

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ACTIVIDADES PREVENTIVO
PROMOCIONALES EN EL CONTROL DE LEISHMANIASIS PUESTO
DE SALUD UCHUMAYO LA CONVENCION 2015-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y
COMUNITARIA**

YONY MARTINEZ CASTRO

Callao, 2018
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANA MARÍA YAMUNAKUÉ MORALES | PRESIDENTA |
| ➤ MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES | SECRETARIO |
| ➤ MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA | VOCAL |

ASESORA: MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 228

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 14/04/2018

Resolución Decanato N° 930-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	31
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	34
3.1 Recolección de Datos	34
3.2 Experiencia Profesional	36
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	40
IV. RESULTADOS	46
V. CONCLUSIONES	47
VI. RECOMENDACIONES	48
VII. REFERENCIALES	49
ANEXOS	51

INTRODUCCION

El presente informe profesional tiene como finalidad presentar la importancia de las actividades preventivas promocionales, para la disminución de casos, detección precoz y tratamiento oportuno de la Leishmaniasis cutánea a lo largo de mi experiencia profesional en la periferie, específicamente en la jurisdicción del puesto de salud de Uchumayo. Las Leishmaniasis son un grupo de enfermedades parasitarias de distribución mundial transmitidas al ser humano por la picadura de alrededor de 30 especies de flebótomos infectados por protozoos del género Leishmania. Sin lugar a dudas un problema en el departamento de Cusco la provincia de la Convención específicamente el distrito de Maranura, es una zona endémica de múltiples enfermedades infecciosas entre ellas la Malaria, la enfermedad de Carrión o Bartonelosis y la Leishmaniasis, las autoridades y personal de salud de Uchumayo se ven afectados por esta problema de difícil control, y que parte de la población desconoce la prevención de este evento es por eso que quiero compartir mi experiencia durante mi labor profesional sobre la Leishmaniasis, sintomatología, tratamiento y sus medidas de prevención. Haciendo énfasis en las actividades preventivo promocionales y los cuidados continuos al paciente familia y comunidad para disminuir la prevalencia e incidencia de casos.

Se estima que ocurren cada año 2 millones de casos nuevos en todo el mundo, de los cuales 1,5 millones de casos son Leishmaniasis cutánea. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad van desde úlceras cutáneas (Leishmaniasis cutánea) que cicatrizan espontáneamente hasta formas fatales en las cuales se presenta inflamación severa del hígado y del bazo (leishmaniosis visceral). La enfermedad por su naturaleza es zoonótica, afecta tanto a perros como humanos. Sin embargo, animales silvestres como zarigüeyas, cuatíes y osos hormigueros entre otros, son portadores asintomáticos del parásito, por lo que son considerados como animales reservorios.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

La Leishmaniasis cutánea es la forma más frecuente de Leishmaniasis, y aparece en las zonas expuestas del cuerpo como lesiones cutáneas, sobre todo ulcerosas, que dejan cicatrices de por vida y son causa de discapacidad grave. Aproximadamente un 95% de los casos de Leishmaniasis cutánea se producen en las Américas, la cuenca del Mediterráneo, Oriente Medio y Asia Central. Más de dos terceras partes de los casos nuevos aparecen en seis países: Afganistán, Argelia, Brasil, Colombia, República Islámica de Irán y República Árabe y Siria. Se calcula que cada año se producen en el mundo entre 0,7 y 1,3 millones de casos nuevos. (1).

En el Perú la Leishmaniasis constituye la segunda endemia de tipo tropical y la tercera causa de morbilidad por enfermedades transmisibles luego de la Malaria y Tuberculosis. Se reportan las formas cutáneo-andina o "uta" y cutáneo-mucosa o "espundia tropical". Se estima que 75.0-80.0% de casos reportados corresponden a la forma cutáneo-andina y el 10.0-25.0% restante pertenece a formas cutáneo-mucosas. Existen, predominantemente, dos especies del parásito de transmisión: *L. braziliensis-peruviana*, responsable de la variedad cutáneo-andina, y *L. braziliensis-braziliensis*, que produce la variedad cutáneo-mucosa. Se han descrito en forma aislada algunos casos producidos por *L. amazonensis*. Se estima que la población residente en áreas de riesgo de transmisión es de 1187,104 habitantes. Los reservorios primarios y nichos ecológicos de transmisión de la Leishmaniasis cutáneo-andina, se circunscriben geográficamente en áreas silvestres de la vertiente Occidental Andina, entre los 600 a 3,000 m.s.n.m. y la variedad cutáneo-mucosa en la vertiente Oriental, por

debajo de los 2,000 m.s.n.m. en la selva Alta y la cuenca amazónica de la Selva Baja.(2)

La Leishmaniasis es una enfermedad endémica en las comunidades de la jurisdicción del puesto de salud de Uchumayo por encontrarse entre 1100 a 1300 msnm adecuados para vivencia y reproducción del vector, se transmite activamente, independientemente del sexo y edad, en las áreas rurales y periurbanas. La alta incidencia de la Leishmaniasis es todas las etapas de vida, con lesiones mayormente ubicados en cara y extremidades superiores, que está relacionado a una mayor exposición. Durante estos últimos 03 años se diagnosticaron solo Leishmaniasis cutáneas,

Entre otros factores debemos considerar el comportamiento humano como de los cambios medioambientales que pueden incidir en el aumento de casos debido al cambio climático, con un incremento de la temperatura, influye la vegetación, la precipitación y la humedad y al tipo de suelo. La condición socioeconómica, como el uso de prendas cortas, acumulación de basura, inservible cerca de las viviendas, presencia de animales con lesiones sospechosas de Leishmaniasis (perros). Durante estos últimos 03 años los casos fueron en forma constantes.

1.2. Objetivo

Describir la experiencia profesional de la intervención de enfermería en actividades preventivo promocionales en el control de Leishmaniasis Puesto de Salud de Uchumayo La Convención 2015-2017.

1.3. Justificación

La Leishmaniasis constituye un problema de salud pública a nivel mundial, apareciendo ésta con mayor incidencia en regiones húmedas. Afectando de esta manera a la población en general y siendo más vulnerables las personas que viven en extrema pobreza, de igual manera es considerada por la organización mundial de la salud como una de las seis enfermedades infecciosas más importantes por su alto índice de detección, ya que tiene la capacidad de reproducir deformidades en el ser humano y su afectación psicológica. Considerando la importancia de contribuir a fortalecer y mejorar la atención de salud de la población rural que acude a los establecimientos de salud con formas clínicas compatibles con Leishmaniasis cutánea, surge la necesidad de realizar el presente informe, de experiencia profesional para determinar los métodos de prevención y control mediante actividades preventivo promocionales. De esta manera contribuir con el sexto objetivos del milenio que es combatir la malaria y otras enfermedades metaxenicas. Cabe aclarar que la forma cutánea de la enfermedad (Leishmaniasis Cutánea) en humanos, también conocida como uta se caracteriza por la aparición de úlceras cutáneas indoloras en el sitio de la picadura las cuales se pueden curar espontáneamente o permanecer de manera crónica por años, en algunos causan discapacidad grave.

En los últimos tres años (2015-2017)) se han reportado en promedio alrededor de 16 casos nuevos de Leishmaniasis, siendo una patología endémica en casi toda la jurisdicción del poblado de Uchumayo. Se estima que existen alrededor de 1000 personas en riesgo, por considerarse que un 90 % radican en la zona rural. Frente a este problema de salud pública se hace necesaria la intervención mediante actividades preventivas promocionales para el control y la

atención de los casos de Leishmaniasis, por parte del equipo de salud del puesto de salud Uchumayo que desarrollo estas actividades.

En el distrito de Maranura al cual pertenecemos se reportan las formas clínicas de L. cutánea y L. mucocutánea en un 99% son cutáneas y 1% es mucocutánea.

El comportamiento histórico de la incidencia de casos de Leishmaniasis presenta una tendencia a la baja durante estos últimos 10 años. El análisis epidemiológico de los últimos 15 años muestra como comunidades en riesgo 04 de los 08 que cuenta el establecimiento de salud, a nivel de los distritos ocupamos el cuarto lugar con referencia a casos nuevos de Leishmaniasis a nivel de la provincia La Convención, región Cusco. La población residente en riesgo de transmisión es de 550 habitantes (población total de la jurisdicción de Uchumayo).

II. MARCO TEORICO.

2.1 Antecedentes

FERNANDEZ, Zulay. (2007), "Conocimientos, actitudes, prácticas y estrategias de prevención y control" trabajo que tiene como objetivo: identificar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) referentes a la Leishmaniasis visceral americana (LVA) que tienen pobladores y médicos rurales de cuatro áreas endémicas del Estado Trujillo, Venezuela, con el fin de establecer lineamientos para diseñar estrategias educativas de prevención y control. Se realizaron 3 tipos cuestionarios, en 4 comunidades, de los cuales 289 del sexo femenino (78,96%) y 77 al sexo masculino (21,04%). Los resultados que obtuvieron fueron: el 27% de población sabe de la enfermedad, y de este grupo 36% identifica correctamente los signos y síntomas, el 78% de población considera que es grave, el 22% de la población manifestaron que la enfermedad no tiene cura; con respecto al conocimiento sobre del transmisor de la LVA, el 68% sabe que es transmitida por la picadura de un mosquito y el 38% identifica al agente transmisor (*Lutzomyias sp.*) y el 32% de la población sabe que el reservorio es el perro. Las conclusiones que se obtuvieron fueron: que la población desconoce la enfermedad, sus signos, síntomas, agente transmisor y el reservorio; quienes han padecido casos clínicos de LVA poseen un mejor conocimiento, y por último se desconocen las medidas de prevención y control para evitar el contacto hombre vector (4).

DOBLE Ulloa, Alvarado (1994), realizó un trabajo de investigación que tiene como objetivo: Conocer las representaciones, actitudes y prácticas sobre la Leishmaniasis Cutánea en el cantón de Acosta, provincia de San José (Costa Rica), desde el punto de vista de la

población afectada o en riesgo de serlo. Los resultados que obtuvieron: el 23% de la población reconoce la Leishmaniasis, el 6% reconoce al vector como aliblanca y su rol como vector, la población más afectada son los niños con un 19%, el 10% de la población dice que se manifiesta con una llaga y que el 9% utiliza como tratamientos de medicina casera. La conclusión que las medidas de control en la seguridad sanitaria en el espacio doméstico y peri doméstico no son eficaces, por el cual recomiendan ofrecer campañas de control con el fin de brindar información amplia respecto al funcionamiento de la Leishmaniasis Cutánea

M. M. WEIGEL (Ecuador 1995), realizó un trabajo que tiene como objetivo el de investigar las creencias y conocimientos de la población con respecto a la enfermedad y su tratamiento populares de la Leishmaniasis cutánea en la región subtropical del Ecuador. La técnica que utilizaron fue encuestas en la población de la vertiente occidental de los Andes, de Quito, se dividió la población en tres grupos, seleccionados al azar después de una entrevista médica inicial en que se verificaron sus antecedentes clínicos más una entrevista, donde se obtuvo datos sociodemográficos, antecedentes clínicos, creencias, conocimientos y tratamiento de 466 individuos. Los resultados: los varones tienen casi el triple riesgo de presentar la enfermedad en comparación 11 de las mujeres, también se observó que el 80% de las personas entrevistadas conocían por lo menos uno de los métodos de tratamiento de la enfermedad, y por último se obtuvo que de los 150 regímenes terapéuticos solo el 7% de la población conocía los antimoniales pentavalentes. Concluyeron que planificando futuros programas de lucha contra la Leishmaniasis cutánea será importante en aquellos lugares donde se han detectado un déficit

de conocimientos y creencias sobre la enfermedad y su tratamiento que varían según el género. (8)

2.2. Marco Conceptual

2.2.1 Leishmaniasis

La Leishmaniasis es una enfermedad polimorfa causada por protozoarios pertenecientes a las especies del género *Leishmania* es transmitida por la picadura de *Lutzomyias*, pequeñas moscas antropofílicas, llamadas en algunas regiones "titira" o "manta blanca". Abundan todo el año en las zonas tropicales y en el verano en las zonas templadas. . Los diversos formularios de la Leishmaniasis humana incluyen Leishmaniasis cutánea, mucosa y visceral, que afecta a órganos como el hígado el bazo, la médula ósea y los ganglios dando por resultado daño e incluso muerte severos. Se deben a la presencia de protozoarios, organismos compuestos por una sola célula. Es dimórfico, pertenece al reino Protista, subreino Protozoo, orden Kinetoplastida y a la familia Trypanosomatidae. Se presentan bajo dos formas: como promastigota, que es móvil, larga y flagelada, comúnmente encontrada en el vector invertebrado; y como amastigota, la cual es inmóvil, redondeada u ovoide, intracelular, dentro de los macrófagos y otras células del sistema reticuloendotelial del huésped vertebrado.

Existe una gran variedad de animales silvestres y domésticos que han sido implicados como reservorios de las especies de *Leishmania*, sin que hasta el presente se haya demostrado consistentemente cual o cuales son los reservorios. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad van desde úlceras cutáneas que cicatrizan espontáneamente, hasta formas fatales. Es una enfermedad zoonótica que afecta tanto

a perros como a humanos. Sin embargo, animales silvestres como liebres, zarigüeyas, coaties y jurumíes, entre otros, son portadores asintomáticos del parásito, por lo que se les considera animales reservorios. El agente se transmite al humano y a otros animales a través de la picadura de hembras de los flebotomos, un grupo de insectos chupadores de sangre pertenecientes a los géneros *Phlebotomus* del Viejo Mundo, (Europa, África y Asia) y *Lutzomyia* en América, de la familia *Psychodidae*. En Colombia, en ciertas regiones, este tipo de insectos es más conocido como palomilla.

A).- Leishmaniasis Cutánea

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 linfangitis leve a moderada en la zona afectada.

Aproximadamente luego de una semana, la lesión inicial se ulcera espontáneamente y produce un exudado seroso que al secarse en algunos días formará una costra cubriendo toda la lesión. Sin embargo por debajo de la costra la lesión se extiende en tamaño y profundidad, y cuando se retira dicha costra se observa una lesión redondeada, con fondo granulomatoso, eritematoso y con exudado seroso no purulento, no sangrante; sus bordes son bien definidos levantados y cortados en forma de sacabocado levemente indurada que recuerda la imagen de un cráter; la zona perilesional no presenta signos inflamatorios salvo que se complique con una infección bacteriana sobre agregada, lo cual es frecuente. Pueden aparecer lesiones satélites que, al unirse a la

inicial, originan una úlcera grande. 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 Lutzomyias. No obstante, existen casos en que se afectan áreas corporales inusuales como el tórax, pelvis, genitales. Pueden afectarse las mucosas, pero únicamente los bordes y por continuidad, como es el caso de la boca. A los pocos meses las lesiones empiezan auto limitarse 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. Una pequeña proporción de casos presentan recidivas en la misma lesión después de algunos años de silencio asintomático. Un trauma local en la cicatriz puede reactivar la lesión. Se ha descrito diversas características de las lesiones no ulceradas de Leishmaniasis, como la papulosa, impetiginosa, verrucosa, nodular, vegetante, mixtas y cutánea difusa. Esta última, la difusa, se asocia a trastornos de la inmunidad produciendo lesiones nodulares infiltrativas en todo el cuerpo.

B).-Leishmaniasis Mucocutánea

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. En más de un tercio de los casos, las lesiones mucosas se manifiestan sin antecedente de lesión cutánea. Posiblemente la infección primaria ha sido inaparente o se ha manifestado como una lesión mínima que pasó desapercibida para el paciente. Sin embargo, un alto riesgo de desarrollo de la LMC está asociado a la falta, incompleta o inadecuado tratamiento.

Las lesiones mucosas se inician en las vías aéreas superiores, principalmente a nivel del cartílago del tabique nasal y progresa hacia el piso de la nariz. Inicialmente los pacientes con compromiso nasal presentan secreción nasal mucoserosa, leve ardor y dolor, prurito y respiración forzada y sonora. La mucosa nasal suele encontrarse eritematosa con ligero edema y luego de algunas semanas se ulcera la mucosa, compromete el cartílago y finalmente lo perfora. Si hay infección sobre agregada, la secreción es muco purulento. La superficie de la piel se torna eritematoso con edema e infiltración produciendo aumento del volumen de la punta de la nariz y el ala, que puede sobrepasar el surco nasogeniano. A esta nariz grande junto a la caída del extremo distal de la nariz por lesión del cartílago subyacente se la conoce con el nombre de 'nariz de tapir'.

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 aritepiglóticos 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. 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.

Las lesiones mucosas son consecuencia de diseminación linfática o hematógena; cuando previamente se ha tenido lesión cutánea no tratada la lesión mucosa puede aparecer en unos cuantos meses aún en presencia de la lesión primaria o aparecer muchos años después que esta ha desaparecido, los primeros indicios son epistaxis, perforación del septo nasal anterior y ronquera. Con destrucción directa del cartílago por los parásitos.

C.- Leishmaniasis Visceral (Kala-azar)

Este cuadro clínico se presenta en muchas regiones tropicales y subtropicales del mundo. No se ha registrado en el Perú, no obstante, es conveniente conocerla por la existencia en zonas fronterizas de los países vecinos de Brasil y Bolivia, en donde es causada por la *L. amazonensis*, y transmitida por mosquitos del género *Lutzomyias*. La Leishmaniosis Visceral es una afectación sistémica que compromete la vida, y puede llegar a ser fatal especialmente si se retarda el tratamiento. Después de la picadura del vector, existe un periodo de incubación que varía de 3 a 8 meses, sin embargo, puede ser tan corto como 10 días o prolongado como un año. En pocos casos se encuentran lesiones en la puerta de entrada, ya que la mayoría de las veces pasa desapercibida y tiene una evolución crónica. Las manifestaciones clínicas de la Leishmaniasis Visceral típica están asociadas con fiebre, la que casi siempre es progresiva y elevada, remitente o intermitente, que dura semanas y se alterna con periodos afebriles, que también duran semanas. Posteriormente, la fiebre se torna persistente y ondulante. Existe progresivo deterioro del huésped, palidez y hepatoesplenomegalia. En la fase crónica, la esplenomegalia es muy marcada y puede llegar hasta la fosa iliaca

derecha, con abultamiento considerable del abdomen. Existe una linfadenopatía generalizada, en especial de los ganglios mesentéricos, epistaxis, hemorragia gingival, edema y ascitis. En algunas ocasiones se observa ictericia leve, y es considerado como signo de mal pronóstico. Los hallazgos de laboratorio incluyen anemia normocítica normocrómica, neutropenia, trombocitopenia, hipoalbuminemia y elevación de las transaminasas.

2.2.2. Caso probable de Leishmaniasis

2.2.2.1 Leishmaniasis Cutánea

Se considera como caso probable de Leishmaniasis Cutánea a todo paciente que cumple con los siguientes criterios:

- **Criterio Epidemiológico:** Procedente de zonas endémicas o de nuevas áreas de transmisión de Leishmaniasis, cuando menos desde hace dos semanas.
- **Criterio clínico:** Presencia de una o más lesiones en la piel que inician con una pápula eritematosa, aumentando de tamaño hasta formar nódulos, con progresión a lesiones ulcerativas o ulcero-costrosas, poco profundas de aspecto redondeado, no dolorosa, de bordes bien definidos y ligeramente elevados, con secreción serosa o seropurulenta. El tiempo de evolución es mayor a dos semanas y no responde al tratamiento de antimicrobianos comunes. A estos pacientes se les inicia tratamiento de primera línea.

2.2.2.2. Leishmaniasis Cutáneo Mucosa

Se considera como caso probable de Leishmaniasis mucocutánea, a todo paciente que cumple con los siguientes criterios:

- **Criterio Epidemiológico:** Procedente de zonas endémicas o de nuevas áreas de transmisión de Leishmaniasis mucocutánea, cuando menos desde hace dos semanas.
- **Criterio clínico:** Presencia de una o más lesiones granulomatosas elevadas o ulceradas de la mucosa nasal, boca, paladar blando, faringe, con antecedente de lesiones cutáneas activas o cicatrizadas, habiéndose excluido lesión por bacterias comunes.

2.2.2.3 Leishmaniosis Visceral

Se considera como caso probable de Leishmaniosis Visceral, a todo paciente que cumple con los siguientes criterios:

- **Criterio Epidemiológico:** Procedente de zonas fronteriza con Brasil y Bolivia, o de zonas endémicas de leishmaniosis visceral, cuando menos desde hace 10 días.
- **Criterio clínico:** Presencia de fiebre intermitente u ondulante, pérdida de peso y apetito, palidez progresiva, debilidad, esplenomegalia, hepatomegalia, sin ictericia.

2.2.2.4 Caso confirmado de Leishmaniosis Cutáneo, Leishmaniosis Mucocutáneo y Leishmaniosis Visceral.

Es todo paciente considerado como Caso Probable en el cual se demuestra infección por Leishmania mediante uno o más exámenes de laboratorio como frotis, cultivo, histopatología, inmunología y/o reacción en cadena de polimerasa.

2.2.2.5 Caso Grave de Leishmaniosis Mucocutánea.

Es todo paciente considerado como caso probable o confirmado de Leishmaniosis mucocutánea con lesiones en paladar, epiglotis y cuerdas vocales, laringe y tráquea, afectando zonas mucosas amplias y/o profundas que hacen peligrar su vida, y requieren

intervención terapéutica e inmediata. En estos casos además de las complicaciones mecánicas por destrucción física de la anatomía de las partes afectadas, puede asociarse complicaciones infecciosas bacterianas, fúngicas, por miasis entre otras.

2.2.3 Colateral:

Es toda persona expuesta a contraer la enfermedad por compartir los riesgos ambientales, laborales o sociales, con una persona enferma de Leishmaniasis en cualquiera de sus formas.

2.2.4. Localización de casos

La localización de casos es una actividad estratégica en la prevención y control de la Leishmaniasis, que asociado al tratamiento oportuno previene y reduce la aparición de complicaciones, secuelas y de la mortalidad. Los recursos y actividades de atención en los servicios de salud deben ser organizados de tal modo que permita diagnosticar oportunamente los casos de Leishmaniasis. Se realizará en todos los establecimientos de la red de servicios de salud y niveles de atención (Puestos, Centros de Salud y Hospitales), a través de la identificación de los casos probables. El jefe del establecimiento de salud y su equipo técnico programan las actividades de búsqueda activa intra y extramuralmente, incorporando a todos los trabajadores de salud, así como la ciudadanía organizada y los agentes comunitarios de salud. En brotes epidémicos, se aplicarán estrategias específicas de localización a fin de identificar las áreas y poblaciones afectadas y procederse a implementar medidas integrales eficaces de prevención y control. Una vez identificado el **caso probable**, se procederá a tomar una muestra de raspado del borde de la lesión para frotis, y de ser necesario para cultivo u otro tipo de pruebas, remitiendo las muestras al laboratorio referencial

de su red con la solicitud debidamente llenada. Al mismo tiempo se deberá iniciar el tratamiento con el esquema elegido. La actividad de localización de casos debe registrarse en el documento de registro de casos de leishmaniosis.

2.2.5. Diagnóstico de Laboratorio

A todo **caso probable**, se le tomará muestras de raspado del borde interno de la(s) lesión(es) a fin de realizar un frotis para diagnóstico parasitológico que confirme el caso.

Pruebas de intradermo reacción, serología, histopatología y PCR, se realizarán en casos pertinentes para seguimiento e investigación clínica epidemiológica.

Todo procedimiento de laboratorio se anotará en el Libro de Registro de Muestras de Leishmaniosis.

2.2.6. Diagnóstico Diferencial

- Diagnóstico diferencial de la Leishmaniasis **Cutánea**: infecciones bacterianas de piel, dermatofitosis, blastomicosis, tuberculosis, lepra lepromatosa, sífilis secundaria o terciaria, miasis, sporotricosis, eczema, ulcera por vasculopatías, sarcoidosis, carcinoma de piel, lesiones verrucosas.
- Diagnóstico diferencial de Leishmaniasis **Mucocutánea**: paracoccidioidomicosis, histoplasmosis, tuberculosis, sífilis, tuberculosis, síndrome de Behcet's, lupus eritematoso discoide, granuloma letal de línea media, neoplasias, rhinoscleroma, granulomatosis de Wegener's.
- Diagnóstico diferencial de Leishmaniasis **Visceral**: Los cuadros agudos deben distinguirse de la malaria, bartonelosis aguda,

fiebre tifoidea, tifus, tuberculosis miliar, absceso amebiano hepático. Los cuadros subagudos o crónicos pueden confundirse con brucelosis, bacteriemia prolongada por salmonella, histoplasmosis, malaria crónica, linfoma, leucemia, entre otros.

2.2.7. Atención curativa de la Leishmaniasis

La atención curativa comprende la administración oportuna y **completa** del tratamiento para la forma cutánea, mucocutánea y visceral. Tiene por objeto eliminar el parásito, evitar las complicaciones y mortalidad, logrando una recuperación precoz para reinserción del paciente a sus actividades cotidianas y coadyuvar al control de la transmisión de la enfermedad.

Consiste en los siguientes procesos:

➤ **Consulta Médica**

Esta actividad es responsabilidad del personal médico y busca efectuar el diagnóstico de casos, evaluar la gravedad del cuadro clínico y las complicaciones, indicar el esquema terapéutico apropiado, vigilar la evolución del caso, calificar la falta de respuesta al tratamiento y determinar la condición de egreso del paciente.

➤ **Atención de Enfermería**

Al inicio del tratamiento se realizará una atención del personal de enfermería para planificar con el paciente el cumplimiento del esquema terapéutico, facilitar la localización de otros casos y brindar educación sanitaria. Pueden programarse otras atenciones al observarse abandono o irregularidad del tratamiento, previniendo la deserción del paciente a éste.

➤ **Evaluación Social**

Antes de iniciar el tratamiento se realizará una evaluación social a cargo del profesional de Trabajo Social o quien haga sus veces, a fin de establecer el riesgo ocupacional, social y estado laboral del paciente, y planificar conjuntamente con él las acciones de atención, protección y promoción de la salud requeridos.

2.2.8. Administración del tratamiento

El tratamiento será administrado en los servicios de salud y está bajo la responsabilidad del personal médico, enfermera o el personal de salud que cumpla estas funciones en los diferentes niveles de atención. En los casos que no requieran hospitalización se procederá al **TRATAMIENTO SUPERVISADO**, consistente en:

- 1) Información sobre los efectos y riesgos de abandono del tratamiento.
- 2) Aplicación parenteral de la droga antileishmaniasica en forma diaria y en condiciones de bioseguridad adecuados.
- 3) Evaluación clínica una vez por semana a fin de verificar el cumplimiento del tratamiento a la dosis indicada, respuesta al tratamiento, y proporcionar orientaciones complementarias sobre prevención de la enfermedad.
- 4) Visita domiciliaria dentro de la primera semana de iniciado el tratamiento.

En casos excepcionales, la administración del tratamiento podrá realizarlo un Agente Comunitario de Salud debidamente capacitado y acreditado para administración de medicamentos intravenosos y reconocimiento de reacciones adversas. En los casos

hospitalizados, el personal del servicio en que se encuentra el paciente es responsable de la administración del tratamiento.

Todo paciente en tratamiento será anotado en el Registro de pacientes con Leishmaniasis, y su terapéutica registrado en la Tarjeta de control, asistencia y administración de tratamiento y en la Historia Clínica del paciente.

2.2.8.1. Visita de Seguimiento

Tiene por objeto reforzar la adherencia del enfermo al tratamiento, censar a los colaterales, localizar casos nuevos, identificar y evaluar los riesgos y condicionantes que permiten la transmisión de la enfermedad y planificar con la familia las medidas preventivas para evitar la extensión de la enfermedad en la familia y en la comunidad local. Esta actividad es responsabilidad del personal de enfermería. Se realizará dentro de la primera semana de tratamiento y cuando no acuda a recibir la aplicación de su medicina.

2.2.8.2. Control de colaterales

Los colaterales serán censados y examinados para descartar Leishmaniosis en cada uno de ellos. A todo colateral se le realiza evaluación clínica exhaustiva en búsqueda de lesiones actuales o cicatrices sospechosas de lesión cutánea de la Leishmaniasis Mucocutánea, y se proporciona información sobre medidas de prevención y control de la enfermedad.

Es responsabilidad del personal de enfermería o de quien asuma sus funciones realizar el registro de colaterales en el reverso de la Tarjeta de control de asistencia y administración de tratamiento de Leishmaniasis y velar por el cumplimiento de la evaluación de todos ellos.

2.2.9. Manejo terapéutico de la leishmaniasis

Los objetivos del tratamiento son el control y eliminación del parasitismo, mejorar el cuadro clínico y evitar las complicaciones.

2.2.9.1. Medidas Generales

Dependiendo de la magnitud y severidad de la lesión se aplicarán medidas generales que permitan coadyuvar en la mejoría y eviten complicaciones. Entre estas tenemos:

- En lesiones de piel realizar limpieza con abundante agua y antiséptico yodó foros o clorhexidina mientras exista secreción serosa o purulenta.
- Drenaje si hubiera lesiones con abscesos.
- En lesiones mucosas realizar limpieza en lesiones accesibles, en tópico hospitalario y por personal médico, tomando precauciones por los riesgos de aspiración.
- Si se sospecha o documenta sobre infección bacteriana, administrar antimicrobianos para gérmenes comunes gram positivos.
- En las formas mucocutánea asociadas a enfermedades crónicas subyacentes como Tuberculosis, VIH, Diabetes Mellitus, cardiopatías, entre otras, se deberá realizar una adecuada y razonable compensación a fin de obtener repuesta terapéutica eficaz; asimismo se deberá intensificar las precauciones y vigilancia del RAM al administrar los antileishmaniásicos.

2.2.10. Tratamiento de La Leishmaniasis

De acuerdo a la forma clínica y al grupo poblacional, se utilizará uno de los esquemas descritos líneas abajo. Es importante recordar que, iniciado el tratamiento, de no mediar una contraindicación

específica, debe completarse la dosis por el tiempo indicado según cada caso, para lo cual deberá garantizarse la disponibilidad de medicamentos.

2.2.10.1. Leishmaniosis cutánea en niños, adolescentes y adultos.

Como primera línea de tratamiento se administra un antimonial pentavalente tipo estibo gluconato de sodio o antimoniato de meglumine a dosis de 20 miligramos de antimonio pentavalente base / kilogramo de peso / día, durante un ciclo de veinte (20) días consecutivos. La dosis diaria máxima no excederá los 1,250 miligramos de antimonio pentavalente. Deberá administrarse en una sola dosis diaria sin fraccionarla, por vía intravenosa, diluido en suero fisiológico de 20 a 50 ml, lento en 15 a 20 minutos. Excepcionalmente podrá utilizarse la vía intramuscular, y en este caso sin dilución adicional.

En caso de presentar fracaso al tratamiento luego de 2 meses de haber completado el primer ciclo de tratamiento, se repite el esquema de antimonial pentavalente por un segundo ciclo a la misma dosis también por 20 días. De persistir el fracaso luego de dos meses más al término del segundo ciclo terapéutico, se pasa al siguiente esquema.

Como segunda línea de tratamiento se administrará Anphoterecin-B a dosis de 0.5 mg a 1.0 mg /Kg /día hasta acumular una dosis máxima de 1.5 a 2.0 gramos por el periodo de tratamiento.

2.2.10.2. Leishmaniasis mucocutánea en niños, adolescentes y adultos:

Se administra un antimonial pentavalente tipo Estibo gluconato de sodio o antimoniato de meglumine a dosis de 20 miligramos de antimonio pentavalente base / kilogramo de peso / día, durante un período de treinta (30) días consecutivos. La dosis

diaria máxima no excederá los 1,250 miligramos de antimonio pentavalente. Deberá administrarse en una sola dosis diaria sin fraccionarla, por vía intravenosa, diluido en suero fisiológico de 20 a 50 ml, lento en 15 a 20 minutos. Excepcionalmente podrá utilizarse la vía intramuscular, en este caso sin dilución adicional.

En caso de presentar fracaso al tratamiento luego de 2 meses de haber completado el primer ciclo de tratamiento con antimonial pentavalente se pasa al esquema de segunda línea. Como tratamiento alternativo de segunda línea se administrará Anphoterecin-B a dosis de 0.5 a 1.0 mg/ Kg/ día. Como dosis máxima diaria 50 mg. Se administrará hasta acumular una dosis máxima de 1.5 a 2.0 gramos por el periodo de tratamiento.

2.2.10.3. Leishmaniasis mucocutáneo grave.

El manejo terapéutico es hospitalario. Tiene como objetivo controlar y eliminar el parásito de la Leishmania, controlar y erradicar las complicaciones infecciosas asociadas, aliviar los efectos negativos de las lesiones profundas y disminuir las secuelas. Tratamiento etiológico

- En los casos graves se administra directamente Anphoterecin-B a dosis de 0.7 a 1 mg/ Kg/ día. Como dosis máxima diaria será 50 mg. El tratamiento dura hasta acumular una dosis máxima de 1.5 a 2.0 gramos por el periodo de tratamiento. Si el paciente presenta fracaso terapéutico con el Anphoterecin-B, se administra drogas alternativas bajo la conducción de los especialistas del área.
- Tratamiento de infecciones asociadas
De acuerdo al tipo de infección sospechada o documentada se administrará tratamiento antimicrobiano, antifúngico u otros.
- Manejo de secuelas

Todo paciente con lesiones amplias y profundas deberán ser evaluados y tratado por especialista en cirugía reparadora al término del tratamiento etiológico.

2.2.10.4. Leishmaniasis visceral.

Se administra un antimonial pentavalente tipo Estibo gluconato de sodio o antimoniato de meglumine a dosis de 20 miligramos de antimonio pentavalente base / kilogramo de peso / día, durante un periodo de treinta (30) días consecutivos. La dosis diaria máxima no excederá los 1,250 miligramos de antimonio pentavalente. Deberá administrarse en una sola dosis diaria sin fraccionarla, por vía intravenosa, diluido en suero fisiológico de 20 a 50 ml, lento en 15 a 20 minutos. Excepcionalmente podrá utilizarse la vía intramuscular, en este caso sin dilución adicional.

En caso de presentar fracaso al tratamiento luego de 2 meses de haber completado el primer ciclo de tratamiento con antimonial pentavalente se pasa al esquema de segunda línea. Como tratamiento alternativo de segunda línea se administrará Anphoterecin-B a dosis de 0.5 a 1.0 mg/ Kg/ día. Como dosis máxima diaria 50 mg. Se administrará hasta acumular una dosis máxima de 1.5 a 2.0 grs. por el periodo de tratamiento.

Figura 01 esquema de tratamiento según tipo de Leishmaniasis

FORMA CLINICA	TRATAMIENTO PRIMERA LINEA	TRATAMIENTO SEGUNDA LINEA
Leishmaniasis Cutánea	Antimonial pentavalente 20 mg/kg/día Por 20 días	Anphoterecin-B 0.5 a 1.0 mg/Kg /día hasta acumular 1.5 a 2.0 gramos.
Leishmaniasis Mucocutánea	Antimonial pentavalente 20 mg/kg/día	Anphoterecin-B 0.5 a 1.0 mg/Kg /día hasta

	Por 30 días	acumular 1.5 a 2.0 gramos.
Leishmaniasis Mucocutánea Grave	Anphoterecin-B 0.7 a 1 mg/Kg hasta acumular 1.5 a 2.0 gramos en total.	Pentamidina, Ketaconozol
Leishmaniasis Visceral	Antimonial pentavalente 20 mg/kg/día Por 30 días	Anphoterecin-B 0.5 a 1 mg/Kg hasta completar 30 mg/Kg

Fuente: Norma técnica para el diagnóstico y tratamiento de leishmaniosis en el Perú 2015

En el caso de gestantes con Leishmaniasis, salvo casos debidamente justificados que pongan en riesgo la salud de la paciente, el tratamiento anti-leishmaniásico será diferido hasta después del parto, excepto lo referente a medidas generales y tratamientos de infecciones sobreagregadas los que se deben poner en práctica lo más antes posible. En mujeres en edad fértil no gestantes, aconsejar eviten el embarazo hasta por lo menos dos meses después de haber concluido el tratamiento exitoso.

En los pacientes con infección VIH/SIDA asociada, salvo situaciones particulares, las dosis, vías de administración, precauciones y contraindicaciones son las mismas.

2.2.11. Criterios de internamiento u hospitalización

2.2.11.1. En el primer nivel de atención

En el primer nivel de atención se interna pacientes con Leishmaniasis Cutánea o Cutáneo Mucosa no grave, clínicamente estables, únicamente en los Centros de Salud que cuentan con camas y personal médico por 24 horas, por alguno de los siguientes criterios:

- Presencia de algún tipo de reacción adversa medicamentosa que ameriten observación permanente.
- Imposibilidad de cumplir tratamiento ambulatorio, por inaccesibilidad geográfica, entorno familiar adverso al cumplimiento u otro.
- Otros a criterio médico.

2.2.11.2. En el segundo y tercer nivel de atención: hospitales N- I, N-II, N- III, Institutos Especializados

Se hospitalizará por uno o más de los siguientes criterios:

- Paciente con Leishmaniasis Cutáneo Mucosa grave.
- Pacientes con Leishmaniasis Visceral
- Cuando menos los tres primeros días de tratamiento con Anphoterecin-B.
- Para someter a cirugía reparadora a pacientes con lesiones invalidantes.
- Menores de un año de edad.
- Presencia de enfermedad crónica previa ó enfermedad subyacente.
 - Desnutrición moderada a severa
 - Imposibilidad de cumplir tratamiento ambulatorio.
 - Reacción adversa medicamentosa moderada a severa.
 - Para observación y diagnóstico diferencial.

2.2.12. Criterios de alta

Se indicará el alta hospitalaria, cuando cumplan los siguientes criterios.

- Mejoría de la evolución clínica, verificada por el médico tratante.
- Remisión de signos y síntomas asociadas a la reacción adversa medicamentosa, si fuera el caso
- Funciones vitales estables.
- Exámenes auxiliares de laboratorio normales o que tienden a normalizarse.
- Certeza del cumplimiento de la continuidad del tratamiento ambulatorio.

2.2.12.1. De establecimientos del primer nivel de atención (Puestos y Centros de Salud) hacia hospitales N- I N- II

- Presencia de lesiones cutáneas o mucosas que requieran cura quirúrgica especializada.
- Presencia de reacción adversa medicamentosa moderada a severa, o que no respondan al tratamiento sintomático inicial.
- Para administración de Anphoterecin-B
- Otros que lo considere el profesional de salud del establecimiento.

2.2.12.2. De hospitales N- I, N- II hacia hospitales N- III

- Pacientes con Leishmaniasis Cutánea Mucosa severa
- Presencia de complicaciones mecánicas e infecciosas severas.
- Para realizar cirugía reparadora

2.2.13. Contrarreferencia

Los pacientes serán enviados a los establecimientos de origen cuando se encuentre en condiciones de continuar el tratamiento u observación en el primer nivel de complejidad.

A cada paciente o familiar, se le proporcionará por escrito las indicaciones que deberán continuar tanto en el establecimiento de origen, como en su entorno familiar.

2.2.14. Seguimiento y control de la Leishmaniasis

2.2.14.1. Evaluación clínica y por laboratorio

➤ LEISHMANIASIS CUTÁNEA

La evaluación clínica se realiza al 10º, 20º, 60º Y 90º día del inicio del tratamiento, a fin de verificar la evolución de las lesiones y la respuesta al tratamiento. Para la evaluación por laboratorio con fines de seguimiento se realizará un frotis en el 10º día de iniciado el tratamiento.

Estas evaluaciones pueden ser más frecuentes, si la condición clínica del paciente lo amerita.

➤ Leishmaniasis Mucocutánea

Se realizará evaluaciones clínicas los días 10º, 30º, 60º, 90º y a los 12 meses después de iniciado el tratamiento. La evaluación por laboratorio se realizará a través de exámenes de frotis de borde interno lesional al 10º, 30º días y cada mes mientras las características de la lesión lo permitan.

➤ Leishmaniasis Mucocutáneo Grave

Se realizará evaluaciones clínicas los días 10º, 30º, 60º, 90º y a los 12 meses después de iniciado el tratamiento. La evaluación por laboratorio se realizará a través de exámenes de frotis de borde interno lesional al 10º, 30º días y cada mes mientras las características de la lesión lo permitan.

2.2.14.2. Evaluación de la respuesta al tratamiento

Los criterios de evaluación de la respuesta al tratamiento supervisado son los siguientes.

Figura 02 criterios de respuesta frente al tratamiento.

RESPUESTA	CARACTERISTICAS	CONDUCTA
Cura clínica	Al término del tratamiento presenta lesiones cicatrizadas, sin ningún signo inflamatorio	Alta
Mejoría	Al término del tratamiento presenta disminución en número y/o tamaño de las lesiones. Reepitelización de leve a completa.	Si continua reepitelización incompleta luego de 60 días: repetir el ciclo de tratamiento con antimonial pentavalente
Fracaso al tratamiento	<p>LC y LMC</p> <p>Al término del segundo ciclo de tratamiento con antimonial pentavalente se encuentra lesiones sin cambios favorables, o mayor compromiso que al inicio, nula reepitelización, o reaparición de lesiones iniciales dentro de los 12 siguientes meses</p> <p>LMC Grave Luego del tratamiento con Anphoterecin –B las lesiones se encuentran sin cambios significativos</p>	<p>Administrar Anphoterecin-B</p> <p>Terapia especializada</p>

Fuente. Norma técnica de diagnóstico y tratamiento de Leishmaniosis en el Perú

2.2.15. Componentes

2.2.15.1 Componente Prestacional

La red de servicios de salud se organizará en tres niveles de acuerdo a la capacidad para administrar los esquemas terapéuticos y la complejidad de la atención del establecimiento.

- **Primer nivel de atención:** Son establecimientos que tienen capacidad de administrar tratamiento en la Leishmaniasis Cutánea y Mucocutánea, excepto los casos graves. Desplazan al paciente al segundo o tercer nivel de atención considerando los Criterios de Referencia establecidos en la presente Norma.
- **Segundo nivel de atención:** Son establecimientos que tienen capacidad de administrar tratamiento en los casos de Leishmaniasis Cutánea, Mucocutánea y Mucocutánea Grave, suministrando tratamiento de segunda línea. Este nivel refiere al tercer nivel de atención los casos que requieran cirugía reparadora. Cuenta con consultor clínico.
- **Tercer nivel de atención:** Son establecimientos que tienen capacidad de tratar los casos de Leishmaniasis en todas sus formas clínicas, así como de realizar cirugías reparadoras plásticas. Cuenta con equipo médico de expertos en Leishmaniasis.

2.2.15.2. Componente organizacional y de gestión.

La aplicación de la presente norma implica la participación de los diversos órganos sectoriales a través de los comités y equipos técnicos de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las Enfermedades Metaxénicas y OTV's en los niveles nacional, regional y local.

Los niveles nivel nacional y regional se encargan de la conducción normativa, garantía financiera, abastecimiento y asistencia técnica

administrativa. Con fines de sistematizar la información gerencial, clínica y epidemiológica, se harán uso de instrumentos que para tal fin se implementen.

2.3. Definición de Términos

2.3.1. Lesión sospechosa.

Es importante observar las siguientes características clínicas:

Cuando hay úlceras en el cuello, especialmente en los niños, hay que descartar tuberculosis linfática

Cuando las lesiones aparecen en sitios donde el paciente se ha cortado la piel por ejemplo con machete es muy probable que se trata de una infección por bacterias.

Otras lesiones que no causan úlceras o elevaciones pueden ser hongos.

Si las lesiones duelen mucho debe sospecharse que se trata de otra enfermedad y la Leishmaniasis, normalmente no produce demasiado dolor, (excepto cuando se la está tratando) la Leishmaniasis comúnmente produce.

2.3.2. Parásito.

Son organismo que viven a expensas de los tejidos de un ser vivo (hospedador). Se dice que un parásito es obligado si sólo puede vivir en el hospedador y facultativo si puede desarrollarse también sin parasitar a un ser vivo. A los parásitos de los vegetales se les conoce como Fito parásitos, mientras que a los propios de los animales se les denomina zooparásitos. Un caso particular de Fito parásitos son, por ejemplo, los insectos que forman agallas, estos insectos “pican” a la planta y hacen que ésta forme por crecimiento un tumor dentro del cual no solamente encuentran albergue, sino también alimento adecuado y abundante

2.3.3. Vector.

Los vectores son organismos vivos que pueden transmitir enfermedades infecciosas entre personas, o de animales a personas. Muchos de esos vectores son insectos hematófagos que ingieren los microorganismos patógenos junto con la sangre de un portador infectado (persona o animal), y posteriormente los inoculan a un nuevo portador al ingerir su sangre.

2.3.4. Hospedero.-

Huésped u hospedero: es cualquier ser vivo que en circunstancias naturales permite la subsistencia o el alojamiento de un agente causal de enfermedad.

2.3.5. Periodo de incubación.-

Es el tiempo comprendido entre la exposición un organismo, químico o radiación patogénico, y cuando los signos y síntomas aparecen por primera vez. El período puede ser tan corto como algunos minutos o tan largo como treinta años en el caso de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

2.3.6. Entomología.

Es la ciencia que tiene por objeto el estudio de todos los seres vivos conocidos como Insectos y que pertenecen a la clase Insecto, proviene del griego éntomos (insecto) y logos (ciencia) o sea es el estudio científico de los insectos. Esta ciencia constituye una especialidad importante dentro de la Zoología.

2.3.7 Control Vectorial

Actividad por la cual se realizan acciones destinadas a eliminar una población de insectos vectores o controlar su población a niveles que no constituyan riesgo para la transmisión de enfermedades, sea control químico, mecánico o biológico.

2.3.8. Preventivo Promocional

Toda actividad que se realiza a nivel individual o grupal con el fin de mejorar la salud de la población en los tres niveles de prevención y promoción.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

La recolección de datos del trabajo realizado para este informe de experiencia profesional proviene de los siguientes;

3.1.1. Hojas de vigilancia de notificación individual

Es un documento que contiene pautas para que el personal de la Red Nacional de Epidemiología pueda sospechar de un caso de una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica en el Perú, contiene las definiciones de caso, los formatos de notificación y fichas de investigación (clínico - epidemiológicas), los algoritmos que son herramientas para tomar decisiones en cada nivel y sirven de ayuda para notificar, investigar y clasificar de los casos sospechosos o probables. Es un documento que contiene pautas para que el personal de la Red Nacional de Epidemiología pueda sospechar de un caso de una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica en el Perú, contiene las definiciones de caso, los formatos de notificación y fichas de investigación (clínico - epidemiológicas), los algoritmos que son herramientas para tomar decisiones en cada nivel y sirven de ayuda para notificar, investigar y clasificar de los casos sospechosos o probables. En el cual están incluidos los casos de Leishmaniasis confirmados.

3.1.2. Historias Clínicas

La historia clínica es un documento privado, de tipo técnico, clínico, legal obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Se origina con el primer

episodio de enfermedad o control de salud en el que se atiende al paciente, ya sea en el hospital o en el centro de atención primaria, o en un consultorio médico. La **historia clínica** está incluida dentro del campo de la semiología clínica. El registro de la historia.

3.1.3. Manual de la atención de enfermedades Metaxénicas.

El establecimiento de salud cuenta con estas normas para facilitar al personal de salud el manejo de las enfermedades Metaxénicas.

3.1.4 Normas técnicas sobre el diagnóstico, prevención y control de las enfermedades Metaxénicas.

Normas emitidas por el Ministerio de Salud que sirve de ayuda o consulta para la actualización constante del personal de salud, el cual se renueva según los cambios o procedimientos que emiten a nivel central.

3.1.5. Informes de las actividades preventivas promocionales del establecimiento de salud

En este grupo se encuentran los siguientes:

- Tarjetas de tratamiento de los pacientes
- Informes de planes de actividades programadas en forma mensual
- Informes entomológicos mensuales (captura de vectores mediante trampas de luz)
- Actas de programaciones de faenas.
- Informes de las actividades realizadas en forma mensual.

3.2 Experiencia Profesional

Mi labor como profesional de enfermería lo inicié en año 2010 durante el SERUMS en el Puesto de salud de Amaibamba distrito de Huayopata, provincia de la Convención región del Cusco, a 2000 msnm posee un clima templado y húmedo, su principal actividad agrícola es el té, rocoto, café y frutas. Tiene una población de 1600 pobladores según el INEI, nivel 1-2 consta 8 ambientes en la cual laboramos 7 personales (01 médico SERUMS, 02 licenciadas en Enfermería, 01 obstetra, 02 personal técnicos y 01 personal de guardianía) en la cual se brinda las siguientes atenciones: consulta médica, consultorio de niño, consultorio materno, atención de emergencias, partos inminentes, tóxico, farmacia y otras atenciones preventivo promocionales. Tanto intramurales y extramurales.

Como Licenciada me hice responsable de las estrategias sanitarias de Metaxénicas, Articulado nutricional y promoción de salud. A esto se incluye otras actividades como son: atenciones de morbilidad, tóxico, farmacia y las actividades propias de licenciada en enfermería, al mismo tiempo las atenciones extramurales, como visitas domiciliarias de seguimiento a niños, gestantes y población en general. Las actividades de promoción como son de coordinación, capacitación dirigida a instituciones educativas, juntas vecinales, promotores, clubes de madres y familias. De esta manera cumplí con mi servicio rural. Las gestiones que realice como plan de mejora fue la formación de comunidades saludables, familias saludables cumpliendo con todos sus componentes.

Posteriormente paso a laborar en el Centro de salud Huyro, durante 03 años. Durante este tiempo fui responsable de las estrategias sanitarias de metaxenicas, entomología y nutrición. El

establecimiento de salud es de nivel 1.4 por cual ofrece el servicio de hospitalización, atención de partos, atención de emergencias y la recepción de referencias debido a que por jurisdicción tiene a su cargo 04 establecimientos (puestos de salud). Mis labores intramurales consistían en la atención en Control de niño sano. Inmunizaciones, tratamientos a pacientes con leishmaniosis, tuberculosis, pacientes hospitalizados, recepciones de recién nacidos, atenciones de tópico y emergencias debido a accidentes automovilísticos constantes, por ser una vía principal entre Quillabamba Cusco. Durante las atenciones extramurales se logró la captación de sintomáticos Respiratorios (casos positivos de TBC), sintomáticos febriles (para la detección de Malaria y Bartonelosis) búsqueda debido a la existencia de comunidades consideradas de riesgo por antecedentes de casos autóctonos de estas enfermedades. A si mismo las actividades de nutrición como son las sesiones demostrativas dirigidas a madres gestantes, lactantes y madres de niños menores de 5 años previa coordinación con municipios y algunas organizaciones sociales en forma mensual, del mismo modo las actividades con el club de adultos mayores de acuerdo a la programación de actividades para el año en coordinación con la municipalidad de Huayopata, y otras actividades concernientes a la prevención y promoción de la salud.

En el año 2014 paso a laborar al Puesto de salud de Uchumayo ubicado en el distrito de Maranura, al norte de la provincia de La Convención, en la vía asfaltada Cusco Quillabamba. Con una población de 550 habitantes, divididos en ocho comunidades.

El establecimiento de salud es nivel 1-1. Perteneciente a la Micro red de Maranura, red de Servicios de Salud La convención DIRESA Cusco. En la cual laboramos 03 personales, 01 Licenciada en Enfermería y 02 Técnicos en enfermería. El horario de atención es

doce horas diarias. Se brindan atención a niños (CRED Inmunizaciones) atención de consultas, emergencias, tópico, atención de controles prenatales, planificación familiar, farmacia y en laboratorio la toma de muestras rápidas (HVB, VIH, Sífilis, Hemoglobina, Glucosa, tiras de orina, pregnosticon, toma de gota gruesa y frotis, extendido de esputos etc.). Se atiende a toda la población (SIS, ESSALUD y población no asegurada) las actividades preventivas en todas las estrategias sanitarias, tanto intramural como extramural. Se cuenta con autoridades como teniente gobernador, presidente de las comunidades, institución educativa primaria e inicial (01) organizaciones como vaso de leche, juntos, comunidad cristiana y otros.

Como profesional de la salud en la carrera de Enfermería asumí el cargo de jefe de establecimiento y responsable del PAN, ESNI, Materno, Promoción, cáncer. Tuberculosis y metaxenicas. Las primeras gestiones fueron con la municipalidad de Maranura para el mejoramiento de la infraestructura del local del establecimiento de salud (en el techo, servicios higiénicos, lavatorios e instalación de caños. Y otros) posteriormente organice reuniones de coordinación con las autoridades de las comunidades para realizar el plan de trabajo, referente a la prevención de enfermedades metaxenicas por considerarnos zonas endémicas de casos de Bartonelosis, Leishmaniasis y Malaria por los antecedentes que presenta. Esto se debe al clima tropical que tiene todo el distrito (10000 a 1400 msnm) propicia para la reproducción de vectores de enfermedades metaxenicas, a esto se agrega la presencia de animales domésticos con lesiones y catalogados como reservorios de Leishmaniasis, y la constante migración de los pobladores a zonas de la selva en busca de mejores oportunidades de trabajo. A partir del año 2015 al 2017 se incrementaron los

casos de Leishmaniasis cutánea, debido a la presencia de reservorios (animales domésticos como perros, gatos y otros). A esto se agrega el incremento de la población vectorial transmisibles de Leishmaniasis y Bartonelosis.

Cuadro N°01 de distribución de casos de Leishmaniasis por años y comunidades de riesgo

N°	COMUNIDADES	2015	2016	2017	TOTAL
1	Moyomonte	03	01	04	08
2	Pacaypata	-	-	06	06
3	Uchumayo	01	-	01	02
Total por años		04	01	11	16

En la comunidad de Moyomonte los casos por años fueron constantes, debido a la presencia de animales domésticos con lesiones que son reservorios. En la comunidad de Pacaypata los casos se presentaron durante el año 2017, esto se debe también a la presencia de canes con lesiones sospechosas durante este año.

Años	Masculino	Femenino	total
2015	03	01	04
2016	01	-	01
2017	04	07	11
Total	08	08	16

Cuadro N° 02 Distribución de casos por género y años

Se evidencia que la distribución por género es igual debido que la exposición y al tipo de labor que desempeñan en el campo.

Cuadro N° 03 distribución de casos por grupo etáreo

AÑOS	1-10	11-17	18-29	30-59	60- mas	Total
2015			1	2	1	04
2016				1		01
2017	04	03	1	2	1	11
TOTAL	04	03	02	05	02	16

Se observa que son los adultos están más expuestos debido a su labor agrícola, seguido de los niños por quienes también son expuestos por falta de protección personal.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

3.3.1 Características del establecimiento

El puesto de salud de Uchumayo fue construido hace 5 años por parte del municipio de Maranura. Sus paredes de material noble y techo de fibra Eternit, de 01 piso, puerta principal metálica, instalación de ventiladores en techo, ventanas con vidrio movedizo. Consta de ocho ambientes u consultorios, un auditorio pequeño, servicios higiénicos y lavatorios. Ubicado en el poblado de Uchumayo, colindante con la Institución Educativa Primaria, carece de medios de transporte, esta implementado con 01 radio de comunicación operativa.

3.3.2 Atenciones frente a casos sospechosos de leishmaniosis cutánea

Las actividades de atención en los servicios de salud son organizadas de tal manera que durante las atenciones intramurales y extramurales se cumplen con los protocolos estandarizados de acuerdo a las normas de las estrategias y el MAIS. En la estrategia nacional de enfermedades transmisibles (Metaxénicas y otras). El equipo de salud del establecimiento conocedores de los problemas de salud que tiene la población de Uchumayo se ha visto en la necesidad de realizar la búsqueda de pacientes y familiares con lesiones sospechosas durante el primer contacto, que permitan diagnosticar en forma precoz y de esta manera brindar un tratamiento oportuno. Tanto en las atenciones intramurales y extramurales.

En el brote epidémico se aplicaron estrategias específicas de localización a fin de identificar las áreas y comunidades afectadas y procederse a implementar medidas integrales eficaces de prevención y control. Una vez identificado el **caso probable**, se procederá a tomar una muestra de raspado del borde de la lesión para frotis, y de ser necesario para cultivo u otro tipo de pruebas, remitiendo las muestras al laboratorio.

Se requiere elaborar una historia clínica minuciosa que permite establecer un plan diagnóstico, terapéutico y de seguimiento en los pacientes con sospecha de leishmaniosis. En la historia clínica se debe consignar los datos personales de edad, género, procedencia, escolaridad y ocupación; las características de la(s) lesión(es), el tiempo de evolución y complicaciones del cuadro clínico; los antecedentes epidemiológicos, patológicos, alérgicos y farmacológicos. Un examen físico completo incluyendo rinoscopia y registro del área de la(s) lesión(es) y su localización exacta.

También es importante explorar durante el interrogatorio la disposición del paciente para adherirse al tratamiento. Ante la sospecha clínica de Leishmaniasis es necesario visualizar el parásito para corroborar el diagnóstico. Para ello existen diversos métodos. Una vez identificados el **caso probable**, se procederá a tomar una muestra de raspado del borde de la lesión para frotis, y de ser necesario para cultivo u otro tipo de pruebas, remitiendo las muestras al laboratorio.

3.3.3 Control Ambiental

- Vigilancia del reservorio (perros y otros animales domésticos)
- Vigilancia del vector (mosquito-flebótomo): captura de flebótomos mediante trampas, identificación de la especie e identificación de la presencia del parásito. Al mismo tiempo conocer la densidad poblacional de los vectores existentes.
- Control ambiental: identificación de zonas de riesgo y aplicación de medidas de saneamiento ambiental (recojo de inservibles, faenas comunales, eliminación de criaderos y ordenamiento del medio etc.).

3.3.4 Laboratorio

Para llegar al diagnóstico definitivo es imprescindible demostrar la presencia de los amastigotes en el frotis o la biopsia de la lesión, de las mucosas, la médula ósea y el bazo, o de los promastigotes a través del cultivo del material obtenido de las lesiones en piel, mucosas, médula ósea y bazo. (Los amastigotes y los promastigotes son distintas formas del ciclo vital de los organismos del género leishmania, causante de la leishmaniosis).

En más del 70% de los casos, la microscopía o histopatología pueden revelar la existencia del parásito.

Otros métodos diagnósticos que están siendo usados con mayor frecuencia son:

- La reacción en cadena a la polimerasa (PCR): técnica molecular con alta especificidad y sensibilidad para detectar el material genético de la Leishmania.
- Inmunofluorescencia Indirecta (IFI): técnica capaz de detectar la presencia de anticuerpos específicos contra la Leishmania, principalmente de tipo IgG, en el suero del paciente sospechoso.
- Ensayo inmunoabsorbente ligado a enzima (ELISA): técnica que, al igual que la IFI, permite la detección de anticuerpos específicos contra el parásito en el suero del paciente sospechoso.
- Prueba de Montenegro o Leishmania: esta es una prueba inmunológica de hipersensibilidad retardada semejante a la PPD (prueba de la tuberculina) con alta sensibilidad y especificidad; sin embargo, no permite establecer una diferencia entre infección actual o pasada. Consiste en la aplicación por vía intradérmica de 0.1 ml de un antígeno de Leishmania (leishmanina) en la cara anterior del antebrazo, debiendo efectuarse la lectura a las 48 o 72 horas en la zona de aplicación. Se considera positiva la lectura cuando el diámetro de la induración causada por la intradermorreacción es igual o mayor de 5mm.

3.3.5 Actividades laborales que se desarrollan para el control de casos

- Durante las salidas comunitarias se realizan la búsqueda de animales domésticos con lesiones sospechosas lo cuales son notificados y sensibilizados a sus dueños. Al mismo

tiempo se realizan constantes búsqueda de personas con lesiones. Durante este año último año se detectaron 11 casos de Leishmaniasis cutánea de los cuales a la fecha lograron curarse.

- Se continúan con las capacitaciones sobre las medidas preventivas de las enfermedades metaxenicas a los pobladores durante las reuniones en las comunidades y atenciones extramurales.
- En forma programada se realizan en forma mensual las actividades entomológicas, para conocer la densidad larvaria y población vectorial mediante la búsqueda de criaderos temporales para su tratamiento físico y químico, captura de vectores adultos mediante las trampas de luz durante la noche.
- Coordinaciones con autoridades locales para la programación de faenas comunales de limpieza del poblado, cunetas y brazos de ríos.
- Se realiza gestión para la realización de la fumigación de 03 comunidades de riesgo para Leishmaniasis y Bartonelosis, por parte de la RED de servicios de salud la Convención. El cual se concreta durante el mes de Setiembre, se contó con la participación del personal del establecimiento y los pobladores de las comunidades beneficiadas.
- Se convoca a los pobladores para una reunión de capacitación sobre las actividades preventivas promocionales con el objetivo de cortar la transmisibilidad y disminuir la población vectorial en la comunidad.
- En las comunidades de riesgo se encuentran animales portadores con lesiones sospechosas, por el cual se les sensibiliza sobre el riesgo a los dueños, quienes se

comprometieron a deshacerse de estos. Por significar riesgo potencial para la transmisión de la Leishmaniasis.

- Continuara las actividades preventivas para evitar la picadura del vector y la reducción de los mismos, mediante las actividades de limpieza de inservibles y malezas alrededor de las viviendas, la colocación de mallas metálicas o plásticas finas en las ventanas que eviten la entrada del flebótomo, el uso de ropa que cubra las zonas expuestas de la piel, especialmente en las horas de mayor actividad del flebótomo, utilizar mosquiteros de malla fina por las noches o aplicarse repelentes.

3.3.6 Limitaciones para el desempeño profesional

- Poco personal de salud en el establecimiento (03)
- Falta de apoyo logístico y materiales para las actividades
- Población no reconoce los riesgos de la enfermedad.
- Autoridades poco participativas
- medicamentos escasos

IV. RESULTADOS

Los resultados de todas actividades preventivos promocionales realizados por el personal del Puesto de salud de Uchumayo, autoridades y población en general mediante las intervenciones en viviendas y comunidades dieron sus resultados a partir del segundo trimestre del 2017.

Cuadro N° 4.1

CASOS DE LEISHMANIASIS POR TRIMESTRE 2017

TRIMESTRE	1ER	2DO.	3ER.	4TO.
Casos	11	0	0	0

Se observa que los once casos fueron en el primer trimestre. En los siguientes trimestres no hubo casos positivos.

V. CONCLUSIONES

- a) Los 16 casos diagnosticados con Leishmaniasis cutánea fueron tratados y curados debido al diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y las sesiones educativas que se brindaron sobre la puntualidad del tratamiento y los cuidados preventivos que debían realizarlo.
- b) El incremento de casos en el año 2017 fue específicamente en 03 familias debido a la presencia de animales domésticos con lesiones, los cuales fueron desaparecidos por sus dueños.
- c) Los 11 casos diagnosticados en el 2017 fueron durante el primer trimestre. Los cuales fueron tratados y curados. a partir del mes de Abril a Diciembre no hubo más casos.
- d) Las actividades de promoción y prevención de salud que se realizaron con todos los pobladores de las comunidades en riesgo dieron como resultados el control de los casos de Leishmaniasis y la disminución de la población vectorial.

VI. RECOMENDACIONES.

Después de haber realizado el presente trabajo de experiencia y obtener mis conclusiones recomiendo lo siguiente.

- a) Mantener en constante información a la población en general sobre el riesgo que representan estas enfermedades metaxenicas, Utilizando toda forma de comunicación y tratando que llegue a toda la población sobre las medidas de prevención.
- b) Realizar en forma continua las intervenciones de control vectorial, ordenamiento del medio en el cual se involucre todas las instituciones públicas y privadas. De esta manera controlar la población de vectores que transmiten estas enfermedades.
- c) Exhortar a las autoridades municipales de crear proyectos y financiamientos para la dotación de equipos de protección para los pobladores como son: mosquiteros, mallas metálicas para las ventanas, disponibilidad de recolectores de inservibles y basura en forma continua.

VII. REFERENCIALES

1. OMS problemas mundial
2. UNMSM.EDU.PE/bvrevistas/fofia/vol8_N2/INF_CIENT.HTM PROB PERU
3. WIKIPEDIA ENCICLOPEDIA libre
4. PROGRAMA PRESUPUESTAL ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS 2017
5. NORMA TECNICA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LEISHMANIOSIS EN EL PERU 2005
6. DOCUMENTO TÉCNICO: definiciones operacionales y criterios de Programación de los programas presupuestales de enfermedades Metaxenicas y zoonosis.
7. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES METAXENICAS 2018.
8. SOSA, E., LOZANO, C. & ZÚÑIGA, I., 2014. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA LEISHMANIASIS: una enfermedad. revista de enfermedades Infecciosas microbiológicas.
9. CONTERON TENE ELIZABETH INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE: "PREVALENCIA DE LEISHMANIASIS EN EL ÁREA II DE PASTAZA, ASOCIADOS A FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD.

10. IVAN CHICHARRO VASQUEZ EN POSIBLES RESERVORIOS SALVAJES DE LEISHMANIA INFANTUM la cuenca del Mediterráneo ámbito principal
11. DIRECTIVA N°087PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA Y CONTROL DE VECTORES DE LA ARTONELOSIS Y LEISHMANIOSIS EN ELPERU
12. PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA LEISHMANIASIS FERNANDO DE LA HOZ DIRECTOR VIGILANCIA Y ANÁLISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA DOCUMENTO ELABORADO POR PILAR ZAMBRANO

ANEXOS

LOCAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD UCHUMAYO (NIVEL 1-1)



FUENTE: ARCHIVOS DEL ESTABLECIMIENTO. INGRESO.

Faenas comunales de recojo de inservibles en la comunidad de Moyomonte con la participación de los pobladores (Febrero 2017)



FUENTE: ARCHIVOS DE INFORMES OPERACIONALES.

Reunión de coordinación para la intervención de nebulización en las comunidades de Huilicar y Huayllapata alta y baja.



FUENTE: ARCHIVOS DE LOS INFORMES REALIZADOS.

Visitas domiciliarias en las comunidades de riesgo donde se brindan sesiones educativas y demostrativas sobre las enfermedades metaxenicas



FUENTE: ARCHIVOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

Sesiones educativas en la institución educativa primaria de Uchumayo sobre medidas preventivas de las enfermedades metaxenicas y otros dirigidos a los estudiantes y docentes



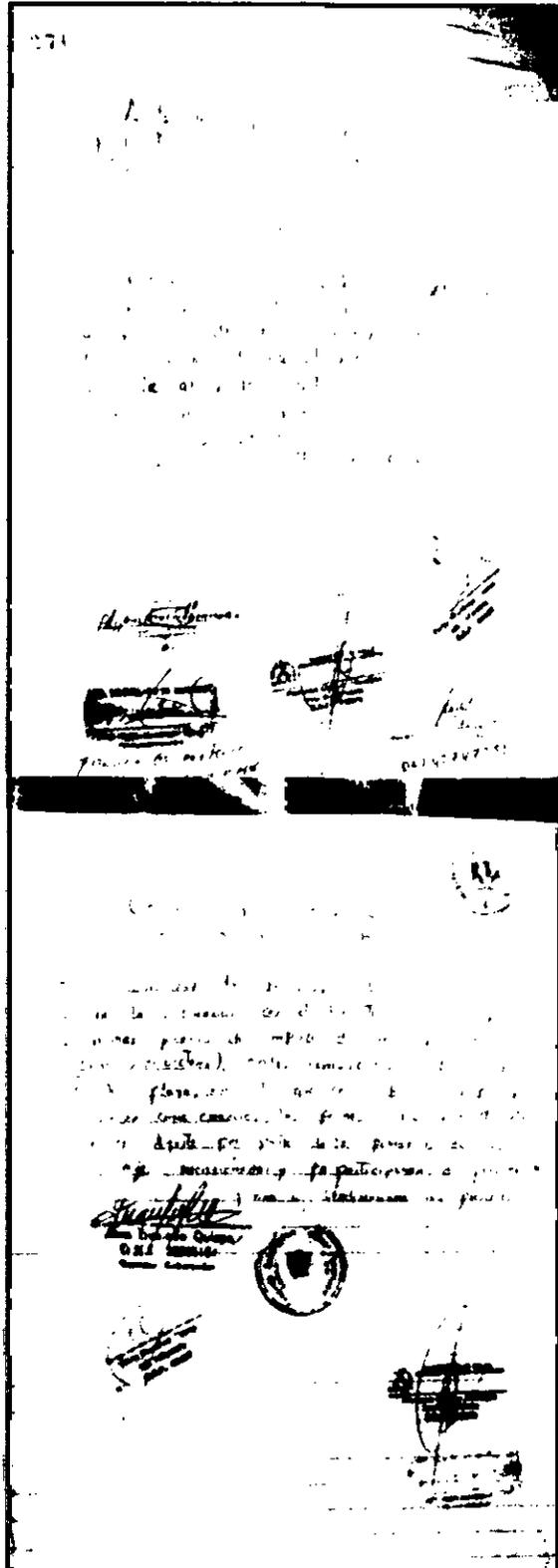
FUENTE: ARCHIVOS DEL ESTABLECIMIENTO

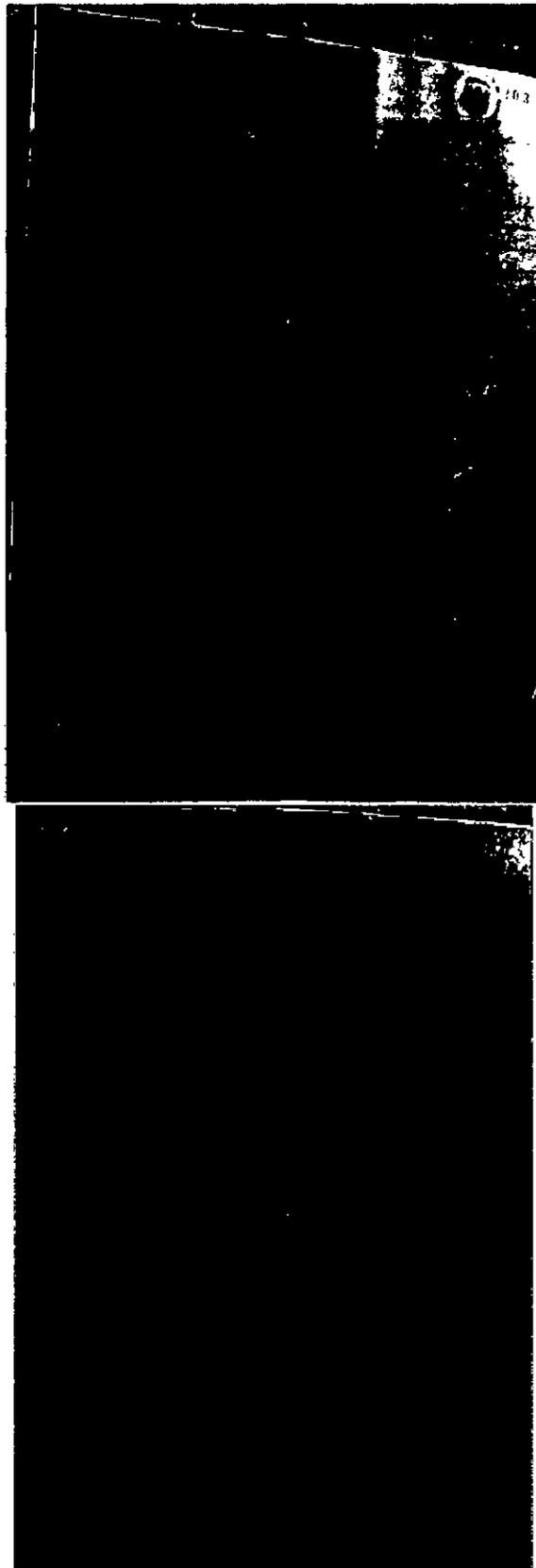
Faenas comunales de eliminación de criaderos de vectores en brazos del rio Vilcanota con participación de los vecinos del lugar durante los meses de Mayo, Junio, Julio, Agosto y Setiembre



FUENTE: ARCHIVOS DEL ESTABLECIMIENTO.

Actas de reuniones con las autoridades de las comunidades de riesgo para la programación de faenas de recojo de inservibles, eliminación de criaderos de vectores ubicados en brazos de ríos, cunetas y viviendas.





FUENTE: LIBRO DE ACTAS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD