. Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial, Ji cuadrado y se procesaron los datos en el SPSS V-19.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Es de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. (Hernández, 2008)

Esquema :



En donde:

M: Fichas de los pacientes con leishmaniasis

0: Caracterización

El universo muestral fueron todas las fichas de los pacientes que presentaron leishmaniasis de la semana epidemiológica 1 a la 39, siendo un total de 136 (Red Chachapoyas: 115, Red Bagua: 03 y Red Utcubamba: 18). El método fue inductivo, técnica documentación y el instrumento fue la ficha de registro de datos. Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial, Ji cuadrado y se procesaron los datos en el SPSS V-19.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Caracterización clínica de la leishmaniasis en pacientes residentes en la región Amazonas, 2016

Características clínicas	Nº	%
Miembros superiores	65	47.8
Miembros inferiores	33	24.3
Tronco	10	7.4
Localización de la lesión		
Cabeza	19	14.0
Cuello	5	3.7
Glúteos	1	0.7
Cuello y miembro superior	3	2.2
Total	136	100.0

Tipo de lesión	Ulcerativa	85	62.5
	Infiltrativa	30	22.1
	Linfonodular	11	8.1
	Verrucosal	4	2.9
	Ulcerativa+lifonodular	2	1.5
	Ulcerativa+infiltrativa	4	2.9
Total	136	100.0	
Número de lesiones	01 lesión	121	89.0
	02 lesiones	9	6.6
	03 a + lesiones	6	4.4
	Total	136	100.0
Signos y síntomas	Dolor	11	8.1
	Prurito	63	46.3
	Adenopatías	1	0.7
	Dolor + prurito	40	29.4
	Ninguno	14	10.3
	Prurito + adenopatías	4	2.9
	Disfonia leve	2	1.5
	Tupidez nasal+disfonia leve	1	0.7
	Total	136	100.0

Fuente: Ficha de investigación epidemiológica del MINSA, aplicada

Del 100% (136) fichas de los pacientes con leishmaniasis, en la localización de la lesión el 47.8% presenta lesiones en los miembros superiores; según el tipo de lesión, el 62.5% presenta lesiones ulcerativas; según el número de lesiones predomina una lesión (89%); la sintomatología que predomina es prurito (46.3% y dolor + prurito (29.4%).

Tabla 2. Caracterización epidemiológica de la leishmaniasis en pacientes residentes en la región Amazonas, 2016

Tiempo de evolución de la enfermedad	Características epidemiológicas	N°	%	
	<1m	30	22.1	
	1-6 meses	102	75.0	
	7-12m	2	1.5	
	>1año	2	1.5	
Total	136	100.0		
Tratamientos previos recibidos	Ninguno	119	87.5	
	01 tratamiento	17	12.5	
	02 tratamientos	00	0.0	
	Total	136	100.0	
Lugar de contagio	Rural	136	100.0	
	Persona	Niño (0-11a)	36	26.5
		Adolescente (12-17a)	16	11.8
		Joven (18-29a)	21	15.4
		Adulto (30-59a)	51	37.5
		Adulto mayor (60a+)	12	8.8
	Total	136	100.0	

Sexo	Feminino	60	87.5
	Masculino	76	55.9
	Total	136	100.0

Fuente: Ficha de investigación epidemiológica del MINSA, aplicada

Del 100% (136) fichas de los pacientes con leishmaniasis, según el tiempo de evolución de la enfermedad, predomina de 1 a 6 meses (75%); en cuanto a tratamientos previos, no hubo alguno (87.5%); el lugar de contagio el 100% fue en zona rural; la persona afectada predominó la adultez con 37.5% y hubo un predominio de afectación en el sexo masculino (55.9%).

Tabla 3. Caracterización de la leishmaniasis según edad y sexo en los pacientes residentes en la región Amazonas, 2016.

Tipo de leishmaniasis	Edad	Sexo				Total	
		Femenino		Masculino		N°	%
		N°	%	N°	%		
Cutánea	0-11 años	18	13.2	16	13.2	34	25.0
	12-17 años	7	5.1	9	6.6	16	11.8
	18-29 años	7	5.1	13	9.6	20	14.7
	30-59 años	19	14.0	32	23.5	51	37.5
	60 a +	8	5.9	4	2.9	12	8.8
Total	59	43.4	74	54.4	133	97.8	
Mucocutánea	0-11 años	1	0.7	1	0.7	2	1.5
	18-29 años	0	0.0	1	0.7	1	0.7
	Total	1	0.7	2	1.5	3	2.2
Leishmaniasis	0-11 años	19	14.0	17	12.5	36	26.5
	12-17 años	7	5.1	9	6.6	16	11.8
	18-29 años	7	5.1	14	10.3	21	15.4
	30-59 años	19	14.0	32	23.5	51	37.5
	60 a +	8	5.9	4	2.9	12	8.8
Total	60	44.1	76	55.9	136	100.0	

