

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE
DE LA COSTA CARIBE DE NICARAGÜENSE
URACCAN
BIBLIOTECA
REGISTRO: 19
EJEMPLAR: 01
RECINTO SIUNA

**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE
LA COSTA CARIBE DE NICARAGÜENSE
URACCAN
RECINTO UNIVERSITARIO**



**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TITULO DE
ENFERMERA TÉCNICO SUPERIOR**

**Prevalencia de Leishmaniasis cutánea
área rural de
Bonanza de Enero a Diciembre 2001.**

Autores: Bra. Danelia Ramírez Cruz
Bra. Santa Rita Ubeda López

Tutora: Dra. Karla Morales Ocón
Md. Ms. Epidemiología
Directora Epidemiología
SILAIS RAAN

Asesora: Lic. Iris López Aburto
Master en Salud Pública
Coordinadora URACCAN – SIUNA

Bonanza Junio de 2003

Índice Paginas

CONTENIDO

▪	Dedicatoria	
▪	Agradecimiento	
▪	Resumen	
I.	Introducción	1-4
II.	Antecedentes	5-7
III.	Justificación	8
IV.	Planteamiento del problema	9
V.	Objetivos	10
VI.	Marco teórico	11-17
VII.	Material y método	18 - 26
VIII.	Resultados	27 - 35
IX.	Conclusiones	36
X.	Recomendaciones	37
XI.	Bibliografía	38
XII.	Anexos	

- I. Instrumento
- II. Entrevista
- III. Mapa del Municipio
- IV. Fotografías de Pacientes con Leishmanias
- V. ENO
- VI. Informe Anual



DEDICATORIA

A Dios sobre todas las cosas guiador de mis pasos.

A mis hijos por el tiempo que se limitaron de mis cuidados y mi cariño durante mi ausencia: Luisa Vanessa Chavarria Ramírez, Daniel Enrique Chavarria Ramírez y a mi madre Maria Auxiliadora Cruz Zeledón por andarme 9 meses en su vientre y enseñarme a dar los primeros pasos de la vida y cuidarme toda mi niñez.

Y a todas aquellas personas que incondicionalmente me dieron su apoyo y me brindaron toda la información necesaria para poder culminar este trabajo investigativo.

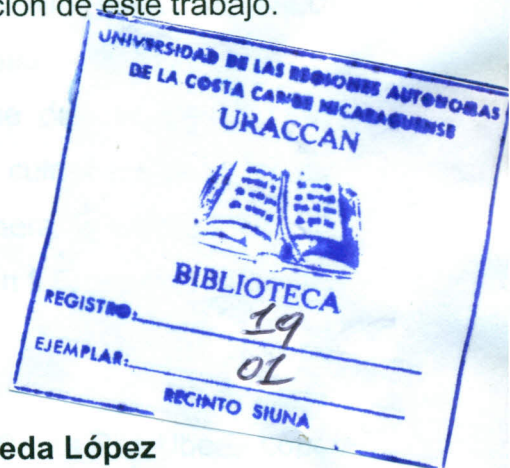
Danelia Ramírez Cruz

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado en don de la Inteligencia.

A mi Madre Yolanda López Zelaya que con esfuerzo y gran apoyo incondicional me ayudo a compartir mis sueños y lograr mis metas.

A mi esposo Pedro Rojas González por su apoyo moral y material en la realización de este trabajo.



Santa Rita Úbeda López

AGRADECIMIENTO

Con honor a nuestros docentes, Doctora Karla Morales Ocón y Licenciada Iris López Aburto.

Quienes incondicionalmente nos brindaron su apoyo material y humano para culminación del mismo.

A: IMTRADEC, URACCAN, MINISTERIO DE SALUD, por facilitarnos información básica para llevar a cabo este trabajo investigativo que con mucho esmero y esfuerzo humano, logramos culminar con el objetivo de presentar una visión general del problema y así mismo darle continuidad en un futuro próximo.

Danelia Ramírez Cruz - Santa Rita Úbeda López

AGRADECIMIENTO

A Dios sobre todas las cosas guiador de mis pasos por darme sabiduría y fortaleza a mi tutora Dra. Karla Morales Ocón por dedicarme su valioso tiempo y compartir su conocimiento científico y experiencia profesional.

A mi asesora Lic. Iris López Aburto por su asesoramiento metodológico comprensión y su amistad.

Al MINSA especialmente a la Dra. Lucia Lira León por darme la oportunidad de poder dar un paso más incursionar al campo científico de la salud y su apoyo incondicional de autorizarme la recopilación de toda la información necesaria y poder terminar nuestro trabajo investigativo.

Danelia Ramírez Cruz

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme toda la vida y a mi familia por el apoyo brindado.

Con honor y mucho respeto a mis docentes.

A mi tutora Dra. Karla Morales Ocón por guiarme con dedicación y paciencia en esta difícil tarea.

A mi asesora metodológica Lic. Iris López Aburto por su apoyo y comprensión brindada durante la elaboración de este trabajo.

Al Instituto de Medicina Tradicional IMTRADEC, URACCAN por haberme dado toda la oportunidad de abrirme paso con el campo del saber en el ramo de Enfermería General.

Al MINSA y en especial a la Dra. Lucia Lira León y a la Lic. Isabel Flores Jonson por haberme dado la oportunidad de llevar a feliz término mis metas propuestas.

Santa Rita Úbeda López

Resumen

La Leishmaniasis es un problema de Salud pública en la Región Autónoma Atlántico Norte.

Este comportamiento es similar en el municipio de Bonanza. El siguiente trabajo de investigación tiene por objetivo analizar la prevalencia de los casos de Leishmaniasis en 24 comunidades rurales de Bonanza de enero a diciembre del 2001.

Los principales resultados encontrados fueron los siguientes: el grupo etareo más afectado fue el de 15 a 49 años. Con relación al sexo tanto los femeninos como masculinos niños y adultos son afectados ya que toda la familia se dedican a la agricultura y salen muy de mañana a trabajar al campo, las mujeres ayudan a sus maridos y los niños trabajan al igual que sus padres levantando la cosecha de los granos básicos y por lo general salen muy temprano de sus casas y regresan cuando esta oscureciendo.

La gran mayoría de los pacientes entrevistados desconocen la transmisión de la enfermedad por lo tanto no hacen uso de las medidas preventivas, las localidades que mas sobresalen Saslaycito con un 15% (6) y Nueva Esperanza un 10% (4).

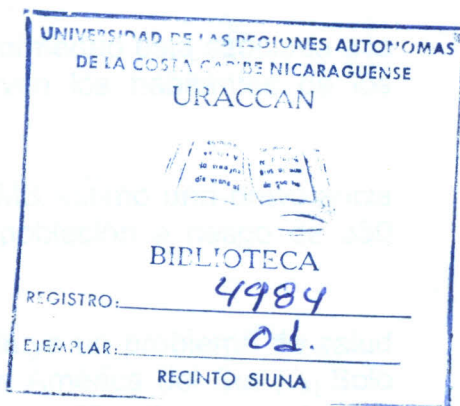
Los 40 pacientes fueron diagnosticados por laboratorio. en el programa de control de Leishmaniasis se cumple con las normas establecidas por la organización mundial de la salud, que mientras el paciente no sea confirmado con el test de Leishmaniasis no puede ingresar a recibir su tratamiento.

Con relación a las características clínicas de la enfermedad se encuentran lesiones ulceradas cutáneas en partes descubiertas del cuerpo, cara, miembros superiores, inferiores recientes de un mes de evolución. Y en algunos con infecciones sobre agregadas, presentan fiebres enrojecimiento alrededor de la roncha por lo que requiere de antibiótico y cura antes de recibir el tratamiento con Glucantime.

Con relación a los tipos de lesión el que mas sobresale es la lesión ulcerada con 87.5% de los pacientes (35).

Con este estudio se realizaron algunas recomendaciones que esperamos que sirvan de aporte para el MINSA y que sean retomadas por el MINSA y por personas afectadas.

Esta enfermedad también pone de manifiesto que la Leishmaniasis es un problema de salud en nuestro municipio.



I. INTRODUCCIÓN

La Leishmaniasis Cutánea Parasitaria, cuyas manifestaciones patológicas difieren mucho, tanto en su expresión clínica como en su severidad, en función del área geográfica en que ocurren, la especie parasitaria que las determinan y el tipo de vector involucrado en la transmisión ⁽¹⁾

Es una de las siete enfermedades tropicales para la OMS, y la segunda parasitosis de importancia en Latinoamérica ⁽²⁾

La prevalencia de la enfermedad esta asociada a la condición de pobreza que viven los habitantes de los países en vías de desarrollo.

Para el año 1993, la OMS estimo una prevalencia global de 12 millones y una población a riesgo de 350 millones de personas. ⁽³⁾

La Leishmaniasis constituye un problema de salud publica en todos los países de América del Sur ^(1.4) Solo en Brasil se registraron al menos 20 mil nuevos, lo que nos permite estimar una cuasististica anual para las Americas; en 1994 del orden de los 100,000 casos por año, de los cuales solo se registraron quizás una tercera parte.

En Nicaragua, los primeros reportes sobre Leishmaniasis Cutánea que se conoce, fueron realizados en 1917, de esta manera se empieza a formar una serie de comisiones en donde estaban involucrados El Ministerio de Salud, EPS, UNAN, IRENA, para tratar de establecer un sistema de control de detección y tratamiento adecuado de tan importante parasitosis. ⁽⁵⁾

La Leishmaniasis en Nicaragua, es endémica, los focos están distribuidos al Norte, centro y Este del país; entre 1982 y 1984 fueron notificados por las autoridades de salud 4,067 casos de la enfermedad y la Leishmaniasis cutánea llegó al quinto lugar entre todas las enfermedades infecciosas en Nicaragua. (6)

En 1986, se realizó un estudio en las zonas especiales III, ocupando la Leishmaniasis uno de los primeros lugares de notificación obligatoria. (5)

La situación de la Región del Atlántico Norte, no es muy diferente al resto del país asociada a esto la característica climatológica de bosque tropicales, favoreciendo la mayor incidencia de enfermedades del trópico.

Por lo tanto; se realiza este estudio para tener una visión real y amplia de esta patología en Bonanza, el primero que se lleva a cabo en este Municipio, con el se pretende hacer ver a los dirigentes de Salud, que ante el subregistro de los casos, existe sugerir medidas para su control y prevención, tanto a la comunidad como al personal de salud involucrado.

La Leishmaniasis cutánea constituye uno de los principales problemas de salud pública en Nicaragua. En la región Autónoma del Atlántico Norte se encuentra en segundo lugar de notificación de las enfermedades de transmisión vectorial.

Este estudio se realizó de enero a Diciembre del 2001 en 24 comunidades rurales que se han identificado como las más afectadas durante los últimos años en el municipio. Las que más sobre sales son Saslaycito y la Esperanza. El municipio de Bonanza pertenece a la

Región Autónoma Atlántico Norte se encuentra ubicada al norte con el municipio de Waspan, al con Siuna, al este con Rosita, al oeste con el Cua Bocay.

La población es de 14,628 habitantes de los cuales el 62% vive en el área rural el 38% en el área urbana posee una extensión territorial de 2039 Km².

La cabecera principal esta ubicada a 480 Km² de Managua, la capital de la república de Nicaragua en la posición geográfica esta situada entre las coordenadas 1401 de latitud norte 8435 de longitud oeste.

Posee un clima tropical húmedo, esto contribuye a la existencia de una vegetación con especies nativas.

Bonanza es un municipio que presenta condiciones favorables para que la enfermedad tenga un comportamiento endémico, es importante conocer que en este municipio no existe un análisis de la prevalencia de la enfermedad por lo que se pretende a través de este estudio conocer la causalidad y los factores de riesgo y la forma de presentación de los casos de leishmaniasis así como su abordaje médico y epidemiológico. Se pretende demostrar a través de este estudio la importancia que tienen los factores de riesgo en el comportamiento de la enfermedad, se hizo uso y revisión de fuentes, entrevistas, informe anual del programa de control de Leishmaniasis, revisión de fichas epidemiológicas, libros de registro, boletas de notificación obligatorias, tarjeta individual de pacientes en tratamiento.

Los principales resultados encontrados al concluir el estudio. En cuanto a los factores de riesgo de la Leishmaniasis un 42.5% de los pacientes afectados de Leishmaniasis tienen animales domésticos en su casa

tales como, perros, gatos, gallinas, cerdos, caballos. De los cuales el 76% (13) viven en el patio, el 5.8% (1) viven dentro de la casa. El 100% de los pacientes afectados desconocen el vector transmisor de la Leishmaniasis, el grupo mas afectado es de 15 a 49 años. En cuanto al sexo tanto masculino como femenino al igual son afectados.

En cuanto a la ocupación el 20% (8) de los pacientes con Leishmaniasis son agricultores, el 25% (10) son adolescentes que también colaboran con las tareas del campo, el 15% (6) son amas de casa que apoyan a sus maridos en la labor de la agricultura.

Una de las estrategias es la de divulgación y promoción a la población sobre medidas preventivas. El fortalecimiento de la red de vigilancia epidemiológica en el programa de control de Leishmaniasis, de esta manera aportaremos al sistema de salud un elemento de importancia para establecer acciones y estrategias de control que permitirá disminuir el incremento de la Leishmaniasis en el área rural y de todo el municipio .

II. ANTECEDENTES

Sur. La forma cutánea clásica de Leishmaniasis fue descrita por primera vez en Nicaragua en 1,917 por el doctor Francisco Baltodano en Limay Estelí. (Manual operativo de Leishmaniasis Pág. # 3).

Con relación a estudios realizados sobre este problema de Salud Pública en la zona se encontró un estudio en el municipio de Waspam en 1,997 por Loaisiga et al en donde se realizó una búsqueda activa y se encontraron 100 casos confirmados de leishmaniasis cutánea, para una prevalencia de 2.6 por 10,000 habitantes, siendo grupo etéreo mas afectado el comprendido entre 15 a 34 años, el sexo masculino fue el mas afectado con 1.4 veces mas que las mujeres.

Otro estudio realizado por Adisman et al en los municipios de Bonanza, Rosita y Siuna en el año 2001 sobre factores que influyen en la prevalencia de Leishmaniasis en los tres municipios citados se encontró que el sexo masculino fue el más afectado en las tres minas aunque las mujeres también se afectaron en un 33 %, el grupo etareo más afectado fueron las edades comprendidas entre los 15 y 25 años de edad, el 96 % de los casos procedían del aérea rural y el 84 % eran agricultores. Las amas de casa y los ganaderos son los menos afectados. En relación al tipo de vivienda la mayoría son de madera con techo de hojas y piso de tierra y se encontró una alta tenencia de animales dentro de la vivienda tales como perros, gatos, gallinas, caballos, vacas, cerdos y loras.

Los sistemas más afectados por Leishmaniasis en Nicaragua son: la Región Atlántico Norte, Región Atlántico Sur, Río San Juan, Jinotega, Matagalpa, Chontales teniendo cada uno de ellos municipios en donde la enfermedad se diagnostica más frecuentemente (Manual operativo de Leishmaniasis Pág.# 3).

La Leishmaniasis se convierte en un problema de Salud Pública a partir de 1,996 en el municipio de Bonanza asociado a los desplazamientos de la población emigrante en búsqueda de fuentes de trabajo principalmente procedentes del municipio de Siuna, Río Blanco y Waslala quienes se desempeñaban en la guirisería. Otro factor de importancia es que la población emigrante se internaba en las espesas selvas para realizar trabajos de agricultura dando como resultado la aparición de una extraña enfermedad caracterizada por llagas en las partes expuestas del cuerpo principalmente miembros superiores, inferiores y la cara,

A partir de 1,998 comienza a funcionar el Programa de Control de la Leishmaniasis en el municipio de Bonanza debido principalmente a un incremento en la captación de casos de lepra de montaña teniendo como principal estrategia la divulgación a través de los líderes comunitarios lo que permitió la captación oportuna de los pacientes. En este año se notificaron un total de 27 casos de la forma clínica Cutánea predominando en el grupo etareo de 15 a 49 años con 11 casos con predominio del sexo femenino (tomado del informe anual del programa de control de Leishmaniasis del centro de salud Esteban Jaenz Serrano).

III. JUSTIFICACIÓN

En 1,999 se lograron captar a través del programa un total de 13 casos de la forma clásica Cutánea predominando en el grupo de edades comprendido entre 15 a 49 años con 8 pacientes principalmente del sexo masculino. Durante el año 2,000 la Leishmaniasis sufre un deterioro en su comportamiento dado por la amplia dispersión de la enfermedad condicionado por la introducción del hombre a selvas vírgenes en donde abundan los reservorios del parásito de Leishmania tales como los zorros colas peladas , los perros, los armadillos y los roedores así como abundancia del vector transmisor de la enfermedad. Para este año se notificaron un total de 27 casos de la forma clásica Cutánea predominando en el grupo de 15 a 49 siendo el sexo masculino el más afectado.

Con este estudio se aportan sugerencias para la divulgación y educación en la leishmaniasis y demostrar la efectividad de la forma administrativa en el programa de control de leishmaniasis.

III. JUSTIFICACIÓN

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el área rural del municipio de Bonanza, existe un incremento en la notificación de leishmaniasis en su forma clínica cutánea, esto ha permitido que el sistema de salud incluya esta patología como un problema de salud pública local, por este motivo es muy importante para el sistema conocer los principales factores que están incidiendo en el incremento de la enfermedad en las comunidades rurales de este municipio.

Este estudio permitirá dar aportes importantes para la toma de decisiones y para la implementación de estrategias que sean viables para el control de la enfermedad. A su vez permitirá definir las medidas preventivas a implementar por los pobladores rurales y evidenciará las necesidades de educación para el abordaje integral de la de Leishmaniasis con el objetivo de empoderar a la población de estos conocimientos con la finalidad de reducir la prevalencia por Leishmaniasis en el municipio de Bonanza, además para el fortalecimiento de la red de vigilancia epidemiológica .

Con este estudio aportaremos sugerencias para la divulgación y educación acerca de la leishmaniasis y demostrar la efectividad de la terapia administrada en el programa de control de leishmaniasis.

V. OBJETIVOS

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETIVO GENERAL

¿Cuál es la prevalencia de Leishmaniasis cutánea en 24 comunidades rurales de Bonanza en el período comprendido de Enero a Diciembre 2001?

Objetivos Específicos

1. Identificar los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de los casos de Leishmaniasis cutánea en el municipio de Bonanza en el periodo comprendido de Enero a Diciembre 2001.
2. Identificar las localidades con mayor prevalencia de Leishmaniasis cutánea en el municipio de Bonanza en el periodo comprendido de Enero a Diciembre 2001.
3. Caracterizar la enfermedad de acuerdo a las características biológicas, clínicas, epidemiológicas y ecológicas en el municipio de Bonanza en el periodo comprendido de Enero a Diciembre 2001.
4. Identificar los principales problemas relacionados con la falta de atención de los pacientes ingresados en el Programa Control de Leishmaniasis.

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la prevalencia de Leishmaniasis cutánea en 24 comunidades rurales de Bonanza en el período comprendido de Enero a Diciembre 2001.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los factores de riesgo que influyen en el incremento de los casos de leishmaniasis cutánea en el municipio de Bonanza en el período comprendido de Enero a Diciembre 2001.
2. Identificar las localidades con mayor prevalencia de Leishmaniasis cutánea en el municipio de Bonanza en el período comprendido de Enero a Diciembre 2001
3. Caracterizar la enfermedad de acuerdo a las características biológicas, edad, sexo, escolaridad y ocupación en el municipio de Bonanza en el período comprendido de Enero a Diciembre 2001
4. Identificar las medidas terapéuticas utilizadas, relacionándolas con la tasa de curación de los pacientes ingresados en el Programa Control de Leishmanias

VI. MARCO TEÓRICO

La Leishmaniasis es una enfermedad infecciosa causada por un parásito llamado Leishmania, la cual es transmitida al hombre a través de la picadura de un pequeño vector chupa sangre llamado flebótomo y cuyas lesiones aparecen en la piel siendo la forma cutánea y en mucosa la forma muco cutánea o bien en un órgano interno dando origen a la forma visceral (manual operativo de Leishmaniasis 1997 Managua Nicaragua Pág. # 3).

Existen 4 formas clínicas de enfermedad en Nicaragua siendo estas:

- a. Cutánea Clásica (Lepra de Montaña o roncha mala)
- b. Muco cutánea o espundia
- c. Visceral o Kalazar
- d. Cutánea Atípica.

La forma clínica más frecuente es la Cutánea Clásica. (manual operativo de Leishmaniasis 1997 Managua Nicaragua Pag. # 3).

Especie parasitaria: Es un protozoario intracelular obligado del sistema reticuloendotelial de los vertebrados perteneciente al género Leishmania que se agrupa en dos subgéneros: Leishmania y Viannia. En el primero la L. Donovanii chagasi y L. Mexicana y en el segundo figuran la L. brasiliensis y panamensis.

Existen dos formas de esta especie: el promastigote o forma libre, móvil con un flagelo en uno de sus extremos y es la que se encuentra en el vector, la otra forma es el amastigote que es ovalado, inmóvil, sin flagelo y esta en el huésped afectado o vertebrado.

El amastigote permite confirmar la infección. (manual operativo de Leishmaniasis 1997 Managua Nicaragua Pág. # 7).

Vector: los flebótomos son pequeñas moscas de 2 a 3 mm de diámetro, las cuales necesitan sangre para alimentar a sus huevos y reproducirse, se caracterizan por ser de color cenizo y por tener las patas más grandes que sus cuerpos. Tienen un radio de vuelo muy corto entre 200-300 metros y su máxima actividad de picadura de las 5 a las 6 de la mañana del día siguiente.

Los vectores presentes en el país son del género *Lutzomia* encontrándose

Lutzomia logipalpis que transmite la L.

Visceral y L. Atípica

Lutzomia evansi se ha encontrado en focos recientes de L. Cutánea atípica

Lutzomia Ylepileptor y *trapidoy* ambas especies en la transmisión de la L. Cutánea Clásica y Muco Cutánea. (manual operativo de Leishmaniasis 1997 Managua Nicaragua Pág.# 8).

Cadena de trasmisión: al momento de ser picado por el zancudo transmisor de la leishmaniasis, el cual al chupar y alimentarse de su sangre aprovecha la ocasión para depositar en el sitio de la picadura su saliva conteniendo muchos parásitos los cuales van multiplicándose intensamente para dar lugar a la rápida aparición de la lesión. (manual operativo de Leishmaniasis 1997 Managua Nicaragua Pág. # 7).

Reservorio: El sistema ecológico en el cual se multiplica, crece y perpetua el agente causante de cualquier enfermedad. Los principales reservorios de la infección en Nicaragua son para la forma cutánea y muco cutánea el mono, el zorro cola pelada, el zorro cuatro ojos, el cusuco, el perezoso y la rata silvestre que viven en la zona selvática del país. Para la forma visceral los principales reservorios son los perros domésticos en estrecha relación con el campesinado en la zonas rurales en donde prevalece. De la forma Atípica se conoce muy poco pero se sospecha que el perro domestico sea el principal reservorio de la infección. (manual operativo de Leishmaniasis 1997 Managua Nicaragua Pág. # 9).

Huésped: es el individuo que se pone en contacto directo con el agente causal transmitido por el vector.

Generalmente hay un huésped reservorio primario para cada especie de leishmaniasis en un determinado foco, pero otros mamíferos de la misma zonas pueden resultar infectados convirtiéndose en el huésped secundario, pueden desempeñar cierto papel en el mantenimiento del sistema sacando ocasionalmente al parásito de su foco enzootico para ponerlo en contacto muy estrecho con el hombre , aunque ese modo de transmisión es accidental, es poco frecuente en el caso de la leishmaniasis, los huéspedes accidentales son mamíferos que pasean infectados, no desempeña ningún papel en el mantenimiento del sistema. (manual operativo de Leishmaniasis 1997 Managua Nicaragua Pág. # 9).

Manifestaciones Clínicas: Las manifestaciones clínicas dependen de las especies del parásito, del estado inmunitario del huésped y de la forma clínica.

Forma Cutánea Clásica: Es la forma más frecuente encontrada, se presenta en las zonas descubiertas del cuerpo, cara, miembro superior e inferior. La forma inicial es una papula descolorida que tiende a crecer en forma nodular hasta alcanzar un cm de diámetro en 2 a 4 semanas formándose una pequeña costra en el centro de la lesión la cual se desprende dando lugar a la aparición de una ulcera. La lesión primaria es indolora cuando se presenta dolor es secundario a infección. La ulcera es redonda de superficie granulosa y sucia y recubierta por una costra. La ulcera clásica posee bordes descoloridos elevados e indurados con un cráter central en forma sacabocado. Puede ser única o múltiple. Deja cicatriz con daño físico y psicológico muchas veces incapacitante. (manual operativo de Leishmaniasis 1997 Managua Nicaragua Pág. # 13).

Forma Muco Cutánea: es consecuencia de una L. Cutánea mal tratada padecida entre 5 y 15 años antes. La lesión aparece en la cara cerca de la boca o de la nariz y de allí se extiende a la mucosa. Es de evolución lenta, no cura espontáneamente por lo que requiere de tratamiento específico. La lesión consiste en un infiltrado inflamatorio crónico el cual se extiende rápidamente pudiendo perforar y destruir el septum nasal, paladar, nasofaringeo y laringe con gran dificultad para tragar y hablar pudiendo provocar la muerte del paciente por complicaciones bacterianas o mitóticas secundarias. La complicación más frecuente es la neumonía intercurrente debido al paso de las secreciones infectadas al tracto respiratorio superior.

Provoca serios daños a la mucosa oral y nasal, mutilaciones con problemas físicos y psicológicos importantes, una vez la infección curada requiere por lo general de cirugía reconstructiva.

(manual operativo de Leishmaniasis 1997 Managua Nicaragua Pág. # 14).

Diagnostico:

El diagnostico de laboratorio para confirmar la enfermedad es el frotis directo de la lesión, el cual consiste en tomar la muestra de la lesión haciendo un raspado suave con una lanceta estéril en los bordes de la misma, una vez que la muestra se seca, se fija con metanol y se colorea con giemsa, para observar mas fácilmente al microscopio el parásito causante de la leishmaniasis. En el caso de que el paciente tenga varias lesiones, se debe tomar la muestra de la lesión mas reciente y con bordes más gruesos, la toma de la muestra siempre debe hacerse de los bordes de la lesión, ya que es allí donde se encuentra el amastigote o parásito causante de la enfermedad. (manual operativo de Leishmaniasis 1997 Managua Nicaragua Pág. # 22).

Tratamiento: La terapia de la enfermedad tiene como objetivo curar la lesión, prevenir las recaídas, evitar la resistencia, evitar la aparición de más lesiones sobre todo en la boca, nariz, y vísceras, así como reducir los costos hospitalarios.

La terapia se realiza a base de antimonio de meglubine a razón de 20 Mg. por Kg. de peso durante un periodo de 20 días estrictamente supervisado. Se debe de vigilar constantemente la aparición de efectos adversos producto del medicamento administrados tales como dolores de cabeza, malestar general, nauseas, vómitos,

pérdida del apetito, dolores musculares, erupción en la piel, tos, dolor en sitios de la aplicación, lo cual aparece en las primeras semanas del tratamiento y después desaparecen simultáneamente, los niños toleran mejor el tratamiento que los adultos (manual operativo de Leishmaniasis 1997 Managua Nicaragua Pág. # 26).

Medidas Preventivas:

Protección con camisas gruesas mangas largas y pantalones largos después de la 5 de la tarde o cuando se penetre a la selva.

Proteger a los niños cubriéndolos para evitar picaduras

Uso adecuado de mosquiteros de malla fina

Uso de repelentes

Rociado periódico con piretroides de acción residual intra y peri domiciliar

Mantener limpias y ordenadas las viviendas.

Salir a trabajar después de 5 – 7 a.m y regresar antes de las 5:00 p.m.

Ventilar adecuadamente la vivienda

Limpiar regular mente alrededor de las viviendas en un radio de 200 a 300 metros

Construir la vivienda en lugares altos donde circule bastante aire.

Manejar los animales alejados de la casa

VII. Quemar basura, estiércol de vaca u hoja para provocar humo y alejar al vector que pica por lo general después de las 5 de la tarde.

Construir letrinas cerca de las casas de 5 a 10 metros de distancia de la casa. (Normas del Programa de Control de Leishmaniasis: Pág.)

Tipo de estudio: Descriptivo, retrospectivo de corte transversal

Universo: Todos los pacientes en seguimiento de Leishmaniasis 111 frotis

Muestreo: Aleatorio Simple

Muestra: 40 pacientes en 24 comunidades rurales de Bonanza, de Enero a Diciembre 2014

Criterios de inclusión:

Formas clínicas con características de la enfermedad

Pacientes con frotis positivo

Ingresados al programa de Leishmaniasis

Que sean mayores de un año

Que no estén embarazadas

VII. MATERIAL Y MÉTODO

Área de Estudio: Zona Rural del Municipio de Bonanza, Región Autónoma Atlántico Norte, RAAN. Bonanza se limita al Norte con Waspan, al Sur con Siuna, al Este con Rosita, al Oeste con Cúa Bocay, la población es de 14,628 habitantes, extensión territorial 2,039 km²

Tipo de estudio: Descriptivo, restropectivo de corte transversal

Universo: Todos los pacientes sospechosos de Leishmaniasis 111 frotis.

Muestreo: Aleatorio Simple

Muestra: 40 pacientes en 24 comunidades rurales de Bonanza, de Enero a Diciembre 2001.

Criterios de inclusión:

Formas Clínicas compatibles de la enfermedad

Pacientes con frotis positivo

Ingresados al programa de Leishmaniasis

Que sean mayores de un año

Que no estén embarazadas

Criterio de Exclusión:

Formas Clínicas no compatibles de la enfermedad

Pacientes con frotis negativos

Que no estén ingresados en el programa de Leishmaniasis

Que sean menores de un año

Que estén embarazada

Variables:

Identificar los factores de riesgo que influyen en el incremento de los casos de Leishmaniasis cutánea en el municipio de Bonanza

- Ocupación
- Animales domésticos
- Ubicación de vivienda
- Presencia del vector
- Creencia y costumbre
- Falta de educación
- Poca promoción y divulgación de las medidas preventivas de la Leishmaniasis en el Área Rural.

Realizar estratificación de las localidades con mayor prevalencia de Leishmaniasis cutánea en el municipio de Bonanza Área Rural.

- Localidades Afectadas
- Barrios Afectados

Describir la enfermedad de acuerdo a las características biológicas, edad, sexo, escolaridad y ocupación.

- Edad
- Sexo
- Escolaridad

Identificar las formas clínicas y medidas terapéuticas utilizadas, relacionándolas con la tasa de curación de los pacientes ingresados en el Programa de Control de Leishmaniasis

- Inicio de primeros síntomas
- Unidad de Diagnostico
- Tiempo de evolución de la lesión
- Tipo de lesión
- Localización de la lesión
- Terapia Sobreagreagada

Cruces de variables:

Edad : Forma clínica

Sexo

Procedencia

Ocupación

Sexo : Forma clínica

Tipo de lesión

Localización de lesión

Infección sobre agregada

Escolaridad : Edad

Procedencia

Ocupación

Presencia de animales domésticos

Presencia del mosquito.

Procedencia: Donde ha habitado los últimos 5 años.

Procesamiento y análisis de la información:

Para la elaboración de este estudio se hizo uso de fuente primaria a través de encuesta clínico epidemiológica y fuentes secundarias como expediente clínico, fecha epidemiológica, tarjeta individual, libro de registro, normas del programa, folletos de Leishmaniasis, cartilla de Leishmaniasis, hoja de tratamiento de cada caso notificado durante el año 2001.

Se utilizó para el procesamiento de la información el sistema estadístico Epi info 6.4, haciendo uso de los programas Microsoft Word, Excel luego se realizó uso del sistema de análisis y los resultados son presentados en tablas y gráficos. Se anexa mapa del municipio en donde se especificarán los lugares con mayor incidencia

Presencia del Vector	Logos que se encuentran presentes o identificados el vector	Porcentaje	En viviendas En personas
Creencia	Actitud de las pobladores de sector sobre la Leishmaniasis	Porcentaje	Módulo Médico Enfermedad
Educación y Promoción	Estrategias utilizadas para dar a conocer el problema a la población	Porcentaje	Radio Televisión

Operacionalización de Variables

Objetivo 1. Identificar los factores de riesgo que influyen en el incremento de los casos de Leishmaniasis Cutánea en el municipio de Bonanza.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Ocupación	Es el oficio que desempeña la persona.	Porcentaje	Profesionales Agricultor Técnico Obreros.
Animales Domésticos	Es la presencia de un organismo vivo del reino animal que participe como reservorio en la cadena de transmisión	Porcentaje	Perros Gatos Ganados Caballos Gallinas Ratas Cerdos
Presencia del Vector	Lugar que se encuentra presente o identificado el vector	Porcentaje	En la viviendas En las cercanías
Creencia	Forma de los pobladores de pensar acerca de la Leishmaniasis	Porcentaje	Mágico religioso Enfermedad
Educación y Promoción	Estrategias utilizadas para dar a conocer el problema a la población	Porcentaje	Radio Televisión

Objetivo 3. Caracterizar la enfermedad de acuerdo a las características demográficas, epidemiológicas y clínicas.

Objetivo 2. Realizar estratificación de las localidades en mayor prevalencia de Leishmaniasis cutánea en el municipio de Bonanza

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Localidades Afectadas	Lugar en donde se han identificado casos confirmados de Leishmaniasis	Porcentaje	Barrios Comunidades

			26 - 49 Años 50 + Años
Sexo	Características fenotípicas que difieren al hombre de las mujeres	Porcentaje Sexo	Femenino Masculino
Educación	Nivel académico alcanzado por el individuo	Porcentaje	Adecuada Poco adecuada Sin datos
Localización de la lesión.	Lugar que ocupa la lesión	Porcentaje	Cara, Tronco Extremidades superiores Extremidades inferiores

Objetivo 3. Caracterizar la enfermedad de acuerdo a las características biológicas, edad, sexo, escolaridad y ocupación.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Período transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Edad manifestada por la persona al momento de llenar la ficha.	0 - 1 Año 2 - 4 Años 5 - 14 Años 15 - 34 Años 35 - 49 Años 50 + Años
Sexo	Característica fenotípica que diferencia al hombre de las mujeres.	Porcentaje Sexo	Femenino Masculino
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por el poblador	Porcentaje	Analfabeta Primaria Secundaria
Localización de la lesión.	Lugar que ocupa la lesión	Porcentaje	Cara, Tronco Extremidades superiores Extremidades inferiores.

Objetivo 4. Identificar las formas clínicas y medidas terapéuticas utilizadas, relacionándolas con la tasa de curación de los pacientes ingresados en el Programa de Control de Leishmaniasis

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Inicio de Primeros Signos	Período transcurrido desde las manifestaciones clínicas hasta el momento del estudio.	Porcentaje	1 mes 2 meses variables
Unidad de Diagnostico	Lugar en donde se realizo el frotis	Porcentaje	Centro de Salud Puesto de Salud Comunidad
Tiempo de evolución de la lesión	Periodo de tiempo desde que salió la lesión	Porcentaje	1mes 3 meses variables
Localización de la lesión	Lugar en donde le salió la lesión al paciente	Porcentaje	Cara MSD MSI MID MII Mucosa
Terapia Recibida	Medicamentos administrados al paciente	Porcentaje	Glucantime Antibióticos Educación
Características clínicas de la enfermedad	Forma de presentación de la enfermedad en el paciente afectada	Porcentaje	Roncha Prurito Dolor Fiebre Ampolla
Tipo de lesión			Verrugosas ulceradas Ignoradas

VIII. RESULTADOS

8.1 RESULTADOS

- I. Factores de riesgos que influyen en el incremento de los casos de leishmaniasis cutánea en el municipio de bonanza.

Con relación a la existencia de animales domésticos en las viviendas de los pacientes con Leishmaniasis el 57.5%(23) de los pacientes respondieron no tener animales domésticos en su vivienda, en el 42.5%(17) tienen animales domésticos en su vivienda, en cuanto al tipo de animales existentes en las viviendas de los pacientes con Leishmaniasis el 42.5%(17) de los entrevistados respondieron tener perros, gallinas, gatos, cerdos y caballos.(Ver anexo 1-2)

Con relación al sitio en que habitan los animales el 76%(13) de estos viven en el patio, el 17.6%(3) se ignora donde viven y el 5.8%(1) viven dentro de la casa.(ver anexo 3)

En cuanto al conocimiento del vector por parte de los pacientes con Leishmaniasis el 100% desconocen el mecanismo de transmisión de la enfermedad.(Anexo 4)

En la ocupación de los pacientes estudiados con Leishmaniasis el 25%(10) son adolescentes que no trabajan, el 20%(8) se dedican a la agricultura, el 17.5 %(7) se ignora la ocupación, el 15 % (6) son amas de casa y el 5%(2) son estudiantes, y el 2.5 % (2) son motociclista o trabajadores del campo.(Anexo 5)

II. Estratificación de las localidades con mayor prevalencia de leishmaniasis cutánea en el municipio de bonanza

Las localidades de procedencia de los 40 pacientes estudiados fueron principalmente en 21 comunidades rurales y en 3 barrios del casco urbano, estos del casco urbano son pacientes que salen a las comunidades y se infectan al realizar actividades laborales. Las comunidades identificadas de mayor riesgo en el municipio de Bonanza son Saslaycito con 6 casos para un 15% seguido de La Esperanza con 4 casos para un 10 %, Murciélagos con 3 casos para un 7.5 % y el resto de localidades han presentado de 1 a 2 casos para un 2.5 % y 5 % respectivamente.

En el área urbana los barrios en donde se notifica casos son el Mario de la Llana, Miguel Urbina y Cecilio Flores con un caso para un porcentaje de 2.5 %. (Anexo 6)

En relación a otros sitios en donde hayan vivido pacientes con Leishmaniasis se encontró que el 61%(11) de los pacientes son procedentes de Siuna, el 22.2% (4) son procedentes de Wilú, 11.1% (2) de Matiguás y 5.1%(1) procedente de Río Blanco. (Anexo 7)

III. Leishmaniasis de acuerdo a las características biológicas, edad, sexo, escolaridad y ocupación .

Con relación al sexo el 50%(20) de los pacientes pertenecen al sexo masculino y el 50% son del sexo femenino.(Ver anexo 8)

Con relación a la edad por grupo etareo el grupo más afectado es el de 15 a 49 años con el 50% (20) seguido del grupo de 5 a 14 años con el 32% (13), luego el grupo de 1 a 4 años con el 12.5 % (5) y el menos frecuentemente afectado es el de 50 a más con el 5% (2). (Ver Anexo 9)

IV. Medidas terapéuticas utilizadas, relacionándolas con la tasa de curación de los pacientes ingresados en el programa de control de leishmaniasis .

La mayor parte de las lesiones de los pacientes son recientes menores de 1 mes en el 100 % (40) de los pacientes estudiados.

En relación a la unidad de diagnostico 39 pacientes fueron diagnosticados en el Hospital "Esteban Jeans Serrano" de Bonanza para un 97.5 %, uno en el Hospital de Rosita para un 2.5 %. (Ver Anexo 10)

Con relación a las características clínicas se encontró en 28 pacientes dolor para un 70 %, 22 presentan pápulas para un 65 %, el 10 (10) % presentaron picazón, y en 2 de los pacientes se presentó Roncha y fiebre para un 5 %. (Anexo 11)

De los 40 pacientes que visitaron al médico el 100 % (40).

El 70% (28) de los pacientes recibieron el tratamiento por 20 días. El 27.5% (11) se ignora por cuanto tiempo y recibieron el 2.5% (1) se aplicaron por 28 días. El tiempo mínimo fue de 20 días y el tiempo máximo fue de 28 días.(Ver Anexo 12)

Con relación a la efectividad del tratamiento el 85% (34) de los pacientes se curaron y un 15% (6) se egresaron con mejoría clínica. (Ver Anexo 13)

Con relación al tipo de lesión se encontró que el 87.5% de los pacientes en estudio presentaron lesiones ulceradas para un total de 35 pacientes, en un 10% de los pacientes no se refleja el tipo de lesión para cuatro pacientes y un 2.5% presentaron lesiones verrugosas para un paciente.(Ver Anexo 14)

Con relación al número de lesiones se encontró que 25 pacientes presentaron una sola lesión para un 62.5 %. En 8 pacientes se desconocen el número de lesiones para un 20 %, y solamente 7 pacientes presentaron 2 lesiones para un 17.5 % del total de las notificaciones.(Ver Anexo 15)

Con relación al tamaño de la lesión se encontró que 16 pacientes presentaron lesiones de 1 a 2 cm. de diámetro para un 40 %, 10 pacientes presentaron lesiones de 10 cm. para un 25 %, 8 pacientes presentaron lesiones de 0.5 cm. para un 20 % y en, 4 pacientes se ignora el tamaño de las lesiones para un 10 % y dos paciente presentaron una lesión de 4 cm. para un 5 %. (Ver Anexo 16)

Con relación a la localización de la lesión se encontró que 13 pacientes presentaron la lesión en la cara para un 32.5 % seguido de 10 pacientes que presentaron lesiones en el miembro inferior derecho para

25 %, 9 pacientes presentaron lesiones en el miembro superior izquierdo para un 22.5 %, 6 en el miembro inferior izquierdo para un 15 %, y menos frecuentemente en otros sitios y la mucosa. (Ver Anexo 17)

El 100% de los pacientes se les realizó frotis directo como medio diagnóstica.

Es importante mencionar que los pacientes que contestaron tener animales en su vivienda la mayoría viven en el patio y dentro de la casa lo que es común en un factor potencial de riesgo debido a que el vector en este caso el *L. braziliensis* vive dentro de la vivienda cercanas a la vivienda y esto facilita la transmisión.

En cuanto al conocimiento del mosquito por parte de los pacientes se encontró que la mayoría de los pacientes desconocen al mosquito que produce la enfermedad. Esto es un factor de riesgo potencial debido a que los pacientes al no conocer la enfermedad no conocen las medidas de protección contra la enfermedad.

Con relación a la ocupación de los pacientes estudiados con *Leishmaniasis* se encontró una estrecha relación entre la ocupación y la presentación de la enfermedad, sin embargo la relación entre la ocupación y la enfermedad es débil.

8.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

- I. Identificar los factores de riesgo que influyen en el incremento de los casos de leishmaniasis cutánea en el municipio de bonanza

En relación a la existencia de animales domésticos en las viviendas de los pacientes con Leishmaniasis se encontró que una buena parte de los pacientes tienen animales domésticos en su vivienda principalmente perros, gallinas, gatos, cerdos y caballos. Esta descrito que la Leishmaniasis es una enfermedad que necesita de reservorios y se citan principalmente a los perros domésticos como los principales hábitat del parásito de Leishmania. La literatura no describe con exactitud el rol de las aves en la transmisión de la enfermedad sin embargo para aseverar esto se necesitan estudios serologicos en animales.

Es importante mencionar que los pacientes que contestaron tener animales en su vivienda la mayoría viven en el patio y dentro de la casa lo que se convierte en un factor potencial de riesgo debido a que el vector en este caso el flebótomo tiene fuentes de alimentación cercanas a la vivienda y esto facilita la transmisión.

En cuanto al conocimiento del mosquito por parte de los pacientes se encontró que la mayoría de los pacientes desconocen el mosquito que produce la enfermedad. Esto es un factor de riesgo potencial debido a que los pacientes al no conocer la transmisión no conocen las medidas de protección contra la enfermedad.

Con relación a la ocupación de los pacientes estudiados con Leishmaniasis se encontró una estrecha relación entre la ocupación y la presentación de la enfermedad, sin embargo llama la atención que las amas

de casas y los infantes también están afectados. Esto se explica por que estas personas acompañan a sus padres y sus maridos para realizar las actividades laborales. La literatura describe que la Leishmaniasis es mas frecuente en personas que invaden las áreas montañosas y selváticas lo cual guarda relación a las características de las comunidades del municipio de Bonanza.

II. Estratificación de las localidades con mayor prevalencia de leishmaniasis cutánea en el municipio de bonanza

Igual que se describe en la literatura los pacientes afectados proceden de áreas rurales con características selváticas y montañosas .Los pacientes del área urbana afectados son producto de la actividad laboral realizada en estas mismas localidades.

- a. Caracterizar la enfermedad de acuerdo a las características biológicas, edad, sexo y escolaridad.

Con relación al sexo no se encontró diferencia en la presentación de la enfermedad debido a que mujeres igual que los hombres trabajan en la agriculturas y también los niños ayudan a su padres a la recolección de los productos en el campo. Esto no se corresponde con la literatura que menciona que los hombres son los más afectados sobre todo cuando trabajan en el campo.

Con relación al grupo etareo se encontró que los más afectados son las personas económicamente activas lo que guarda relación con la literatura en donde se hace mención que las personas de este grupo de edad son las mas afectadas relacionado siempre al aspecto laboral.

Según la literatura solo se afecta al grupo etareo de 15-39 años, mientras que en nuestro estudio, se ve afectado el grupo etareo de 05-49 años, esto se debe que los niños de muy temprana edad acompañan a sus padres al campo, además que las viviendas están rodeadas de selvas y existen cercanías de animales roedores, (Zorros, Monos y otros).

III. Medidas terapéuticas utilizadas, relacionándolas con la tasa de curación de los pacientes ingresados en el programa de control de leishmaniasis

La mayor parte de las lesiones de los pacientes son recientes menores de 1 mes lo cual evidencia una captación temprana de la enfermedad y un mejor pronóstico una vez instaurado el tratamiento.

Con relación a las manifestaciones clínicas el dolor es uno de los síntomas mas frecuentes dado por la asociación a infecciones secundarias y a la automedicación de los pacientes, otra parte presenta picazón, Ronchas y fiebre.

La fiebre también habla a favor de un proceso infeccioso sobre agregado.

La totalidad de los pacientes recibieron terapia a base de Glucantime según lo recomendado por la OMS durante un mínimo de 20 días lo que permite aseverar que el antimonio de meglumine nos da excelentes tasas de curación en los pacientes afectados por la enfermedad y que es una terapia efectiva debido a que los pacientes si no se curan totalmente existe una mejoría clínica muy evidente.

Con relación al tipo de lesión se encontró que los pacientes en estudio presentaron lesiones ulceradas, y

lesiones verrugosas. La literatura hace mención que las lesiones mas frecuentes son las de Leishmaniasis Ulceradas y muy poco frecuente las verrugosas lo cual guarda relación con lo encontrado en este estudio.

Con relación al número de lesiones se encontró que la mayoría de los pacientes presentaron una lesión lo cual se relaciona con lo encontrado en el estudio realizados en Waspam en donde la mayoría de los pacientes presentaron una a dos lesiones.

Con relación a la localización de la lesión se encontró que los pacientes presentaron lesiones en la cara, en el miembro inferior derecho, en el miembro superior izquierdo, en el miembro inferior izquierdo y en el miembro superior. Es importante mencionar que la Leishmaniasis Cutánea se presenta principalmente en las zonas descubiertas del cuerpo debido a que los flebotomos pican estas áreas dando lugar a las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

XIX. CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo identificados en el estudio son principalmente la presencia de animales domésticos en cercanía o dentro de las viviendas principalmente perros, el poco conocimiento sobre las medidas de protección ya que desconocen el mecanismo de transmisión de la enfermedad y la ocupación propia de la población ya que mayoría realiza actividades de agricultura en zonas donde existe presencia de flebótomos pero no lo ven como una ocupación real.
2. Las comunidades mas afectadas son Saslaycito y La Esperanza siendo localidades que se caracterizan por su abundante vegetación lo cual propicia la presencia de vectores transmisores de la enfermedad.
3. El grupo de edad mas afectado es el comprendido entre 15-49 años. La relación por sexo encontrada en el estudio es similar en hombres y mujeres con el 50% debido principalmente a que las mujeres, varones y niños trabajan por igual en la agricultura.
4. Con relación a las características clínicas de la enfermedad la gran mayoría de los pacientes presenta lesiones cutáneas en áreas descubiertas del cuerpo principalmente cara y miembros superiores e inferiores. Las lesiones son de reciente evolución y curaron con terapia a base de antimonio de meglumine de acuerdo a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

X. RECOMENDACIONES

Dirigidas al Ministerio de Salud, Instancias Superiores del Municipio de Bonanza.

1. Dar a conocer a la población las medidas preventivas y de protección contra la Leishmaniasis. Dar conserjería sobre los principales factores que influyen en el incremento de la Leishmaniasis.
2. Realizar campañas de divulgación y promoción de las medidas preventivas en las comunidades mas afectadas de Leishmaniasis.
3. Incidir en la prevención y control de la enfermedad, tomando en cuenta las características biológicas de la población mas vulnerable.
4. Dar a conocer las medidas terapéuticas de la enfermedad haciendo énfasis en la tasa de curación de los pacientes afectados.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Adisman et al. Factores que influyen en la prevalencia de Leishmaniasis, en los Municipios de Bonanza, Rosita, Siuna, en el año 2001. Monografía para optar al título Enfermera Técnico Superior.
2. Benenson, Abraham. Manual del Control de las enfermedades transmisibles en el Hombre .Décimo cuarta edición .1985. Selección del tema
3. Botero, David y Restrepo Marcos. Parasitosis Humana. Segunda edición. Medellín, Colombia. 1, 992.
4. Loáisiga et al. Lesiones cutáneas por Leishmaniasis resultados parasicológicos y terapéuticos .Waspan. Septiembre 1997 – Enero 1998.
5. Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control de enfermedades Chagas – Leishmaniasis. Boletín # 10. Managua, Nic. Julio 2000

6. Nicaragua .Ministerio de Salud. Programa de Control y prevención de Leishmaniasis. Cartilla Proyecto Leishmaniasis. 2002
7. Nicaragua .Ministerio de Salud. Programa de Control y prevención de Leishmaniasis. Normas del programa de Leishmaniasis.1997.

ANEXOS

ANEXOS

FICHA CLINICO-EPIDEMIOLOGICA DE LEISHMANIASIS CUTANEA

MINSA/FUNDACION DAMIAN

REPÚBLICA DE NICARAGUA

DATOS GENERALES:

NOMBRE Y APELLIDOS:			SEXO:	EDAD:
FECHA:	COMARCA:	MUNICIPIO:	SILAIS:	
DIRECCIÓN ACTUAL:				
OCUPACIÓN:		CUÁNTO TIENE DE VIVIR EN EL LUGAR:		
OTRO SITIO DONDE U.D. VIVIÓ EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS:				
TIENE ANIMALES DOMÉSTICOS EN SU CASA:		CUÁLES?	DÓNDE VIVEN?	
SI ☐ NO ☐				
CONOCE AL MOSQUITO QUE PROVOCA ESTA ENFERMEDAD?		SI ☐ NO ☐		
DÓNDE LO HA VISTO?		EN QUÉ ÉPOCA DEL AÑO ABUNDA MÁS?		

UNIDAD DE REFERENCIA Y/O DIAGNÓSTICO:

UNIDAD DE DIAGNÓSTICO:	FECHA DE DIAGNÓSTICO:
FUE CONFIRMADO POR LABORATORIO:	MÉDICO TRATANTE:
SI ☐ NO ☐	

DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD:

FECHA DE INICIO DE LOS SÍNTOMAS:	SÍNTOMA O SIGNO QUE PRESENTABA:		
VISTO AL MÉDICO:	QUÉ MEDICAMENTO LE RECETÓ:		
SI ☐ NO ☐			
POR CUÁNTO TIEMPO?	SE MEJORÓ?	EXPLIQUE:	
	SI ☐ NO ☐		
U.D. PADECIÓ ANTERIORMENTE ÉSTA ENFERMEDAD:	HACE CUÁNTO:	GUARDA ALGUNA CICATRIZ DE ESTAS LESIONES?	DÓNDE?
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐	
OTROS MIEMBROS DE SU FAMILIA TIENEN LA MISMA ENFERMEDAD QUE U.D.?		CUÁNTOS?	
SI ☐ NO ☐		NIÑOS	ADULTOS
DÓNDE VIVEN?		DESDE CUÁNDO ESTÁN ASÍ?	

XAMEN FÍSICO:

TIPO DE LESIÓN CUTÁNEA:

ULCERADA ☐ NODULAR ☐ VEGETANTE ☐ VERRUCOSA ☐ COSTROSA ☐
 OTRA ☐ CUÁNTAS TIENE? TAMAÑO PROMEDIO: cms.

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN:

CARA ☐ MSD ☐ MSI ☐ MID ☐ MHI ☐ TÓRAX ☐ DORSO ☐
 OTRA ☐ INFECCIÓN SOBREAÑADIDA: SI ☐ NO ☐

EXISTENCIA DE LESIONES MUCOSAS:

SI ☐ NO ☐

LOCALIZACIÓN:

APARATO RESPIRATORIO:

APARATO CARDIOVASCULAR:

AGNÓSTICO DE LABORATORIO:

ROTIS DE LA LESIÓN:			FECHA DE REALIZACIÓN:	
	+	☐	-	☐
RUEBA DE MONTENEGRO:			FECHA DE REALIZACIÓN:	
VLOR: cms.	+	☐	-	☐
EROLOGÍA: -L.F.L.			FECHA DE REALIZACIÓN:	
VLOR:	+	☐	-	☐
C.R.:			FECHA DE REALIZACIÓN:	
	+	☐	-	☐
ULTIVO:			FECHA DE REALIZACIÓN:	COMPLEJO Y/O ESPECIE PARASITARIA IDENTIFICADA:
	+	☐	-	☐

ATAMIENTO ACTUAL:

NO:	MEDICAMENTO INDICADO:	CUÁNTOS mg/kg/día:
kg.		
DOSIS DIARIA:	VÍA DE ADMINISTRACIÓN:	No. DE DÍAS:
cc.		
EFACTOS SECUNDARIOS:	HUBO RESPUESTA INICIAL FAVORABLE:	
	SI ☐ NO ☐	
NO MEDICAMENTO ASOCIADO:	DOSIS DIARIA:	VÍA: No. DE DÍAS:
FAL DE AMPOLLETAS DE GLUCANTIME APLICADAS:		

ESTADO DEL PACIENTE AL EGRESO:

1

APLICACIÓN COMPLETA DEL TRATAMIENTO: SI ☐ NO ☐		Nº. DE DÍAS RECIBIDOS:	CAUSA DE APLICACIÓN INCOMPLETA DE ÉSTE:
LA CICATRIZACIÓN DE LA LESIÓN ES: TOTAL ☐ PARCIAL ☐		TAMANO PROMEDIO: cmx.	CONSIDERA AL PACIENTE CURADO: SI ☐ NO ☐
EXPLIQUE:			
RECOMENDACIONES DADAS:			
OBSERVACIONES:			

Recuerde que la dosis de Glucantime recomendada por la O.M.S. para la forma Cutánea es de 20 mg/kg/día aplicada por vía I.M. profunda durante 20 días como mínimo y sin interrupción, debiendo prolongarse hasta 28 días, si existen lesiones mucosas evidentes.

(Ver esquema de Tratamiento.)

Tratamiento de Leishmaniasis Proyecto MINSA/Fundación Damián

Unidad de Salud: _____

Municipio: _____, Silais: _____

Nombres y Apellidos: _____

Nº de expediente: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Forma clínica diagnosticada:

LC	LCA	LMC	LV
☐	☐	☐	☐

Medicamento administrado: _____ peso: _____ kgs.

Vía: _____ dosis diaria: _____ c.c.

Fecha de Inicio: ____ / ____ / ____

Efectos secundarios: _____

Fecha de Finalización: ____ / ____ / ____

Nº de días administrados: _____

Nº de ampollitas aplicadas: _____

LC Leishmaniasis Cutánea
LCA Leishmaniasis Cutánea Alopécica
LMC Leishmaniasis Mucocutánea
LV Leishmaniasis Visceral

Marque con una "X" la aplicación diaria del tratamiento indicado:

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20
21	22	23	24	25
26	27	28	29	30

Resultados del Tratamiento:

En LC, LCA, LMC:

- Cura completa de la lesión ☐
- Cura parcial con mejoría clínica ☐
- Ninguna modificación ☐
- Abandono ☐ Causa: _____
- Fallecido ☐ Causa: _____
- Traslado ☐ A dónde: _____

En LV:

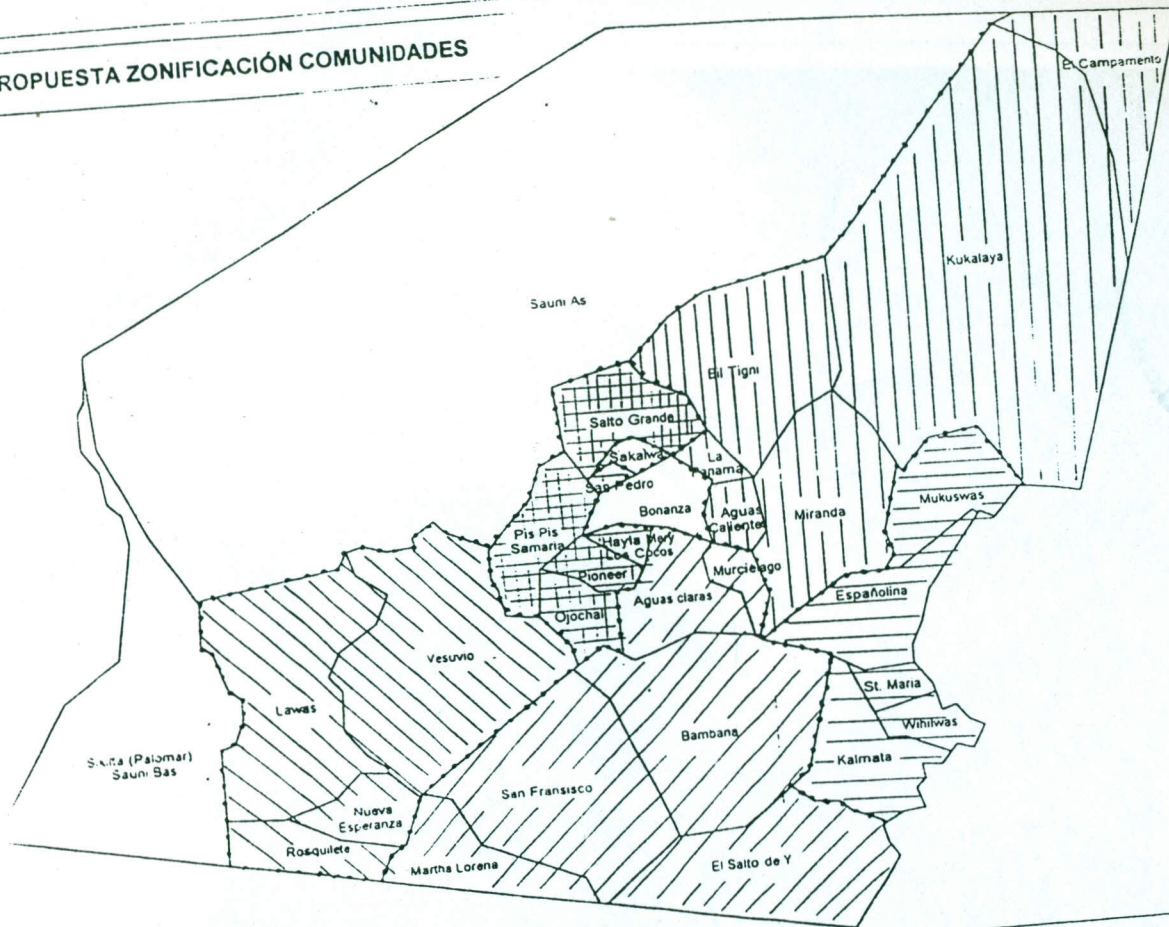
- Ausencia de fiebre ☐
- Disminución progresiva del bazo ☐
- Aumento continuo de peso ☐
- Abandono ☐ Causa: _____
- Fallecido ☐ Causa: _____
- Traslado ☐ A dónde: _____

Observaciones: _____

GUIA DE ENTREVISTA A PACIENTES CON Leishmaniasis

- a. Conoce usted el transmisor de la Leishmaniasis?
- b. En que época ha visto el mosquito? Verano _____ Invierno _____
- c. Desde cuando le apareció la roncha?
- d. Cuanto tiene usted de vivir en este lugar?
- e. Tiene animales domésticos en su casa y dónde viven?
Dentro de la casa o fuera de la casa ,o en el patio.
- f. En que lugar vivía los últimos 5 años?
- g. A que hora sale a trabajar?
- h. Ha visitado al médico?

PROPUESTA ZONIFICACIÓN COMUNIDADES

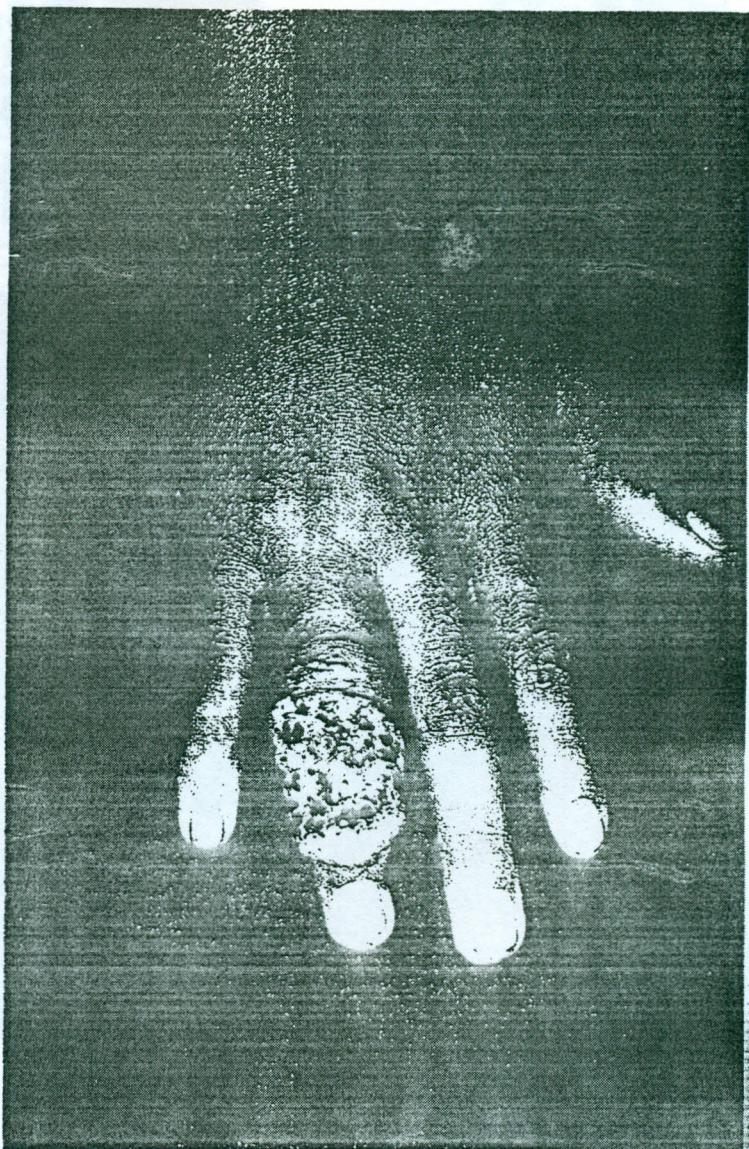


OFICINA DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL AMBIENTAL, ALCALDÍA BONANZA, DICIEMBRE 1998

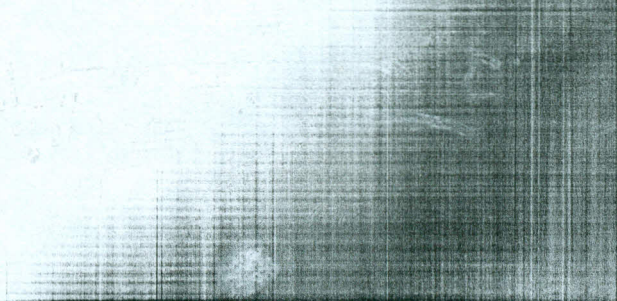
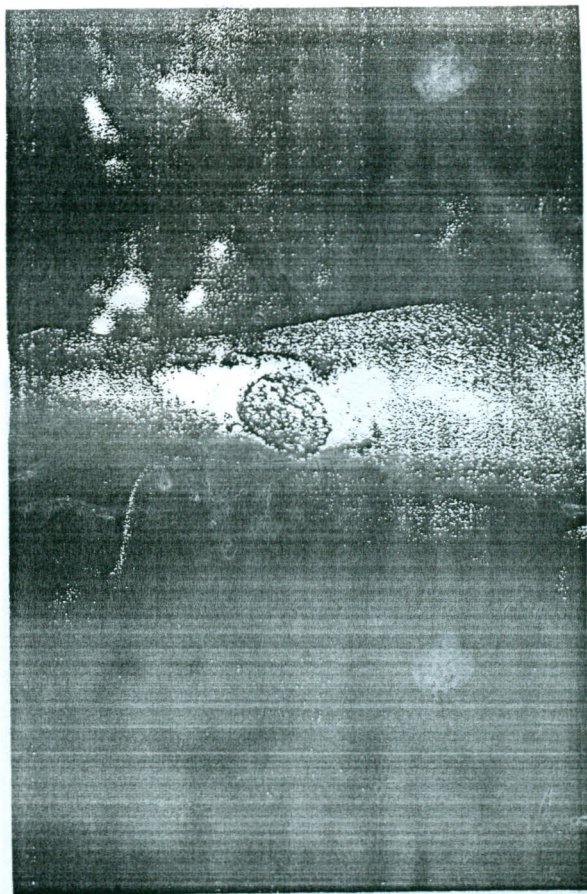














Diagnóstico

Diagnóstico

Ministerio de Salud de Nicaragua

Notificación de Caso

Fecha:

Día	Mes	Año

DGSI-S01/95

Unidad de Salud

Municipio:

SILAIS

Nombre

Apellidos

Sexo:

☐ Masc. ☐ Fem.

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año

Dirección

Edad:

años

Barrio y Localidad

Municipio

SILAIS

Hospita
lizado:

☐ No ☐ Si

Diagnóstico:

Confir
mado:

☐ No ☐ Si

Persona
que Notifica:

A ser utilizado por EPIDEMIOLOGIA del SILAIS
en casos de Notificación Inmediata

Confirmación Epidemiológica.

☐ No ☐ Si

Firma:



Tabla N° 1

Existencia de Animales en Pacientes con
Leishmaniasis
Municipio de Bonanza
Enero – Diciembre 2001.

Animales	Numero	%
Si	17	42.5%
No	23	57.5%
Total	40	25%

Fuente: Ficha Clínico Epidemiológica

Tabla N° 2

Tipos de animales existentes en las vivienda de los
pacientes con Leishmaniasis Municipio Bonanza
Enero – Diciembre 2001

Tipos de animal	Numero	%
Caballo y Perros	1	5.8%
Gallinas, Perros y Cerdos	6	35.2%
Gallinas , perros y gatos	1	5.8%
Gallinas y perros	2	11.7%
Gallinas, y gatos	2	11.7%
Gallinas, Perros, caballos y gatos	1	5.8%
Perros y Caballo	1	5.8%
Perro y gatos	3	17.6%
Total	17	100%

Fuente: Ficha Clínico Epidemiológica

Tabla N° 3

**Lugar en que viven los animales en las
viviendas de los pacientes con Leishmaniasis
Municipio Bonanza
Enero – Diciembre 2001**

Lugar	Numero	%
Casa	1	5.8%
Patio	13	76.4%
Se ignora	3	17.6%
Total	17	100%

Fuente: Ficha Clínico Epidemiológica

Tabla N° 4

**Conocimientos Sobre mosquito de los
pacientes con Leishmaniasis
Municipio de Bonanza
Enero – Diciembre 2001**

Conocimientos	Numero	%
Si	-	0%
No	40	100%

Fuente: Ficha Clínico Epidemiológica

Tabla N° 5

**Ocupación de los pacientes con Leishmaniasis
Municipio Bonanza
Enero – Diciembre 2001**

Ocupación	Numero	%
Adolescentes	10	25 %
Agricultor	8	20 %
Ama de Casa	6	15 %
Estudiantes	2	5 %
Infantes	5	12.5 %
Motocierristas	1	2.5 %
Trabajo de Campo	1	2.5 %
Se ignora	7	17.5 %
Total	40	100 %

Fuente : Ficha Clínico Epidemiológica

Tabla N° 6
Comarcas de los pacientes con Leishmaniasis
Municipio Bonanza Enero – Diciembre 2001

Comarcas	Numero	%
Alal	1	2.5 %
Calmata	1	2.5 %
Españolina	1	2.5 %
Kukalaya	1	2.5 %
La deseada	1	2.5 %
La esperanza	3	7.5 %
La fé	1	2.5 %
Las colinas	3	7.5 %
Lawas	1	2.5 %
Miranda	2	5 %
Murciélagos	3	7.5 %
Musawas	1	2.5 %
Nueva esperanza	4	10 %
Ojochal	1	2.5 %
Saslaisito	6	15 %
San Rafael de unawas	2	5 %
Unawasito	1	2.5 %
Victinia	1	2.5 %
Waspanona	1	2.5 %
Mukuswas	1	2.5 %
Mario de la Llana	1	2.5 %
Miguel Urbina	1	2.5 %
Cecilio Flores	1	2.5 %
Se ignoran	2	5 %
Total	40	100 %

Fuente : Ficha Clínico Epidemiológica

Tabla N° 7

**Otros sitios donde vivieron los pacientes con
Leishmaniasis Municipio de Bonanza
Enero – Diciembre 2001**

Años de vivir	Numero	%
Siuna	11	61%
Matiwas	2	11.5%
Rió Blanco	1	5.2%
Wilu	4	22.2%
Total	18	100%

Fuente : Ficha Clínico Epidemiológica

Tabla N° 8

**Sexo de los pacientes con Leishmaniasis
Municipio de Bonanza
Enero – Diciembre 2001**

Sexos	Numero	%
Femenino	20	50%
Masculino	20	50%
Total	40	100 %

Fuente : Ficha Clínico Epidemiológica

Tabla N° 9

**Edad de los pacientes con Leishmaniasis
Municipio Bonanza
Enero – Diciembre 2001**

Edad	Numero	%
< 1 año	0	0%
1-4 ^a	5	12.5%
5-14 ^a	13	32.5%
15-49 ^a	20	50%
50 y +a	2	5%
Total	40	100%

Fuente: Ficha Clínico Epidemiológica

Tabla N° 10

**Unidad de salud donde se realizo el
diagnostico de los pacientes con Leishmaniasis
Municipio Bonanza
Enero – Diciembre 2004**

Unidad de Salud	Numero	%
Centro Liduvina Chavarria	39	97.5%
Rosario Pravia Medina	1	2.5%
Total	40	100 %

Fuente: Ficha Clínica Epidemiológica / Entrevista.

Tabla N° 11

**Características De la enfermedad en los
pacientes con Leishmaniasis
Municipio Bonanza
Enero – Diciembre 2001**

Clínico	Numero	%
Roncha	2	5%
Picazón	10	10%
Dolor	28	70%
Fiebre	2	5%
Ampolla con Agua	26	65%
Total	40	100 %

Fuente: Ficha Clínico Epidemiológica / entrevista

Tabla N° 12

**Tiempo De duración de la terapia en los
pacientes con Leishmaniasis
Municipio Bonanza
Enero – Diciembre 2001**

Tiempo	Numero	%
20 días	28	70%
28 días	1	2.5%
Se ignoran	11	27.5%
Total	40	100%

Fuente: Ficha Clínico Epidemiológica / Entrevista

Tabla N° 13

**Estados de egreso de los pacientes con
Leishmaniasis Municipio Bonanza
Enero – Diciembre 2001**

Estado de egreso	Numero	%
Alta curada	34	85%
Mejoría clínica	6	15%
Total	40	100 %

Fuente: Ficha Clínico Epidemiológica / entrevista

Tabla N° 14

**Tipos de lesiones de los pacientes con
Leishmaniasis
Municipio Bonanza
Enero – Diciembre 2001**

Tipos de lesiones	Numero	%
Ulcerada	35	87.5%
Verrugosa	1	2.5%
No se reflejaron	4	10 %
Total	40	100 %

Fuente : Ficha Clínico Epidemiológico / entrevista

Tabla N° 15

**Numero de lesiones de los pacientes con
Leishmaniasis Municipio Bonanza
Enero – Diciembre 2001**

Numero de lesiones	Numero	%
1	25	62.5%
2	6	15%
4	1	2.5%
Se desconocen	8	20%
Total	40	100 %

Fuente: Fichas Clínico Epidemiológica / Entrevista

Tabla N° 16

**Tamaño De lesiones de los pacientes con
Leishmaniasis
Municipio Bonanza
Enero – Diciembre 2001**

Tamaño de lesiones	Numero	%
0.5	8	20 %
1	10	25%
1-2	16	40%
4	2	5%
Ignorado	4	10%
Total	40	100 %

Fuente: Fichas Clínico Epidemiológica / Entrevista

Tabla N° 17
Localización de lesiones de los pacientes con
Leishmaniasis Municipio Bonanza
Enero – Diciembre 2001

Localización de lesiones	Numero	%
Cara	13	32.5%
Miembro Superior derecho	2	5%
Miembro superior izquierdo	9	22.5%
Miembro Inferior derecho	10	25%
Miembro Inferior izquierdo	6	15%
Otros	2	5%
Mucosas	1	2.5%
Infección sobre agradada	1	2.5%

Fuente: Fichas Clínico Epidemiológica / Entrevista

Tabla N° 18
Efectos Adversos en los pacientes con
Leishmaniasis Municipio Bonanza
Enero – Diciembre 2001

Efectos	Numero	%
Si	0	0%
No	40	100%

Fuente: Fichas Clínico Epidemiológica / Entrevista

Tabla N° 19

**Tipos de medio diagnostico en los pacientes con
Leishmaniasis Municipio Bonanza
Enero – Diciembre 2001**

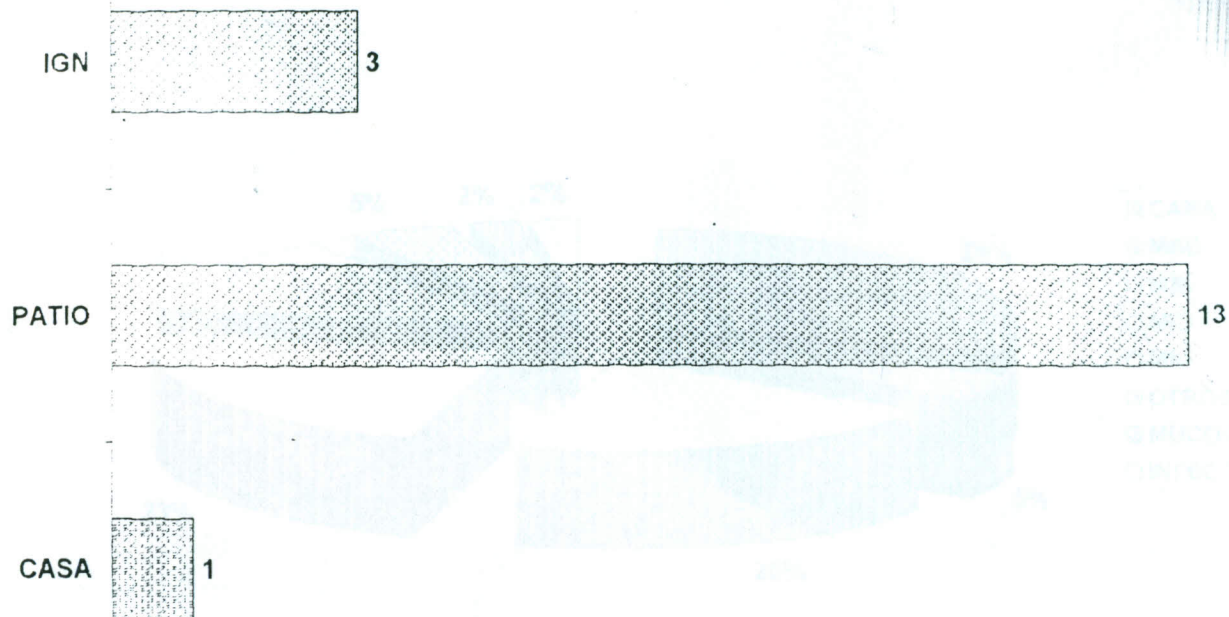
Frotis	Numero	%
Si	40	100 %
No	0	0 %

Fuente : Ficha Clínica Epidemiológica / entrevista

Lugar donde viven los animales de los pacientes que tienen

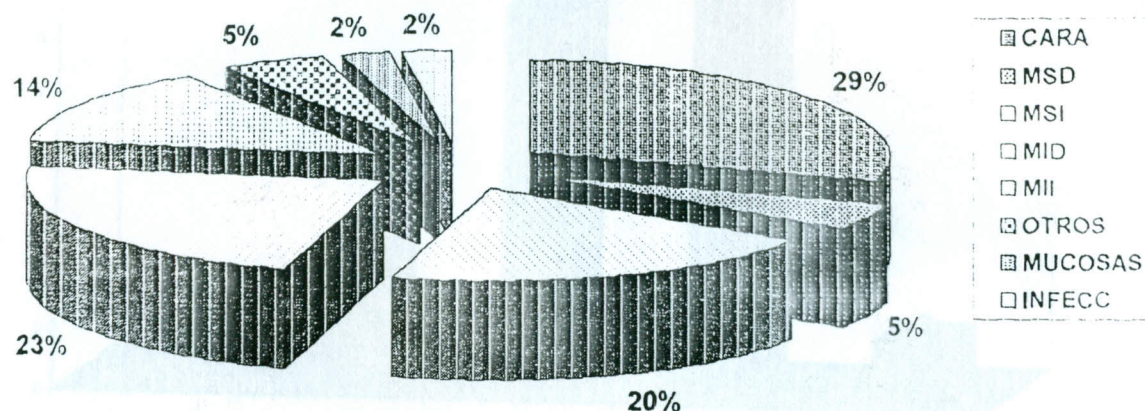
Leishmaniasis Bonanza Enero - Diciembre 2001

Bonanza Enero - Diciembre 2001

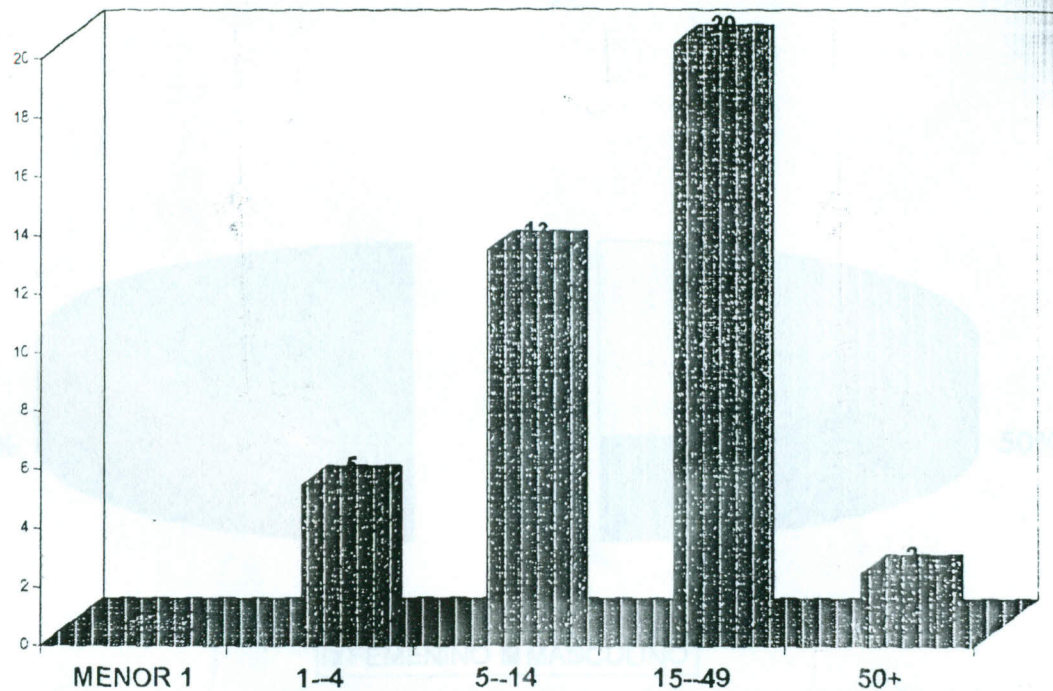


Fuente: Programa Control Leishmaniasis Bonanza

Ubicacion de la lesion en pacientes con Leishmaniasis Bonanza Enero - Diciembre 2001

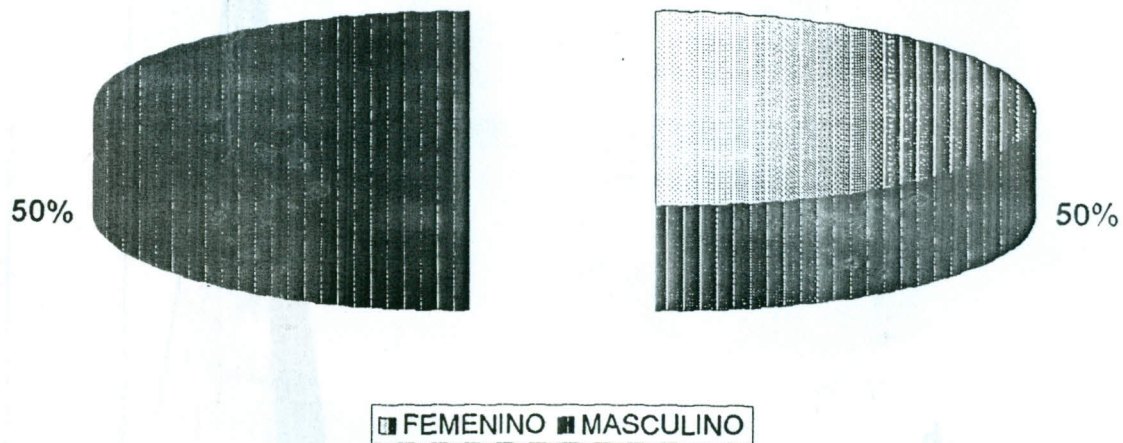


Leishmaniasis por grupos etareos Bonanza Enero - Diciembre 2001



fuerite Programa control Leishmaniasis 2001

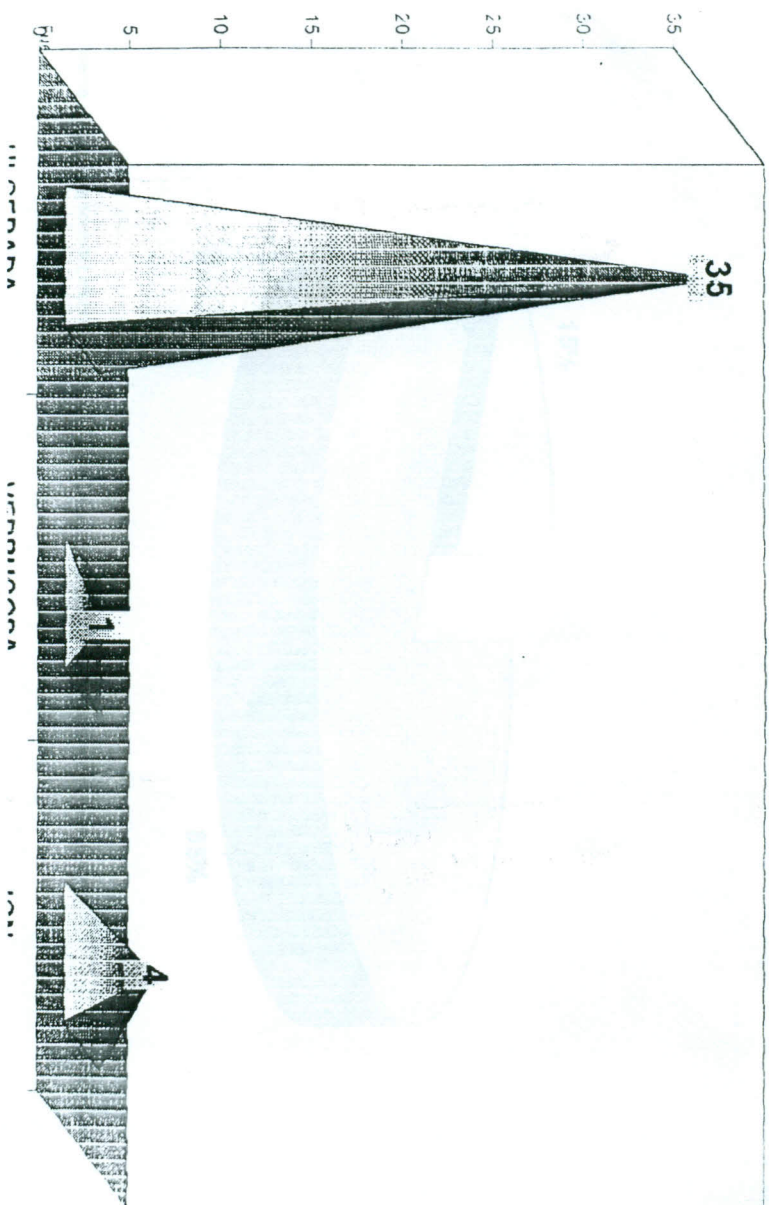
**SEXO DE LOS PACIENTES AFECTADOS POR LEISHMANIASIS
BONANZA ENERO DICIEMBRE 2001**



FUENTE: Programa Control de Leishmaniasis Bonanza

Tipo de lesion en pacientes con Leishmaniasis

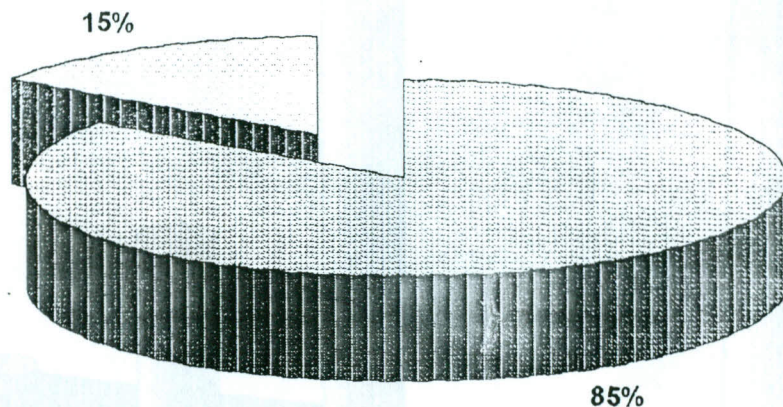
Bonanza Enero - Diciembre 2001



Forma de egreso de pacientes con Leishmaniasis

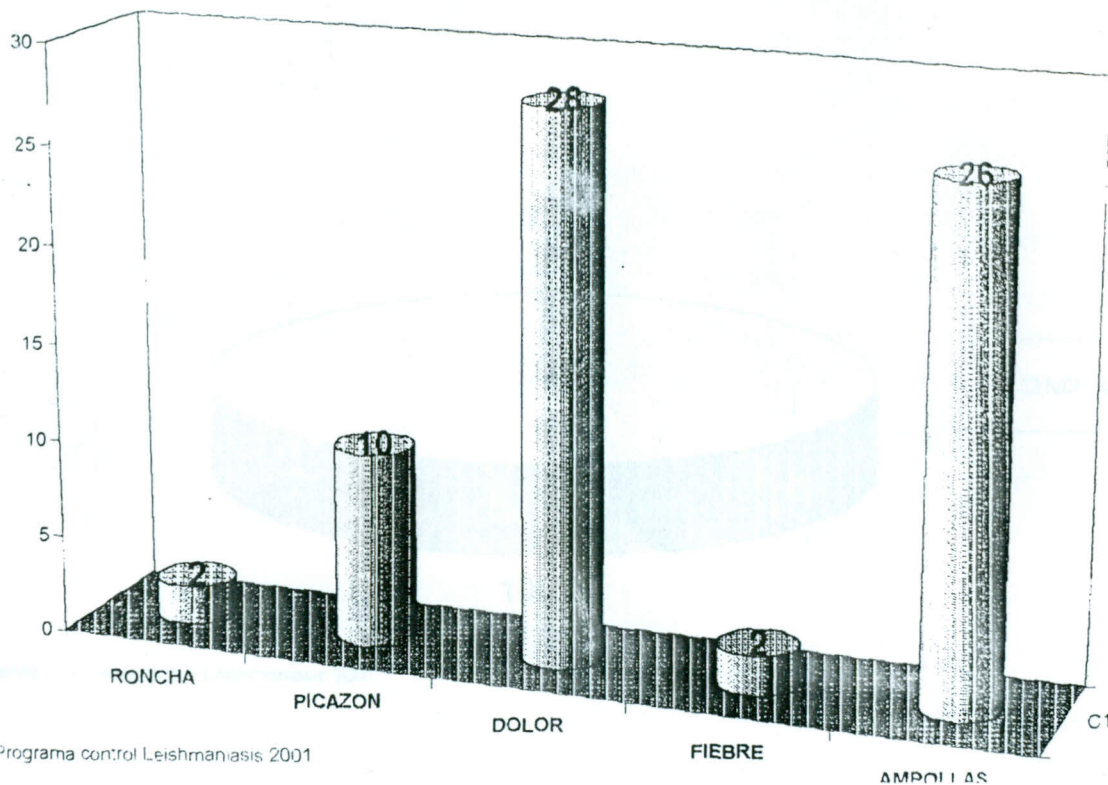
Bonanza Enero - Diciembre 2001

□ ALTA CURADA □ MEJORIA CLINICA



fuentes : Programa control Leishmaniasis 2001

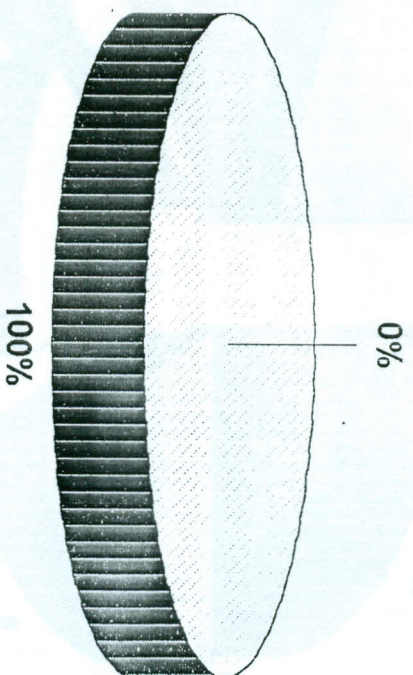
Forma Clínica de Leishmaniasis Bonanza Enero - Diciembre 2001



Fuente: Programa control Leishmaniasis 2001

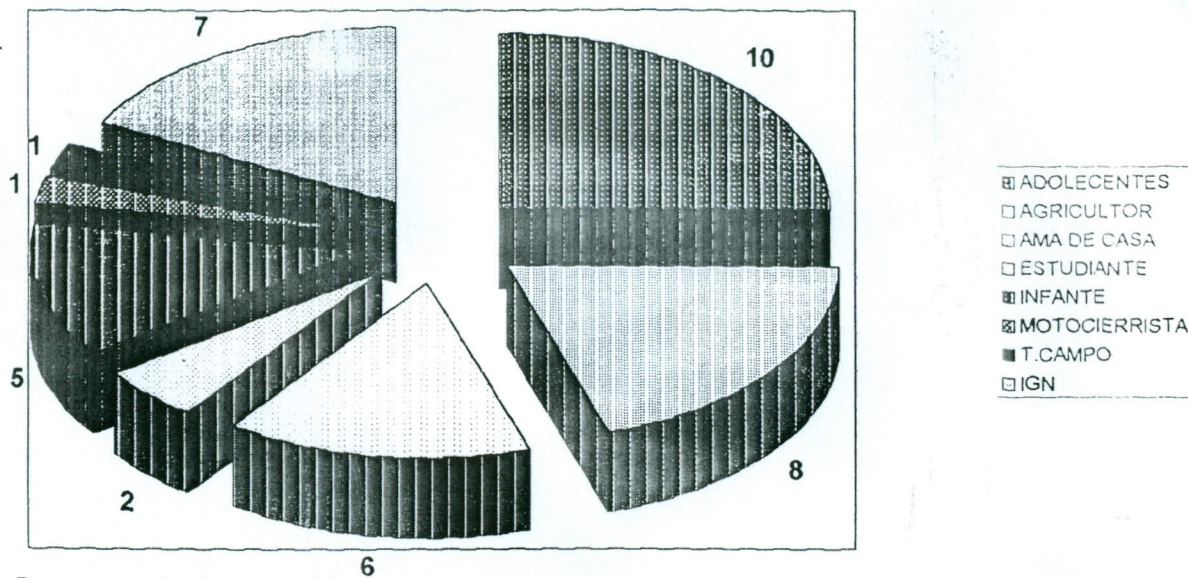
conocimiento sobre Leishmaniasis

Bonanza Enero - Diciembre 2001



☐ NO ☒ SI

Ocupacion de los pacientes afectados por Leishmaniasis Bonanza Enero - Diciembre 2002



fuelle : Programa control Leishmaniasis 2001