Fuente: Ficha de investigación epidemiológica del MINSA, aplicada

$\chi^2 = 5.536$; $GL = 4$; $p = 0.237$ (no existe relación)

Del 100% (136) fichas de los pacientes con leishmaniasis, según la edad y sexo de los pacientes residentes en la región Amazonas, no se encontró relación entre la ambas variables ($p=0.237$); asimismo en los casos de leishmaniasis cutánea predominó la edad de 30 – 59 años que son del sexo masculino (23.5%); en caso de la leishmaniasis mucocutánea predominó la edad de 0- 11 años en ambos sexos (1.5%).

IV. DISCUSIÓN

1. Dentro de los resultados encontrados se pudo evidenciar además que según la localización de la lesión, el 47.8% de los pacientes ingresados al estudio presentan lesiones en los miembros superiores y el 24.3% presentan en los miembros inferiores, lo cual se contradice con el estudio realizado por Velásquez (2010), quien encontró que las lesiones de

Leishmaniasis cutánea se presentan en mayor proporción en la región de la cara, (38 %) 15.49 % en orejas y cuello un 4.93 %, seguido de los miembros superiores (19.71 %), inferiores (17.60 %); y Lizardo, G; Poncet, C; Poncet, E & Sierra, M. (2008), quienes también encontraron que el 85% de las lesiones estaban en la cara; al respecto la Norma técnica de Leishmaniasis del MINSA refiere que la localización de la úlcera es más frecuente en las partes expuestas del cuerpo, especialmente las extremidades y cara, lugares a donde tienen mejor acceso las lutzomias (MINSA, 2009, p. 6), lo cual concuerda con los resultados encontrados en el estudio, ya que las zonas más expuestas en las personas que trabajan en la zona rural (100% de los pacientes son de la zona rural), son los miembros superiores y los miembros inferiores.

Perú es un país donde esta enfermedad presenta altos casos y la Región Amazonas no es la excepción es así que en el presente estudio se presentaron características clínicas en un 47,9% en los miembros superiores, 24,3% en miembros inferiores, 14,5% en miembros inferiores y en menores proporciones en las demás partes del cuerpo, siendo predominante la ulcerativa, seguida de la infiltrativa linfonodular, asimismo el 46,3% presentó prurito, dolor más prurito 29,4%, 10,3% ningún síntoma, 8,1% dolor, prurito más adenopatía 2,9%, disfonía leve 1,5%, tupidéz nasal y disfonía leve 0,7%, adenopatías 0,7%. Es evidente que en los casos diagnosticados en la Región Amazonas se presentan en su mayoría un cuadro clínico cutáneo siendo en mínimos porcentajes las otras manifestaciones; sin embargo puede extenderse a las demás áreas del cuerpo ocasionando severas complicaciones irreparables en la vida de esta población.

En su estudio Lizardo, G; Poncet, C; Poncet, E & Sierra, M. (2008) encontraron que: “el 85% (23) las lesiones estaban en la cara, constituidas por pápulas, nódulos y placas no ulceradas, asintomáticas y de evolución crónica. El 56% (15) pacientes se encontraron desnutrición crónica” (p. 1)

Fonseca & et al (2004) en su investigación concluyó: en cuanto a su ubicación el 58.5% (31) casos presentan las lesiones cutáneas en la cara, un 5.7% es decir (3) casos las poseen en el tórax y un 28.3% (15 casos captados) las presentan en el miembro superior derecho, también se encontró lesiones en el miembro superior izquierdo en un 7.5%(4) casos. Además de estas localizaciones los casos presentaron lesiones en el dorso un 7.5% (4), en miembro inferior derecho 2 casos 3.8% y en miembro inferior izquierdo 5 casos con 9.4%. Respecto al tipo de lesión de predominio encontrada fue de tipo nodular con el 96.2% (51) casos y un 3.8% se caracterizaron como lesiones verrucosas En otras ubicaciones de lesiones de

importancia además de las comunes se encontró que 2 casos un 3.8% de los 53 sospechosos tienen lesiones en nariz, 1 caso 1.9% también presentaba en cuello, 2 tienen lesión en Oreja derecha para un 3.8%, y 1 caso presentó lesión en Oreja izquierda con un: 1.9%. (p.24).

Ponce & Caballero (2015) afirmó que esta enfermedad se presenta especialmente en áreas expuestas, cara y extremidades. (p.24). Por su parte Naziri & et al (2010); reveló que en el 60% de los casos se presentan como lesiones solitarias, con una pápula eritematosa, de crecimiento lento, crónico y asintomático, que posteriormente se ulcera y permanece de manera crónica, para después resolver dejando una cicatriz residual (pp. 23 - 28).

Valverde & Vicuña (2003) encontraron presentación única de la lesión como la más frecuente en un 66.67% y de tipo ulcerada en un 86.84%. El tamaño de la lesión varió de 0.5 a 1.5 cm (81.58%) y que la mayoría de las lesiones se localizaron en extremidades con un 57,9% (p. 1).

Existe ciertas coincidencias con los estudios de Fonseca & et al (2004), Ponce & Caballero (2015) y Valverde & Vicuña (2003) respecto a las manifestaciones físicas de la leishmaniasis según características localización, tipo, número de lesiones y signos y síntomas; siendo evidente que el organismo de los pacientes se ven expuestos a los vectores en zonas tropicales y endémicas reafirmando que es común encontrar lesiones en extremidades y de tipo ulcerativa lo cual puede ocasionar deterioro físico y psicológico en los pacientes que lo sufran; por lo que es pertinente reafirmar la necesidad de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y así contribuir a la reducción de la morbi mortalidad a consecuencia de esta grave enfermedad.

2. Al analizar los resultados de la tabla 2 se puede resaltar que dentro de las características epidemiológicas resaltantes se tiene que según el tiempo de evolución de la enfermedad el 75% de los pacientes considerados en el estudio han tenido la leishmaniasis dentro de 1 a 6 meses, lo cual se puede analizar que la detección oportuna en los establecimientos de salud no está siendo tan efectiva, ya que si la leishmaniasis es detectada a tiempo se puede tener una cura más adecuada, según el MINSA refiere que a los pocos meses las lesiones de leishmaniasis empiezan autolimitarse a medida que empieza a prevalecer la respuesta inmune del huésped, tienden a evolucionar y a la curación espontánea, en un periodo de seis meses a tres años. (MINSA, 2009, p. 6), lo cual si se auto limita no ayuda en su diagnóstico oportuno.

Asimismo se pudo encontrar que dentro de los tratamientos previos recibidos el 87.5% de los pacientes no habían recibido tratamiento anteriormente, sin embargo el 12.5% han recibido un tratamiento previo, lo cual según la norma técnica de leishmaniasis del MINSA, el tratamiento a utilizar como primera línea, se administra un antimonial pentavalente tipo estibo gluconato de sodio a dosis de 20 miligramos de antimonio pentavalente base / kilogramo de peso / día, durante un ciclo de veinte (20) días consecutivos (para el caso de Leishmaniasis cutánea) (MINSA, 2009, p. 14); lo cual se puede afirmar que el 87.5% de los pacientes van a recibir dicho tratamiento; pero en caso del 12.5% de los pacientes al haber recibido un tratamiento previo, según la norma técnica deberán repetir el esquema de antimonial pentavalente por un segundo ciclo a la misma dosis también por 20 días. (MINSA, 2009, p. 16)

El lugar de contagio del 100% de las personas que ingresaron al estudio han reportado que ha sido en la zona rural (trabajo o vivienda), lo cual según la clasificación propuesta por Burstein, quien denominó las formas clínicas según criterio epidemiológico (procedencia), aspecto clínico y tiempo de evolución, como: leishmaniosis andina cutánea (equivalente a la clásica “uta”), leishmaniosis andina cutáneo-mucosa, leishmaniosis selvática cutánea, leishmaniosis selvática cutáneo-mucosa (equivalente a la clásica “espundia”), reciente si es menor de un año y tardía si es más de un año (Burstein, Guillén, 2002, pp. 215-218), los resultados se podrían clasificar como leishmaniosis andina cutánea (uta) y leishmaniosis andina cutáneo-mucosa y enlazando según los resultados encontrados la mayoría es clasificada como “reciente”.

Dentro del grupo etareo (persona) más afectado, se pudo encontrar que los adultos (30 – 59 años) fueron los más afectados (37.5%), lo cual al comparar con los casos reportados en Amazonas en el año 2015 donde el mayor número de casos fue en la población adulta joven (18- 29 años), se puede analizar que cada vez más la población adulta está siendo más expuesta a contraer la enfermedad debido a que se encuentra más expuesta; asimismo los resultados encontrados tienen cierta concordancia con lo reportado por el MINSA 2014, donde por etapas de vida la mayoría de casos corresponde al grupo etario de 20 a 39 años con 33,8 % (2183) seguido del grupo etario de 40-59 años con 17,1 % (1106); sin embargo se discrepa con los resultados encontrados por Maita, et al (2011) en Bolivia, donde encontraron que del total de datos los grupos de edad más afectados fueron de 21 -30 años (24,05%), también se

contradice con el resultado de Velásquez, O (2010) en Guatemala, quien encontró que el grupo de edad más afectado está en el intervalo de 10-19 años (33%).

Se puede analizar que en el estudio realizado la población más afectada son consideradas población económicamente activa (PEA) y al haber encontrado además que el 100% de la población en estudio ha contraído la enfermedad en la zona rural; se puede extrapolar que las actividades prioritarias que realizan son la agricultura, ganadería y pesca artesanal, lo cual les expone más a estar en contacto con el vector infectado; sin embargo al analizar el resultado de que en segundo lugar la población más afectada son los niños (0-11 años) con un 26.5% se podría estar pensando que el vector no solamente está afectando en los espacios extra domiciliarios, sino podría estar cambiando de hábitat y está ingresando al interior de la vivienda, lo cual Tabares y Conterón (2015) encontraron que el tipo de viviendas, presencia de animales domésticos, uso de mosquiteros y falta de servicios básicos como: agua potable, luz eléctrica y alcantarillado, los cambios climáticos y la lluvia influyen en la aparición del mosquito manta blanca causante de la Leishmaniasis, que podría estar propiciando el cambio de comportamiento del vector, por el grupo de personas (niños) al que está afectando.

También se pudo encontrar que el sexo más afectado fue el masculino con un 55.9%, lo cual concuerda con los estudios realizados por Maita, et al, Velásquez, O y Lizardo, G; Poncet, C; Poncet, E & Sierra, M, donde en las tres investigaciones el sexo masculino prevaleció, asimismo en el año 2015 en Amazonas se detectaron en total 287 casos de leishmaniasis (todos confirmados), siendo predominante en el sexo masculino (191 casos) (DIRESA, 2016, pp. 102-103); esto podría estar siendo relacionado a que mayormente el sexo masculino son los que realizan los trabajos de agricultura, ganadería y pesca artesanal; es un problema de salud pública que afecta a la población que se expone por razones de trabajo, paseo, y otras actividades cotidianas relacionadas con la agricultura que les permitan entrar en contacto con el vector, en la penumbra y el amanecer, después de la temporada de lluvia y según la ubicación y localización geográfica en que se encuentren. (Velásquez, 2010, p. 10).

3. En la tabla 3 se pudo encontrar que no existe relación entre la edad y el sexo de la población sujeta al estudio ($\chi^2 = 5.536$; $GL = 4$; $p = 0.237$), tanto en leishmaniasis cutánea como en la Leishmaniasis muco cutánea; al respecto el MINSA (2009, p.4) refiere que la Leishmaniasis es una enfermedad polimorfa causada por protozoarios pertenecientes a

las especies del género *Leishmania*, y transmitida por una lutzomía infectada.

La inmunidad en la Leishmaniasis depende de la forma clínica y la respuesta del huésped. Se ha descrito un espectro de fenotipos que se correlacionan con la intensidad de la respuesta inmune. La inmunidad mediada por células tiene una influencia dominante en la determinación de la enfermedad. (MINSA, 2009, p. 5).

El período de incubación de la *Leishmania* Cutánea varía de dos semanas a varios meses y en algunos casos hasta años. Se inicia con una mácula eritematosa, poco pruriginoso, y luego de algunos días se produce una infiltración subcutánea local ocasionando una lesión papulosa de menos de 5 mm de diámetro. Suele observarse linfadenitis leve a moderada en la zona afectada. (MINSA, 2009, p. 6).

Las manifestaciones clínicas de la forma mucocutánea se presentan muchos meses o años después haber cursado con la forma cutánea, sin embargo en algunos pacientes aparecen cuando todavía existen las manifestaciones en la piel. (MINSA, 2009, p. 7).

Luego de meses o años las lesiones ulcerativas y destructivas progresan de la nariz hacia el labio superior, paladar y úvula. En estas partes también se pueden observar formaciones proliferativas. Cuando empieza afectar la faringe, epiglotis y laringe se producen trastornos de la voz. El compromiso gingival e interdentario es leve, raramente produce la caída dentaria. Las lesiones de la hipofaringe, laringe y tráquea se caracterizan por un compromiso de los repliegues aritepigloticos y aritenoides, que dan lesiones hipertrofiantes que producen disfonía, afonía y asfixia. La epiglotis también puede estar comprometida y las cuerdas vocales infiltradas. Si no hay tratamiento, la enfermedad puede llevar a la muerte. (MINSA, 2009, p. 7).

La Leishmaniasis Mucocutánea, en los primeros años de su evolución, no afecta el estado general del paciente, el que puede realizar su labor normalmente. Sin embargo, cuando las lesiones mucosas están muy avanzadas y comprometen la mucosa de la boca y la laringe, la respiración, la alimentación y el estado general del enfermo se altera, encontrando al paciente afectado física, psicológica y laboralmente. (MINSA, 2009, p. 7).

V. CONCLUSIONES

Las características clínicas e epidemiológicas predominantes son: las lesiones en miembros inferiores, son de tipo ulcerativas, existe más prurito,

el tiempo de evolución es más de 1 a 6 meses, predomina en la zona rural, los adultos son los más afectados y afecta más al sexo masculino. Se pudo evidenciar además que no existe relación ($X^2=5.536$; $GL=4$; $p=0.237$) entre la edad y el sexo en los pacientes residentes en la región Amazonas.

VI. AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento muy especial a los directivos y coordinadores leishmaniasis de los diferentes establecimientos de salud por facilitar la información.

VII. REFERENCIAS

- Fonseca L. & et al (2004). Prevalencia de leishmaniasis cutánea atípica y encuesta entomológica sobre flebotomos spp existente en veinte comunidades rurales de los municipios de tipitapa, san francisco libre y ticuantepe pertenecientes al Silais Managua. Periodo Septiembre a Octubre de 2004. Recuperado en: http://campus.easp.es/abierto/file.php?file=%2F78%2FInvestigacion%2FLCA_FINAL-Editado.pdf. Acceso el 1 de febrero de 2017
- Lizardo G; Poncet, C; Poncet E & Sierra M. (2008). *Caracterización de pacientes con Leishmaniasis cutánea atípica*. Revista médica Hondureña. Vol. 76. N° 3 Julio, Agosto, Setiembre, 2008. Pág. 101-107. Recuperado de: <http://65.182.2.242/RMH/pdf/2008/pdf/Vo176-3-2008.pdf#page=4>
- Hernández, S. (2008). "Metodología de la Investigación". 3ra Edic. Editorial Mc. Grawhill Interamericana. México. Pág. 703-705.
- Maita García X, Claudia Miranda Gutiérrez, Lizet Carolina Marañón Mendoza, Noelia Carvajal Yañez, Ana Santander López (2011). Bolivia. Características epidemiológicas de la Leishmaniasis en el departamento de Cochabamba durante el periodo 2002-2010. Rev Cient Cienc Méd v.14 n.2.
- MINSA (2009). Norma Técnica para el control de la Leishmaniasis.
- MINSA (2014). Dirección General de Epidemiología – Boletín

- epidemiológico (Lima). Recuperado de:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/01.pdf>
- OPS, 2013. Leishmaniasis. Informe Epidemiológico de las Américas. Recuperado de:
http://www.observatoriorh.org/sites/observatoriorh.org.honduras/files/webfiles/Docs/Informe_Leishmaniasis.pdf
- OMS, 2016. Informe Leishmaniasis, informe epidemiológico de la Américas N° 4-Julio de 2016. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs384/es/>
- Ponce & Caballero (2015). Leishmaniasis Cutánea. (Abril – Marzo, 2015). En: *Acta Pediátrica Hondureña*, Vol. 5, No. 1 y 2 / Abril 2014 a Marzo 2015. 5 (1-2). Recuperado en:https://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=5RuSWLPtFdPI8AeyxZmgBw&gws_rd=ssl#q=Matute%2C+N.%2C+Espinoza%2C+C.%2C+Alger%2C+J.%2C+Padgett%2C+D.%2C+Lopez%2C+E.%2C+et. Acceso el 1 de Febrero de 2017.
- The WHO Report. The Fight against Leishmaniasis. WHO 2006; 18(4): 132-145
- Valverde. J y Vicuña. D. Aspectos clínicos, epidemiológicos e histológicos de la leishmaniasis cutánea andina. Recuperado en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v27n1/a05v27n1.pdf>. Acceso el 01 de Febrero de 2017
- Velásquez Recinos, Otto. (2010). Caracterización clínica, epidemiológica y socio ambiental de pacientes con diagnóstico de leishmaniasis cutánea en las localidades del área norte del departamento de Petén, Guatemala. C. A Jornada Científica. Presentación de resultados de investigación de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala.