

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA VETERINARIA



TESIS

Tendencias Epidemiológicas de Leishmaniosis en el Área de Influencia del
Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICA VETERINARIA**

Investigadora: Bach. Astonitas Montalvo Evelin Stephany.

Investigadora: Bach. Urcia Huamanchumo Layli Selene.

Asesora: Dra. Torres Malca Margarita Hormecinda.

Co-Asesor: Dr. Daza Arévalo José Luis.

Lambayeque – Perú

2025

“Tendencias Epidemiológicas de Leishmaniosis en el Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023”



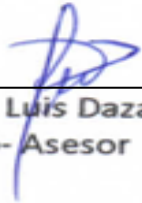
Bach. Evelin Stephany Astonitas Montalvo
Autora



Bach. Layli Selene Urcia Huamanchumo
Autora



Dra. Margarita Hormecinda Torres Malca
Asesora



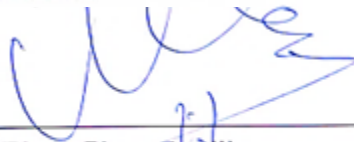
Dr. José Luis Daza Arévalo
Co-Asesor

Presentada a la Facultad de Medicina Veterinaria de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo para optar el Título Profesional de MÉDICA VETERINARIA

Aprobada por:



Dra. Ruth Miriam Alva Fernández
Presidenta



M.V. Elmer Plaza Castillo
Secretario



M.Sc. Zully Genoveva Montenegro Esquivel
Vocal

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD MEDICINA VETERINARIA
UNIDAD DE INVESTIGACION



Libro de Acta de Sustentación de Tesis
Folio: N° 00264

Siendo las 10.10 horas del día 12 de Junio del año dos mil veinticinco, se reunieron en el Auditorio de la Facultad de Medicina Veterinaria: "Luis Enrique Díaz Huamán", los miembros del jurado evaluador, designados mediante Resolución N°053-2024-D/FMV, de fecha 25 de abril de 2024 conformado por:

Dra. Ruth Miriam Alva Fernández	Presidenta
M.V. Elmer Ernesto Plaza Castillo	Secretario
M.Sc. Zully Genoveva Montenegro Esquivel	Vocal
Dra. Margarita Hormecinda Torres Malca	Asesora
Dr. José Luis Daza Arévalo	Co- Asesor

Con la finalidad de evaluar la tesis titulada: "TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LEISHMANIOSIS EN EL ÁREA DE INFLUENCIA DEL PUESTO DE SALUD KERGUER, SALAS, LAMBAYEQUE, PERÚ 2015-2023", presentado por las tesis LAYLI SELENE URCIA HUAMANCHUMO y EVELIN STEPHANY ASTONITAS MONTALVO. Sustentación que es autorizada mediante Resolución N° 098-2025-D/FMV, de fecha 10 junio del 2025.


El presidente de jurado autorizó el acto académico y después de la sustentación, los señores miembros del jurado formularon las observaciones y preguntas correspondientes, las mismas que fueron absueltas por Las sustentantes, quienes obtuvieron18..... puntos que equivale al calificativo de Muy Bueno.....


En consecuencia, las Bachilleres sustentantes quedan aptas para obtener el Título Profesional de Médica Veterinaria, de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normativa vigente de la Facultad de Medicina Veterinaria y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 11:30 horas del mismo día, se da por concluido el acto académico, firmando la presente acta.


Dra. Ruth Miriam Alva Fernández
Presidenta


M.V. Elmer Ernesto Plaza Castillo
Secretario


M.Sc. Zully Genoveva Montenegro Esquivel
Vocal


Dra. Margarita Hormecinda Torres Malca
Asesora


Dr. José Luis Daza Arévalo
Co- Asesor

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, Margarita Hormecinda Torres Malca, usuario revisor de tesis Trabajo de Suficiencia Profesional y/o trabajo Académico Titulado:

TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LEISHMANIOSIS EN EL ÁREA DE INFLUENCIA DEL PUESTO DE SALUD KERGUER, SALAS, LAMBAYEQUE, PERÚ 2015-2023.

Cuyo autor es: LAYLI SELENE URCIA HUAMANACHUMO con DNI N° 75902244 y EVELIN STEPHANY ASTONITAS MONTALVO con DNI N° 75531213; declaramos que la evaluación realizada por el Programa Informático, ha arrojado un porcentaje de similitud 8%, verificables en el Resumen del Reporte Automatizado de similitudes que se acompañan.

El suscrito(a) analizó reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas dentro del porcentaje de similitud permitido no constituyen plagio y que el documento cumple con la integridad científica y con las normas para el uso de citas y referencias establecidas en los protocolos respectivos,

Se cumple con adjuntar el Recibo Digital a efectos de la trazabilidad respectiva del proceso

Lambayeque, 12 de noviembre del 2025



.....

Firma (Asesor)
Dra. MARGARITA HORMECINDA TORRES MALCA
DNI: 42420542

“Tendencias Epidemiológicas de Leishmaniosis en el Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023”

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%	8%	0%	2%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	revistas.untrm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
5	fdocuments.es Fuente de Internet	<1%
6	repositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	cdn.www.gob.pe Fuente de Internet	<1%
8	docplayer.es Fuente de Internet	<1%


Dra. Margarita Hormecinda Torres Malca
Asesora

9	medbox.org Fuente de Internet	<1 %
10	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	<1 %
12	Submitted to Universidad Wiener Trabajo del estudiante	<1 %
13	saber.ucv.ve Fuente de Internet	<1 %
14	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
17	oa.upm.es Fuente de Internet	<1 %
18	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
19	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	<1 %


 Dra. Margarita Hormecinda Torres Malca
 Asesora

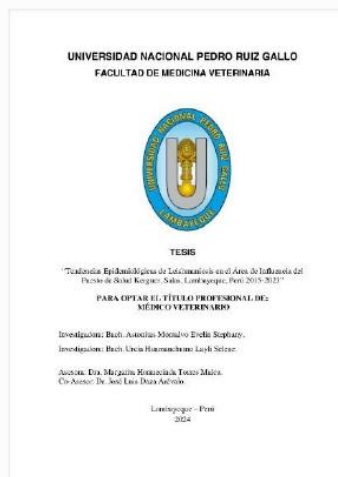


Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Astonitas Montalvo Evelin Stephany. Urcia Huamanchumo Lay...
Título del ejercicio: Quick Submit
Título de la entrega: "Tendencias Epidemiológicas de Leishmaniosis en el Área de L...
Nombre del archivo: TENDENCIAS_EPIDEMIOLOGICAS_DE_LEISHMANIASIS.pdf
Tamaño del archivo: 3.33M
Total páginas: 67
Total de palabras: 14,934
Total de caracteres: 81,744
Fecha de entrega: 05-nov-2025 11:23a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 2804407949



Derechos de autor 2025 Turnitin. Todos los derechos reservados.

Firma (Asesor)
Dra. MARGARITA HORMECINDA TORRES MALCA
DNI: 42420542

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Astonitas Montalvo Evelin Stephany y Urcia Huamanchumo Layli Selene, investigadoras principales y Margarita Hormecinda Torres Malca, asesora del trabajo de investigación “Tendencias Epidemiológicas de Leishmaniosis en el Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demuestre lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo que hubiera lugar, como la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 12 de febrero 2025.

Investigadoras: Bach. Astonitas Montalvo Evelin Stephany y Bach. Urcia Huamanchumo Layli Selene.

Asesor: Dra. Margarita Hormecinda Torres Malca

DEDICATORIA

Dedico primeramente a Dios, por darme la fuerza y sabiduría necesaria para no desistir hasta lograr mis objetivos.

A mis padres Eduardo y Yicela, por siempre brindarme su apoyo incondicional durante todos los años de estudio y su respaldo para culminar con la formación de mi carrera universitaria.

A mi abuelo Aurelio por motivarme siempre a seguir adelante, para poder así no darme por vencida y lograr así todos mis proyectos, a mamá Lupe que sé que desde el cielo me ilumina para poder así seguir adelante con mis proyectos.

Así como también a mi hija Mia Victoria por ser mi primordial motivación para salir adelante y nunca rendirme, logrando así ser un ejemplo para ella.

A mi pareja Luis Ángel por brindarme su apoyo en todo este proceso de culminación de mi carrera y por motivarme a no rendirme.

Evelín Astonitas Moltavo

Dedico este trabajo a Dios, quién me ha dado la vida y siempre está conmigo.

A mi persona favorita, mi mamá Zoila, quién me acompañaba en mis amanecidas y siempre me consolaba cuando sentía que no podía más.

A mi hermana Merly, quién siempre me exigía 110% en mis estudios y en hacer esta tesis, y gracias a ello me esforcé mucho más y pude dar todo de mí.

A mi hermano Rony, quién siempre me saco una sonrisa cuando el estrés y la ansiedad asomaban.

Layli Selene Urcia Huamanchumo

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro profundo agradecimiento a la Dra. Margarita Torres Malca completo por aceptar ser nuestra asesora y por la guía constante que nos hizo en esta tesis.

Al Dr. José Luis Daza por participar gustoso como co-asesor de esta tesis, ya que su experiencia nos ayudó mucho en la realización de la misma.

Al personal de salud del Puesto de Salud Kerguer, ya que nos permitieron realizar este trabajo con toda la información que nos brindaron.

Y por último agradecemos a todos los que participaron indirectamente en este trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDO

ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	iii
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD.....	viii
DEDICATORIA.....	ix
AGRADECIMIENTO.....	x
RESUMEN.....	xvii
ABSTRACT.....	xviii
INTRODUCCIÓN.....	14
I. CAPÍTULO I.....	15
DISEÑO TEÓRICO.....	15
1.1. ANTECEDENTES.....	15
1.2. BASES TEÓRICAS.....	20
2.2.1. Leishmaniosis.....	20
2.2.2. Agente Etiológico.....	21
2.2.3. Ciclo vital de la <i>Leishmania spp.</i>	22
2.2.4. Distribución geográfica.....	22
2.2.5. Vector.....	22
2.2.6. Reservorio.....	23
2.2.7. Diagnóstico.....	23
2.2.8. Prevención y Control.....	23
2.2.9. Definición de caso de leishmaniosis.....	24
2.2.10. Edad.....	24
2.2.11. Género.....	24
2.2.12. Procedencia.....	24
2.2.13. Residencia.....	24
2.2.14. Vivienda.....	24
2.2.15. Actividad que desarrolló durante el contagio.....	25
2.2.16. Lugar de contagio.....	25
2.2.17. Zona de Residencia.....	25
2.2.18. Procedencia del caso.....	25
2.2.19. Tratamiento.....	25
II. CAPÍTULO II.....	26
MATERIALES Y MÉTODOS.....	26
2.3. Ubicación y duración experimental.....	26
2.4. Tipo y Diseño de Investigación.....	26

2.5. Población, muestra	26
2.6. Metodologías, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	26
III. CAPÍTULO III.....	28
RESULTADOS Y DISCUSIONES	28
Tabla 1. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	28
Tabla 2. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según edad del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	29
Tabla 3. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según género del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	30
Tabla 4. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según sector del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	32
Tabla 5. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según zona de residencia del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	33
Tabla 6. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según antecedentes epidemiológicos del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023.....	33
Tabla 7. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según el uso de mosquitero del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	35
Tabla 8. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según la actividad que desarrolló durante el contagio del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023.....	35
Tabla 9. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según síntomas y signos en el Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	36
Tabla 10. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según la localización de lesión que desarrolló durante el contagio en el Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	37
Tabla 11. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según el número de lesiones que desarrolló durante el contagio del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	38
Tabla 12. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según el tipo de lesión del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015- 2023	38
Tabla 13. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores con respecto a la infección en la lesión del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	39

Tabla 14. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según secuela de la lesión del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	39
Tabla 15. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según inicio de tratamiento del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	40
Tabla 16. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según finalización del tratamiento del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	40
Tabla 17. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según clasificación del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	41
Tabla 18. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según tipos de casos del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	41
Tabla 19. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según procedencia del caso del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	42
IV. CAPÍTULO IV	43
CONCLUSIONES.....	43
V. CAPÍTULO V.....	44
RECOMENDACIONES.....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS.....	49
.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	28
Tabla 2. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según edad del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	29
Tabla 3. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según género del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	30
Tabla 4. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según sector del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	32
Tabla 5. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según zona de residencia del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	33
Tabla 6. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según antecedentes epidemiológicos del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	33
Tabla 7. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según el uso de mosquitero del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	35
Tabla 8. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según la actividad que desarrolló durante el contagio del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	35
Tabla 9. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según síntomas y signos en el Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	36
Tabla 10. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según la localización de lesión que desarrolló durante el contagio en el Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	37
Tabla 11. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según el número de lesiones que desarrolló durante el contagio del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	38
Tabla 12. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según el tipo de lesión del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	38
Tabla 13. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores con respecto a la infección en la lesión del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	39
Tabla 14. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según secuela de la lesión del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	39

Tabla 15. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según inicio de tratamiento del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	40
Tabla 16. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según finalización del tratamiento del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	40
Tabla 17. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según clasificación del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	41
Tabla 18. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según tipos de casos del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	41
Tabla 19. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según procedencia del caso del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Ciclo de vida de la Leishmania sp. en las Américas	22
Figura 2: Canal Endémico de las Tendencias epidemiológicas de leishmaniosis en el área de influencia en el P.S. Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023	29
Figura 3: Tendencia de la prevalencia de Leishmaniosis en la jurisdicción del P. S. Kerguer – Salas- Lambayeque del 2015 – 2023	51

RESUMEN

La leishmaniosis es una enfermedad que afecta a la gran parte de los lambayecanos, tanto física como psicológicamente. Es por ese motivo que nuestro estudio realizado en el Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque tiene como objetivo determinar las tendencias epidemiológicas de leishmaniosis entre los años 2015-2023. El estudio que se realizó es de tipo observacional descriptivo y diseño transversal retrospectivo debido a que se usó las fichas clínicas epidemiológicas proporcionadas por el Puesto de Salud Kerguer. La muestra fue de 103 pacientes (92 casos probables y 11 casos confirmados) adscritos al Puesto de Salud Kerguer. Los resultados obtenidos en este estudio son que la prevalencia en el año 2015 es de 5.30%, seguido del 2021 con 3.89% y el año 2018 presentó una menor prevalencia con 0.27%. Se notificó que de 1-20 años los casos probables fueron 55.44% y casos confirmados 63.64%. El sexo femenino presentó el 58.6% de casos probables y el 36.4% de casos confirmados. Kerguer fue el sector que presentó una alta tendencia con 51.1% de casos probables y 63.6% de casos confirmados. La actividad que más predominó como fuente de infección es la casa con 20,7% de casos probables y 9.1% de casos confirmados. Concluimos que la tendencia epidemiológica de leishmaniosis cutánea humana entre los años 2015-2023 fue de 1.54%, el año 2015 tuvo mayor índice de casos notificados, según el canal endémico los meses que presentan alto índice de notificación de casos son de enero a febrero y de julio a octubre.

Palabras Claves: Leishmaniosis cutánea, factores de riesgo, manta blanca, uta.

ABSTRACT

Leishmaniasis is a disease that affects a large portion of Lambayeque residents, both physically and psychologically. For this reason, our study, conducted at the Kerguer Health Post in Salas, Lambayeque, aims to determine epidemiological trends in leishmaniasis between 2015 and 2023. The study was observational, descriptive, and retrospective, using epidemiological clinical records provided by the Kerguer Health Post. The sample consisted of 103 patients (92 probable cases and 11 confirmed cases) assigned to the Kerguer Health Post. The results of this study show that the prevalence in 2015 was 5.30%, followed by 2021 with 3.89%, and 2018 with a lower prevalence of 0.27%. It was reported that among those aged 1-20 years, probable cases accounted for 55.44% and confirmed cases for 63.64%. Females accounted for 58.6% of probable cases and 36.4% of confirmed cases. Kerguer was the sector with the highest incidence, with 51.1% of probable cases and 63.6% of confirmed cases. The most predominant source of infection was the home, with 20.7% of probable cases and 9.1% of confirmed cases. We conclude that the epidemiological trend for human cutaneous leishmaniasis between 2015 and 2023 was 1.54%. 2015 had the highest rate of reported cases. According to the endemic channel, the months with the highest rates of reported cases were January to February and July to October.

Keywords: Cutaneous leishmaniasis, risk factors, white blanket, uta.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniosis es una enfermedad zoonótica que está presente en América latina y en gran parte del mundo, causada por un protozooario del género *Leishmania spp.* y tiene como características principales el daño en piel, mucosas y vísceras, además influye el estado del sistema inmune de la persona afectada (1) (2).

De acuerdo, a las manifestaciones clínicas se puede presentar en Leishmaniosis cutánea (LC), Leishmaniosis mucocutánea (LMC) y Leishmaniosis visceral (LV). Siendo la leishmaniosis cutánea la de mayor índice de casos reportados, a diferencia de la leishmaniosis visceral. Más del 90% de los casos de infecciones fatales por leishmaniosis visceral son notificados en Brasil, Etiopía, Sudán, Sudán del Sur, India y Bangladesh y el 75% de los reportes globales por leishmaniosis cutánea son notificados en 10 países, de los cuales Brasil, Colombia, Perú y Nicaragua forman parte (2) (3).

El Perú es considerado un país endémico siendo las zonas más afectadas la sierra y la selva peruana. Según reportes, en el año 2020 se notificaron 4744 casos, en el 2021 se notificaron 5472 casos, en el 2022 se notificaron 5762 casos y en el 2023 se notificaron 5424 casos. La distribución de Leishmaniosis en los valles interandinos está entre los 900 a 3000 msnm y en zonas de selva alta y selva baja a menos de 2000 msnm. Para el 2022 los departamentos que presentaron mayor notificación de Leishmaniosis son: Cusco, Madre de Dios, Piura y Junín (4).

En el departamento de Lambayeque en los últimos 5 años el distrito de Salas presentó elevadas notificaciones de casos positivos y probables de la enfermedad, debido a que está ubicado en una zona rural y cuenta con los factores adecuados para la presencia del vector, por lo tanto, es considerada una zona endémica de leishmaniosis (1).

En ocasiones los casos no son notificados generando que el problema no se solucione; ya que no permite prevenir y controlar la enfermedad, por tanto, los casos de leishmaniosis aumentan, razón por lo cual, es relevante realizar el siguiente estudio para determinar las tendencias epidemiológicas de leishmaniosis en el área de influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023 con el fin de tener una perspectiva de la enfermedad que ayude a concientizar este problema de Salud Pública en los pobladores.

I. CAPÍTULO I

DISEÑO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES

Garnique (1), en su trabajo de investigación presentó como objetivo hallar la incidencia de leishmaniasis en Lambayeque (provincia) en el periodo 2013 – 2018, basándose en los indicadores de edad, género y lugar. Trabajó con las fichas clínico-epidemiológicas, de las cuales 1518 fueron positivos. Dando como resultado que la mayor prevalencia fue en el 2015 con 461 casos y con menor prevalencia el 2013 con 137 casos. De acuerdo, al grupo de edad se presenta generalmente en niños (0 a 11 años) y que el género femenino predominó. Salas y Lambayeque tuvieron más casos.

Arroyo (3) en su artículo tuvo como objetivo reconocer los factores demográficos, ambientales y socioeconómicos en los pacientes con LC del Centro de Salud de Tacabamba entre los años 2015 al 2021. La muestra fue de 101 pacientes atendidos. Se obtuvo como resultados entre los años 2015 y 2021 que la mayor prevalencia fue en mujeres con 65.3%, presentando las adultas mayores un 46.6%. De acuerdo a la encuesta, la mayoría de casas son de adobe con un 64,4%, la zona rural con 71.3%, la residencia fue mayor a 10 años con un 84.2% y con crianza mayor a 10 animales alrededor del domicilio con un 72.3%, son agricultores un 72.3%, son de pobreza extrema un 57.4%, manejan prácticas adecuadas ante el cuidado de la picadura de los insectos un 56.4% y conocen la enfermedad 98%.

Saldaña et al. (4) en su trabajo de investigación tuvieron como objetivo identificar los elementos epidemiológicos y clínicos de los casos de LC del Hospital de Tingo María entre los años 2017–2020. Realizando un estudio, en donde, mediante la información obtenida por el historial clínico y epidemiológico de los pacientes positivos a LC, se reporta un mismo nivel de prevalencia tanto jóvenes como adultos con un 30.8%. La mayoría se presentó en varones con un 84.6%. El 92.3% de los pacientes presentó por primera vez la enfermedad. La alta incidencia de notificaciones se presentó en el distrito de Rupa Rupa con 66.7%, el miembro inferior fue el mayor afectado con 46.2% y el miembro superior con un 34.6%. En el cuadro clínico el dolor y el prurito local presentaron el 92.3% y el 96.2% respectivamente.

Conterón (5) en su estudio tuvo como objetivo determinar la incidencia de leishmaniasis en el área II de Pastaza de acuerdo a la edad, género, el tiempo de lesión y labor actual de los habitantes; además de conocer el tipo de leishmaniasis e

identificar los principales factores de riesgo. Se realizó una encuesta y frotis directo a 73 pacientes, en el que, 65 fueron positivos a LC. Los resultados de su estudio, señalan que los elementos de riesgo que influyen en el progreso de Leishmaniasis en la población son las condiciones precarias de vivienda, la falta de servicios básicos, la presencia de animales peridomésticos, la vegetación alrededor de las viviendas, el nivel socioeconómico y los cambios climáticos que contribuyen en la aparición del vector.

Soraluz et al. (6) en su artículo de investigación tuvo como objetivo determinar las características clínicas epidemiológicas de la leishmaniasis cutánea, en la región Lambayeque 2012 – 2014, con una población de 755 casos obtenidas de las fichas epidemiológicas de notificación y el libro de registro de la enfermedad. Los resultados fueron: niños 64.8%, sexo masculino 56.3%, la zona rural presentó mayores casos. En el año 2013 la incidencia fue de 0.15 y en el 2014 fue de 0.36, la mayor prevalencia de notificaciones fue Salas. En cuanto a las características clínicas, tanto el escozor local (47.15%) como el dolor (41.85%) eran las principales manifestaciones descritas. Por otro lado, casos con una sola lesión (60%), mientras que las formas ulcerativas fueron las más frecuentes (58.01 %). Con respecto al lugar de la lesión, se presentó en la extremidad superior (41.05%), en la extremidad inferior (32.18%) y en el rostro (30.38%).

Casusol (7) en su estudio evalúa la comprensión, el comportamiento y hábito que tiene la comunidad sobre leishmaniasis en Salas, en setiembre y octubre del 2014. Realizando el análisis a 390 pobladores donde define el tipo de actitudes que presentan al respecto usando una encuesta. Los resultados indican que el 74.3% tienen regular conocimiento y el 14.5% desconoce la enfermedad; el 94.4% no realiza prácticas adecuadas y solo el 5.6% tiene buenas prácticas; el 98.4% tienen una buena postura sobre la enfermedad.

Según el estudio realizado por Narváez et al. (8) tuvieron como objetivo determinar la prevalencia de leishmaniasis cutánea en enero del 2018 al 2019 en pacientes atendidos en el Hospital Primario Héroes y Mártires del Cuá. La población muestral fue de 479 pacientes con posible diagnóstico de LC, realizando la recolección de la información de las fichas epidemiológicas de los pacientes y para el procesamiento de muestras se usó la técnica diagnóstica por frotis directo. Los resultados obtenidos fueron 97% de casos confirmados a LC y 3% fueron negativos. Los elementos epidemiológicos resaltantes fue la edad (<10 años) con un 38%; los

varones en un 54% y el origen rural en un 90%. El 87.4% presentaron una sola lesión, y en el 12.5% se observaron más de dos lesiones.

De acuerdo, al estudio realizado, Vela (9) tuvo como objetivo valorar la comprensión y los hábitos de LC, en los pacientes ambulatorios del Hospital Rural San José de Sisa en el año 2019. La muestra fue de 182 pacientes de consulta externa del hospital. Demostrándose que 45.1% tiene regular conocimiento, 32.4% malo y 22.5% bueno; 54.9% tienen buenas prácticas y 45.1% malas prácticas.

Según Zabarburu (10), en su trabajo de investigación tuvo como finalidad precisar los variables de riesgo de leishmaniasis que afectan a los habitantes del distrito de Magdalena, Chachapoyas en el año 2017. Siendo parte de la muestra 71 pobladores, donde 15 dieron positivos a leishmaniasis y 56 negativos. La información recopilada de las historias clínicas y las encuestas fueron base para identificar las variables. De acuerdo, a los resultados de los 71 pacientes el 21.1% fueron positivos. Las variables de riesgo socioeconómicas identificadas fueron la aglomeración, ser agricultor, pobreza, conocer la enfermedad y usar repelentes. Las variables de riesgo biológicas fueron el grupo etario mayor a 20 años, varones y presencia intradomiciliaria de canes. Las variables de riesgo ambientales se presentaron por haber vegetación en los alrededores de las viviendas. Las variables de defensa ante leishmaniasis fue que los pobladores tengan los servicios básicos, construcciones de material noble, conocimiento sobre la enfermedad, fumiguen sus viviendas y que usen mosquiteros.

Cubas et al. (11) en su estudio tuvo como objetivo precisar el perfil clínico y epidemiológico de los casos de leishmaniasis cutánea en la Provincia de Ambo, Huánuco, Perú, en los años 2000 al 2017. De los 1312 casos positivos de leishmaniasis, la forma cutánea presentó 83.2% de prevalencia frente a la mucocutánea con 16.7%. Los varones presentaron 53.3% con respecto a las mujeres con 46.6%. El año con más casos reportados fue el 2000 con 412 y el año con menos casos reportados fue el 2015 con 24. El distrito con mayor presencia de casos de leishmaniasis cutánea con 43.1% y leishmaniasis mucocutánea con 38.2% fue Ambo. El método diagnóstico utilizado para las dos formas clínicas fue el examen microscópico directo y el tratamiento más usado fue el estibogluconato de sodio (EGS).

Diburga (12) en su trabajo de investigación tuvo como objetivo señalar las características epidemiológicas y clínicas de pacientes adultos del Hospital Regional de Pucallpa positivos a leishmaniasis en el 2014. La muestra fue de 87 pacientes, cuya información se obtuvo mediante la ficha clínica epidemiológica. Obteniéndose como

resultados que el 40% de pacientes tienen entre los 25 a 39 años de edad, el género masculino predominó con 89%. La agricultura tuvo 26%. Octubre fue el mes que mayor incidencia reportó con 24%. La leishmaniasis cutánea tuvo un alto índice de casos con 79%. Del cual el tipo ulcerativa tuvo un 98% de pacientes. El 66% de pacientes adultos presento un rango de tiempo de la enfermedad de 1 mes a 1 año, las extremidades inferiores reportan lesiones en un 46%.

Román (13) en su trabajo de investigación tuvo como finalidad detallar el comportamiento epidemiológico y la distribución en el lugar y tiempo de los casos positivos a leishmaniasis, notificados por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC-PERÚ) en los años 2010 al 2019. La muestra fue de 738 casos confirmados. La leishmaniosis cutánea (LC) presento un 81% de los casos y leishmaniosis mucocutánea (LMC) un 19%. Entre los años 2017 con 26.6%, y 2018 con 26.3%, los casos de infección se incrementaron, siendo Loreto con 56.9% la región con alta incidencia de infectados. Presentándose en varones con 67.5% y en mujeres tan solo 32.5%. El 31% de los pacientes están entre los 30 y 59 años, y el 25% entre los 18 y 29 años.

García (14) en su trabajo de investigación tuvo como propósito examinar el comportamiento epidemiológico de leishmaniosis asociado a componentes sociales y demográficos en Sucre entre los años 2015 y 2018. La información recolectada fue a través del SIVIGILA (Sistema de Vigilancia de Salud Pública) donde se determinó las características sociodemográficas de los pacientes y los distintos signos clínicos, el tipo de leishmaniosis con más casos presentados, la localización de las lesiones. Como resultado se obtuvo que hubo un mayor índice de contagios en varones con 71.6% en LC y LV; siendo los agricultores con la mayor ocupación en los contagios con 33.3% y las amas de casas presentan un 18.5% para la LC, y para la LV los menores de edad con 31%.

Huyhua et al. (15) en su estudio tuvo como finalidad determinar la caracterización clínica y epidemiológica de la leishmaniasis en pacientes que residen en el departamento de Amazonas, en el año 2016. La muestra fue de 136 pacientes con sus respectivas fichas epidemiológicas. Obtuvo como resultados la caracterización clínica de leishmaniasis con el 100% (136 pacientes), el 47.8% (65 pacientes) presentó lesiones en las extremidades inferiores; el 62.5% (85 pacientes) presentó lesiones tipo ulcerativas; hubo una alta incidencia en una lesión con 89% y tuvo predominio el prurito local con 46.1% (63 pacientes); teniendo un tiempo de evolución que fue de 1

a 6 meses con 75%; el 87.5% (119 pacientes) no tuvieron tratamiento; el 100% (136 pacientes) se contagiaron en la zona rural; hubo mayor prevalencia en los adultos con 37.5% siendo los varones el 55.9%.

Ayuso (16) en su trabajo de investigación tuvo como propósito estudiar la exposición a *Leishmania* en las zonas de adiestramiento y las operaciones internacionales que realizan las Fuerzas Armadas Españolas. Como resultado de la muestra de 50 pacientes (Misión de 6 meses en Irak) demuestra que todos dieron negativo a leishmaniasis, el método de diagnóstico fue por PCR. Es por eso que señala que se cumplió con éxito los métodos de prevención y control del vector por parte de la sanidad militar.

De acuerdo con Gurfinchel et al. (17) en su estudio tuvo como objetivo describir la incidencia y posibles efectos de la manipulación de lesiones de Leishmaniosis cutánea en el hospital Cayetano Heredia, usando los registros clínicos de una muestra de 124 pacientes se obtuvo que el 54% si manipularon sus lesiones, que el 92.54% utilizó productos químicos y 43.25% plantas medicinales. Ocasionando un aumento en el tamaño e inflamación en la lesión. En consecuencia, afecto el diagnóstico del frotis, ya que las lesiones ya eran ulcerativas.

Toalombo et al. (18) en su estudio tiene por objetivo realizar una revisión bibliográfica de la enfermedad de leishmaniasis con el fin de actualizar la información para el personal de salud de Ecuador. Como resultado indica que en los años 2010-2014 hubo 6608 notificaciones de casos, aumentado el registro en el año 2016 con 21305 casos notificados. También señala que las secuelas que deja la enfermedad pueden afectar al paciente tanto física como psicológicamente.

Sartonicio et al. (19) en trabajo de investigación tiene como propósito determinar la frecuencia de leishmaniosis y las características epidemiológicas de la enfermedad en el Centro Poblado Moyan, Incahuasi. Obteniendo como resultado que, de una muestra de 63 pobladores, el 6% mostro lesión activa y el 62% lesión cicatrizal.

Pineda et al. (20) tiene como objetivo identificar el tratamiento que usaron los pobladores de centro poblado Pichupampa, Huara, Lima. A través de una encuesta a 254 pobladores que el 41.7% tuvieron leishmaniosis, el 71.7% de esos pacientes uso el tratamiento casero como primera medida y el 23.6% optaron por ir a un centro de Salud.

Molsalve et al (21) tiene como fin definir la respuesta al tratamiento con Estibogluconato Sódico en pobladores indígenas y mestizos positivos a LC en

Amazonas 2014-2018. Como resultado de la muestra de 559 pacientes se obtuvo que los pobladores indígenas el 70.4% fueron varones y con respecto a los pobladores mestizos el 47.5% fueron mujeres.

Castro et al (22) tiene como objetivo demostrar el determinar el conocimiento de los pobladores de la provincia de Manabí, Ecuador sobre leishmaniasis cutánea. Señala que se realizó una encuesta a una muestra de 369 moradores de los cuales 164 fueron positivos a leishmaniasis donde se identificó que el 40.2% de moradores tienen bajo conocimiento de la enfermedad, el 36.65% tiene un conocimiento medio de la enfermedad y el 23.2% conocen a la enfermedad.

1.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Leishmaniosis

Considerada una enfermedad infecciosa tropical y subtropical, la leishmaniosis es de gran importancia a nivel mundial, debido a que es causada por diferentes especies de un protozoario que pertenece al género *Leishmania spp.* (11,23,24).

Leishmaniosis cutánea (LC).- conocida como “uta”, es causada por *L. peruviana*, es endémica en zonas como valles occidentales y cordillera de los Andes que están situados entre 800-3.000 msnm. (25). Leishmaniosis muco-cutánea (LMC).- Llamada también “espundia”, es causada por *L. braziliensis* en zonas como valles orientales de la ceja de Selva y la planicie amazónica situados por debajo de 1.800 msnm (11).

Las diversas especies de *Leishmania* tienen un ciclo de vida parecido, es fundamental conocer cada uno de ellos, de esa manera se podrá entender y se aplicará las medidas de control respectivas (11). Se producen diferentes ciclos:

El primero. - Es silvestre y circula entre los reservorios naturales, y se mantiene debido a que participan vectores oriundos del lugar (11).

El segundo. - Los vectores (flebotomos hembra, de los géneros *Phlebotomus* y *Lutzomyia*) que se infectan, atacan y transmiten la *Leishmania* al humano y a los animales domésticos o peridomésticos (23,25).

El tercero. - El paciente con leishmaniosis se establece como reservorio, además hay estudios en donde se ha detectado casos de pacientes con leishmaniasis y *Leishmania* en áreas de riesgo en donde no habían ingresado (23).

El modo de transmisión de la Leishmaniasis es a través de la picadura de flebotomos hembras que han sido infectados, que necesariamente ingieren la sangre para producir huevos (1).

2.2.2. Agente Etiológico

La taxonomía se clasifica de la esta manera: Reino: *Protista*, Subreino: *Protozoa*, Phylum: *Sarcomastigophora*, Subphylum: *Mastigophora*, Clase: *Zoomastigophora*, Orden: *Kinetoplastida*, Suborden: *Trypanosomatina*, Familia: *Trypanosomatidae*, Género: *Leishmania* (1).

El parásito presenta dos fases: la primera es promastigote (20 a 30 μm) es de forma alargada y se encuentra fuera de la célula, y tiene un flagelo, el cual, le da la facultad para movilizarse dentro del intestino de los vectores. La segunda es amastigote (2 a 5 μm) es de forma redondeada y se encuentra dentro de la célula, no cuenta con flagelo, y proliferan en las células del sistema fagocítico mononuclear. Ambas fases se fraccionan por bipartición y cuentan solo con una mitocondria modificada (kinetoplasto) (26).

La transmisión del parásito en los humanos se da en el estadio promastigote, ya que ésta es transmitida a los mamíferos que son susceptibles a la picadura de vectores del género *Lutzomyia* (26).

A nivel mundial se conocen 30 especies de *Leishmania* que infectan a los animales, 21 de éstas infectan al hombre (23).

2.2.3. Ciclo vital de la *Leishmania spp.*

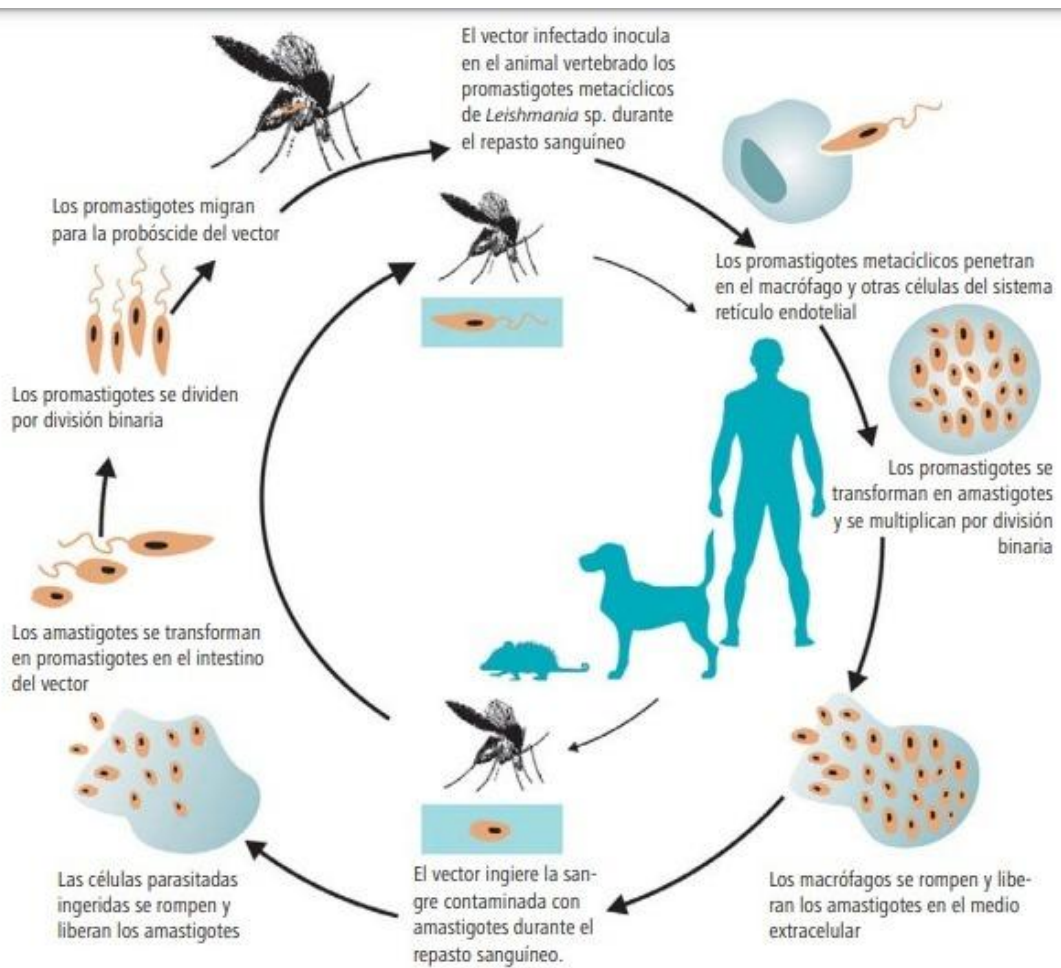


Figura 1. Ciclo de vida de la *Leishmania spp.* en las Américas

Fuente: Adaptado de Universidad Federal de Goiás (26)

2.2.4. Distribución geográfica

En nuestro país se han reportado 5 especies de las cuales, 3 están en la región amazónica (*L. amazonensis*, *L. guyanensis* y *L. braziliensis*), 1 al este de los Andes entre 600 – 2.000 msnm (*L. lainsoni*) y 1 en la sierra en las áreas entre 800 – 3.000 msnm (*L. peruviana*). La incidencia es de acuerdo a la latitud, por esa razón varía (23).

2.2.5. Vector

Las especies de *Phlebotomus* (Europa, Asia y África) y de *Lutzomyia* (América) transmiten la leishmaniasis. Algunos vectores se hallan en pequeñas extensiones pobladas de diferentes árboles, en zonas desérticas endémicas y otros son peridomésticos. Generalmente su hábitat son zonas húmedas, oscuras y donde haya mucha vegetación (23).

El mosquito *Lutzomyia* mide de 1,5 – 2mm, en el Perú se le conoce como “manta blanca” o “titira”. El cuerpo de este vector tiene muchos pelos y sus alas son erectas

en forma de “v”. La manera de volar es como si saltara, su vuelo es bajo y silencioso. Este vuela cerca de donde habita (200m), sin embargo, el viento puede llevarlo a otros lugares lejanos. Estos mosquitos aparecen cuando anochece (18-20h), aunque ha sido encontrado durante la mañana y la tarde. Su picadura produce mucho dolor (23).

2.2.6. Reservorio

Se entiende como reservorio a todo organismo vivo o materia, en el cual vive o se reproduce un agente infeccioso. Existen 3 tipos de reservorios: humano, animal y ambiente. El reservorio puede ser el origen de transmisión de un huésped a otro susceptible (27).

Los diversos animales silvestres y domésticos se consideran como reservorios de este protozooario. En zonas andinas el perro doméstico (*Canis familiaris*) y diversos roedores han sido infectados naturalmente. Algunos estudios señalan que tanto en el hombre como en la rata (*Rattus rattus*) se han aislado parásitos de la misma especie. En zonas selváticas aún no se han determinado los reservorios (1,23).

2.2.7. Diagnóstico

En la leishmaniasis visceral el diagnóstico se realiza a través del examen clínico y pruebas parasitológicas o serológicas. Estas últimas pruebas son de importancia limitada en LC y LMC. El diagnóstico en LC se ratifica una vez que los exámenes parasitológicos correspondientes se certifican con las manifestaciones clínicas (1).

2.2.8. Prevención y Control

Para que esto funcione correctamente se necesita una buena planificación de intromisión, debido a que la transmisión se da en una compleja estructura biológica que incluye al hombre, al parásito, al vector (flebotomo) y al reservorio animal (1).

Estas son algunas estrategias de acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud) (28):

- La identificación prematura y el tratamiento efectivo de la enfermedad.
- El manejo en la eliminación vectorial a niveles que no contribuyan al desarrollo de la enfermedad.
- El monitoreo activo de la enfermedad.
- El manejo de los reservorios animales
- La convocatoria social y consolidación de los acuerdos de la comunidad con los sectores respectivos.

2.2.9. Definición de caso de leishmaniosis

Caso sospechoso: paciente que estuvo en zonas endémicas de LC o reside en una de ellas y que manifiesta las lesiones atribuidas a la enfermedad (mácula, pápula, nódulo o úlcera) (26).

Caso confirmado: es todo caso que ha sido ratificado como positivo mediante un diagnóstico parasitológico (frotis, cultivo o PCR) (26).

Caso probable: se refiere a los casos sospechosos que son confirmados mediante el criterio clínico y epidemiológico observado por el personal de salud a cargo, también se considera si es que el diagnóstico por laboratorio fue negativo o inconcluso, siempre y cuando los pacientes responden favorablemente al tratamiento dado (26).

2.2.10. Edad

La edad cronológica: se alude a la edad en años, es decir, la edad de la persona desde que nace hasta la actual (29).

2.2.11. Género

Es una idea taxonómica para encasillar la especie, tipo o clase que integra alguien o algo. Un ejemplo es las características que se otorga para definir a la feminidad y masculinidad (30).

2.2.12. Procedencia

Hace referencia de donde nace o deriva, suele utilizarse para mencionar la nacionalidad (31).

2.2.13. Residencia

Es la casa o establecimiento donde se vive (32); también puede hacer referencia a un establecimiento en donde se asiste periódicamente por razones de empleo o incluso puede ser un espacio dentro de un edificio o una construcción independiente perteneciente a una entidad cuyo fin es el alojamiento (33).

2.2.14. Vivienda

Si bien es un lugar cerrado y cubierto, construido para ser habitado por personas (34); yendo un poco más allá, podríamos decir que, es un elemento natural o artificial que sirve para que tanto los animales o humanos obtengan refugio y resguardo ante las inclemencias naturales (35).

2.2.15. Actividad que desarrolló durante el contagio

Son las tareas que el individuo realizó durante el momento en que fue picado por el vector, transmitiendo el parásito, en este caso la *Leishmania*, pueden ser: la agricultura, limpiando malezas, recojo de agua, lavando la ropa, etc. (36,37).

2.2.16. Lugar de contagio

Es una porción de espacio, es decir, un sitio en donde se transmite una enfermedad o enfermedades, de un individuo a otro individuo, estas enfermedades son generalmente infecciosas (38,39).

2.2.17. Zona de Residencia

Rural: se considera al área que presenta vegetación con una densidad mediana a baja, que no presentan más de 100 viviendas contiguas o si la tienen están dispersas, y se realizan actividades agropecuarias, agroindustriales, extractivas u otras (26,40).

Urbano: se considera al área donde hay una centralización poblacional y la infraestructura correspondiente a una metrópoli (41). También se considera al área donde hay 100 viviendas agrupadas contiguamente como mínimo (40).

2.2.18. Procedencia del caso

Caso autóctono: se considera todo caso que sea adquirido localmente, es decir, que en el mismo lugar de residencia del paciente probable o positivo a *Leishmania spp.* ya se han reportado casos (42).

Caso importado: se refiere a los casos donde el paciente probable o positivo a *Leishmania spp.* ha estado en otro lugar identificado como zona endémica de la enfermedad (42).

2.2.19. Tratamiento

Depende de qué tipo de leishmaniasis presenta, la especie y la zona geográfica. Aunque la enfermedad se puede tratar y curar, se debe tener en cuenta un sistema inmune eficaz para que los medicamentos actúen mejor (1).

II. CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.3. Ubicación y duración experimental

El presente proyecto se realizó en el Centro Poblado de Kerguer ubicado en el distrito de Salas, se localiza en el sureste de la provincia de Lambayeque. Al norte limita con el distrito de Huarmarca de la provincia de Huancabamba departamento de Piura. Al noreste con el distrito de Pomahuaca, provincia de Jaén departamento de Cajamarca y Olmos. Al este con Cañaris e Incahuasi. Al sur con Jayanca, provincia de Lambayeque y al oeste con Motupe y Chochope (43). Anexo 6.

La duración del presente estudio fue 12 meses.

2.4. Tipo y Diseño de Investigación

Según Manterola et al. y Hernández (44,45) el estudio que se realizó es de tipo observacional descriptivo. Diseño transversal retrospectivo.

2.5. Población, muestra

Todos los casos registrados de Leishmaniosis según las estadísticas del P.S. Kerguer, que están distribuidas en 7 caseríos.

Población muestral son todos los casos confirmados o probables de Leishmaniosis desde el 2015 al 2023 que consta de 103 pacientes.

Criterio de inclusión:

Todo paciente con diagnóstico de leishmaniosis probable (criterio clínico y epidemiológico) o confirmado (laboratorio) durante el periodo del 2015 al 2023.

Todos los pacientes con ficha clínico epidemiológica llenada correctamente.

Todos los pacientes con más de 2 meses de residencia adscritos al P.S. Kerguer.

Criterio de exclusión:

Pacientes con diagnóstico negativo de Leishmaniosis.

Pacientes que no estén adscritos al Puesto Salud Kerguer.

Pacientes sin ficha clínica epidemiológica o incompleta (datos del paciente, antecedentes epidemiológicos, cuadro clínico y que no tenga la firma del personal de salud).

2.6. Metodologías, técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.6.1. Técnica

El presente estudio se llevó a cabo utilizando la técnica de análisis documental a través del proceso de búsqueda y selección de información de todos los casos

registrados en el Libro de registro de casos y ficha clínica epidemiológica de casos de Leishmaniosis del P.S. Kerguer.

2.6.2. Instrumentos y Materiales

Se usó el Libro de registro de casos y ficha clínica epidemiológica de casos de Leishmaniosis del P.S. Kerguer durante el periodo 2015 al 2023.

2.6.3. Procedimientos

Una vez obtenidos los datos se ordenaron y sistematizaron para luego ser procesados mediante el programa estadístico SPSS 27 y Excel 2016.

Recolección de Datos:

La información se recolectó del libro de registro y las fichas clínico-epidemiológicas de los casos probables y confirmados de leishmaniosis en el P.S. Kerguer en el distrito de Salas durante el periodo 2015 al 2023. Anexo 1

Análisis e interpretación de los datos:

Los datos obtenidos se presentaron en tablas de frecuencias, se determinó la prevalencia de *Leishmania spp.* entre los años 2015 - 2023, se elaboró el canal endémico de la enfermedad, además las variables asociadas fueron analizadas mediante la prueba de Chi-cuadrado y Odds Ratio.

Prevalencia:

La incidencia de Leishmaniasis de acuerdo al año, en este trabajo de investigación se halló usando la fórmula:

$$P = NC/NP * 100$$

Dónde:

P= Prevalencia.

NC = Número de casos en un momento dado.

NP = Total de población en un momento dado.

2.6.4. Chi-cuadrado de Pearson

En la asociación de variables, en el análisis se aplicó la prueba estadística de Chi-Cuadrado al 5% de significancia. Para la determinación se usó el programa estadístico: SPSS 27.

III. CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIONES

Tabla 1. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

Año	Población	Total de Casos	Prevalencia
2015	698	37	5.30
2016	704	8	1.14
2017	710	4	0.56
2018	736	2	0.27
2019	720	6	0.83
2020	726	5	0.69
2021	720	28	3.89
2022	926	6	0.65
2023	762	7	0.92
TOTAL	6702	103	1.54

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla 1, se observó que en el año 2015 existe un mayor índice de prevalencia con 5.30% (37/103 pacientes), seguido del año 2021 el cual presenta 3.89% de prevalencia (28/103 pacientes) y en cambio el año 2018 presento un menor pico de notificaciones con 0.27% de prevalencia (2/103 pacientes). Algo semejante ocurre con Garnique (1), en su investigación sobre prevalencia de leishmaniasis humana en la provincia de Lambayeque donde señala que en el año 2015 se presentó una alta prevalencia de casos con 0.597% (461 casos positivos).

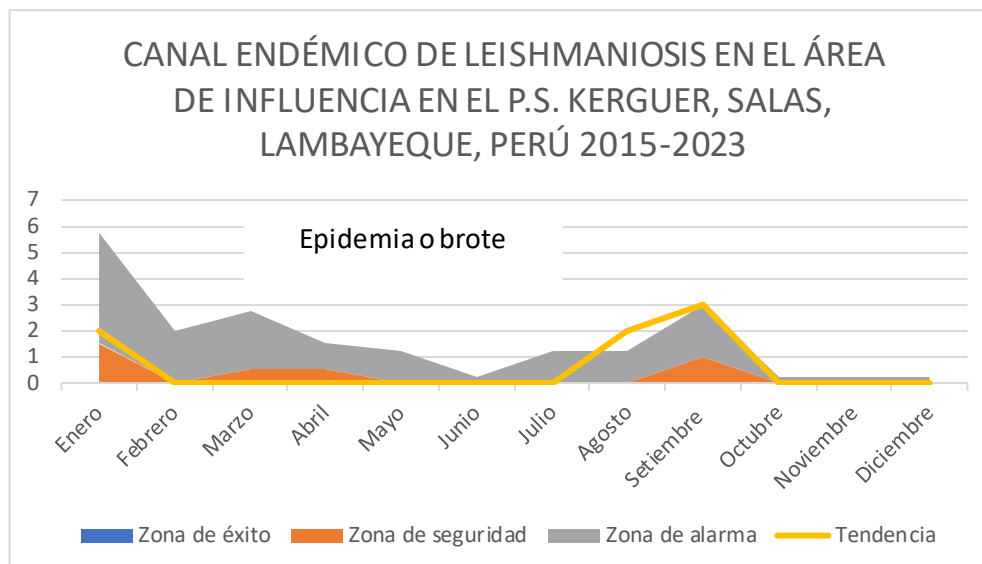


Figura 2. Canal Endémico de las Tendencias epidemiológicas de leishmaniosis en pobladores del área de influencia en el P.S. Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

Según el canal endémico de los años 2015-2023 nos refleja que la tendencia en los meses de enero y febrero observamos un alto índice de notificaciones de casos, esto se debe a que desde noviembre y diciembre empieza la temporada de lluvias provocando la proliferación del vector (*Lutzomyia*) que transmite la leishmaniosis. En los meses de julio, agosto y setiembre es notorio una alta tendencia de notificación debido a que desde abril y mayo empieza el cultivo y cosecha del café el cual sirve como alimento a *Lutzomyia*, la cantidad de casos que se han reportado se encuentra por encima de lo esperado.

Tabla 2. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según edad del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

EDAD	DEFINICIÓN DE CASO				Chi-cuadrado	
	PROBABLE		CONFIRMADO		Valor	Sig.
	n	%	n	%		
1-20	51	55.44	7	63.64	4.986	0.289
21-40	19	20.65	1	9.09		
41-60	17	18.48	1	9.09		
61-80	4	4.35	1	9.09		
81-100	1	1.08	1	9.09		
TOTAL	92	100	11	100		

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

Analizando la edad de los pacientes observamos una alta tendencia entre 1-20 años, los pacientes de ese grupo etario que presentaron diagnóstico probable fue de 55.44% (51/92 pacientes) y con diagnóstico positivo 63.64% (7/11 pacientes). Esto nos indica que la tendencia en niños, adolescentes y jóvenes son los que presentan mayor notificación, en consecuencia, de que la mayoría desde muy temprana edad van al campo junto a sus padres y también puede de que se hayan infectado en otras actividades ya sea la escuela, su casa, etc. Asimismo, Diburga (12) en su estudio señala que de una muestra de 87 pacientes el 40% oscila entre las edades de 25 a 39 años con mayor índice de infección. Esto demuestra que la edad predominante tiene relación con la actividad económica que se practica, la agricultura. En cambio, nuestro estudio se asemeja en el porcentaje del grupo etario realizado por Narváez et al. (8) donde nos dice que de una muestra de 479 pacientes (97% casos confirmados) tuvo más relevancia los menores de 10 años con un 38%, sin embargo, no señala en que actividad se desarrolló el contagio.

Ho: Las tendencias epidemiológicas de leishmaniosis cutánea en pobladores son independientes de la edad

H1: Las tendencias epidemiológicas de leishmaniosis cutánea en pobladores son dependientes de la edad

Se observa que las tendencias epidemiológicas de leishmaniosis cutánea en pobladores son independientes de la edad ($p=0.289$). No se identifican diferencias relevantes en los grupos etarios, lo que indica que la edad no influye en la enfermedad.

Tabla 3. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según género del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

GÉNERO	DEFINICIÓN DE CASO				Chi-cuadrado		Odds Ratio	Intervalo de confianza 95%	
	PROBABLE		CONFIRMADO		Valor	Sig.	Prob./Conf.	Inf.	Sup.
	n	%	n	%					
Femenino	54	58.6	4	36.4	1.992	0.158	2.487	0.68	9.095
Masculino	38	41.3	7	63.6					
TOTAL	92	100	11	100					

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

Con respecto al género, tenemos que en los casos probables el sexo femenino presenta 58.6% (54/92 pacientes) y el sexo masculino presenta un 41.3% (38/92 pacientes), en los casos confirmados tenemos 36.4% (4/11 pacientes) y 63.6% (7/11

pacientes) respectivamente. Por lo tanto, el resultado nos indica un alto índice de frecuencia en el sexo femenino debido a que la mujer realiza actividades mixtas, es decir, en casa y en el campo; además debemos señalar que al ser Kerguer una zona rural muchas veces no cuentan con servicio de saneamiento básico permitiendo que el vector habite cerca e incluso dentro de sus viviendas provocando alta probabilidad de que infecte a las personas. Los resultados muestran similitud a los estudios de Arroyo (3) donde señala que las mujeres presentan un mayor número de casos con 65.3%, ya que menciona la precariedad de las viviendas, crianza de animales peridomicilio y la actividad que realizan en el campo y sus viviendas. Aunque hay estudios que difieren con el nuestro y con el de Arroyo (3) como el de Cubas et al. (11) donde sostiene que de los 1312 casos positivos un 53.3% fueron varones y un 46.6% fueron mujeres, atribuyendo a la agricultura y ganadería como principales fuentes de contagio en el sexo masculino. Además de los trabajos realizados por Román (13) y Huyhua et al. (15) donde reafirman que los varones son los que más predominan como pacientes positivos a leishmaniosis por la misma actividad que realizan, es decir la agricultura.

Ho: Las tendencias epidemiológicas de leishmaniosis cutánea en pobladores son independiente del género

H1: Las tendencias epidemiológicas de leishmaniosis cutánea en pobladores son dependientes del género

Observamos que las tendencias epidemiológicas de leishmaniosis cutánea en pobladores son independientes del género ($p=0.158$). El odds ratio de 2.487 indica que las mujeres tienen mayor probabilidad de infectarse en comparación con los hombres, aunque el intervalo de confianza amplio (0.68-9.095) sugiere una alta incertidumbre en la estimación.

Tabla 4. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según sector del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

SECTOR	DEFINICIÓN DE CASO				Chi-cuadrado	
	PROBABLE		CONFIRMADO		Valor	Sig.
	n	%	n	%		
Kerguer	47	51.1	7	63.6	7.439	0.282
Miraflores	9	9.8	0	0		
Succhapampa	7	7.6	3	27.3		
Suruchima	3	3.3	0	0		
Lamuchal	12	13	1	9.1		
El Marco	4	4.3	0	0		
Hualanga	10	10.9	0	0		
TOTAL	92	100	11	100		

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

Como resultado tenemos que el sector con alta tendencia es Kerguer con 51.1% (47/92 pacientes) de casos probables y 63.6% (7/11 pacientes) de casos confirmados, seguido de Lamuchal con 13% (12/92 pacientes) y 9.1% (1/11 pacientes) respectivamente. La tendencia elevada en Kerguer corresponde a los pacientes que buscan el establecimiento de salud por la proximidad, las otras localidades se encuentran más alejadas, por tal razón no acuden a los establecimientos de salud Kerguer. Además, señalar que esta zona tiene las condiciones para que se desarrolle el vector. Esto concuerda con el estudio realizado por Soralez et al (6) donde señalan que el distrito de Salas presenta una alta prevalencia de leishmaniosis debido a la ubicación geográfica y que siendo una zona agrícola favorece las condiciones para que el vector se desarrolle confirmando así nuestra investigación. De la misma manera, Conterón (5) en su estudio de 65 pacientes positivos señala que la presencia de vegetación alrededor de las viviendas, así como también los cambios climatológicos y sobre todo las condiciones precarias en la que viven los pobladores influyen en el desarrollo del vector.

Ho: Las tendencias epidemiológicas de leishmaniosis cutánea en pobladores son independientes del sector

H1: Las tendencias epidemiológicas de leishmaniosis cutánea en pobladores son dependientes del sector

Se observa que las tendencias epidemiológicas de leishmaniosis cutánea en pobladores son independientes del sector ($p=0.282$). No se identifican diferencias

relevantes en los sectores del Centro Poblado Kerguer, lo que indica que el sector no influye en la enfermedad.

Tabla 5. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según zona de residencia del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

ZONA DE RESIDENCIA	DEFINICIÓN DE CASO			
	PROBABLE		CONFIRMADO	
	n	%	n	%
Rural	92	100	11	100
Urbano	0	0	0	0
TOTAL	92	100	11	100

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

El 100% de la zona de residencia es rural. Coincidiendo nuestra investigación con los estudios realizados tanto por Narváez et al. (8) como Huyhua et al (15) donde subrayan que el 90% y que el 100% de los casos fue de origen rural, respectivamente. Soraluz et al (6) también afirma que la mayoría de los casos que se presentaron en su estudio fueron rurales.

Tabla 6. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según antecedentes epidemiológicos del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

VIAJÓ A ÁREAS CON TRANSMISIÓN	DEFINICIÓN DE CASO			
	PROBABLE		CONFIRMADO	
	n	%	n	%
Sí	0	0	0	0
No	92	100	11	100
TOTAL	92	100	11	100

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

Vio a una persona con uta o espundia
(Sí-No)

VIO A UNA PERSONA CON UTA O ESPUNDIA	DEFINICIÓN DE CASO			
	PROBABLE		CONFIRMADO	
	n	%	n	%
Sí	23	25	1	9.1
No	69	75	10	90.9
TOTAL	92	100	11	100

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

Vio titira o manta blanca o lalapo o quitis
(Sí-No)

VIO TITIRA O MANTA BLANCA O LALAPO O QUITIS	DEFINICIÓN DE CASO			
	PROBABLE		CONFIRMADO	
	n	%	n	%
Sí	23	25	1	9.1
No	69	75	10	90.9
TOTAL	92	100	11	100

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

En cuanto a la tabla 6, tenemos que de los datos obtenidos de las fichas epidemiológicas el 100% de 103 pacientes del Puesto de Salud Kerguer se han infectado en el mismo sector, no reportándose casos importados. Cabe destacar que un 76.7% (79/103 pacientes) no han visto a una persona con uta y tampoco han visto al vector y un 23.3% (24/103 pacientes) si han visto a una persona con uta y también al vector. No obstante, Casusol (7) contradice nuestro estudio ya que señala que un 74.3% conocen de la enfermedad y un 14.5% ignoran información sobre la enfermedad. De otro modo, Vela (9) difiere con nuestro estudio y el realizado por Casusol, ya que él indica en su investigación que de una muestra de 182 pacientes el 45.1% tienen ligero conocimiento de la enfermedad, el 32.4% desconoce la enfermedad y solo el 22.5% conocen de la enfermedad.

Tabla 7. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según el uso de mosquitero del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

USO DEL MOSQUITERO AL DORMIR	DEFINICIÓN DE CASO			
	PROBABLE		CONFIRMADO	
	n	%	n	%
Sí	10	10.9	0	0
No	82	89.1	11	100
TOTAL	92	100	11	100

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

Se observa que los pacientes que Sí usan el mosquitero al dormir son el 10.9% (10/92 pacientes) de casos probables, y los pacientes que No usan el mosquitero al dormir son 89.1% (82/92 pacientes) de casos probables y el 100% (11/11 pacientes) de casos confirmados. Un motivo de que haya alta tendencia de pacientes que no usen mosquitero se debe a que GERESA realiza pocas campañas de prevención de la uta y cuando la realizan no tiene mucho impacto, además distribuyen pocos mosquiteros que no alcanza para toda la población. Teniendo en cuenta de que algunos pobladores no se les hace indispensable el uso de mosquitero mientras que otros no tienen la posibilidad de adquirirlo. Por ese motivo Zabarburu (10), indica en su trabajo de investigación que el uso de mosquitero es primordial como método de prevención contra la picadura del vector. Así mismo, Ayuso (16) señala que el uso de mosquitero de malla estrecha tiene más eficacia en la protección contra el vector.

Tabla 8. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según la actividad que desarrolló durante el contagio del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

ACTIVIDAD	DEFINICIÓN DE CASO				Chi-cuadrado	
	PROBABLE		CONFIRMADO		Valor	Sig.
	n	%	n	%		
Agricultura	31	55.4	3	63.6	5.708	0.127
Casa	36	20.7	8	9.1		
Estudiante	10	18.5	0	9.1		
Otros**	15	4.4	0	9.1		
TOTAL	92	100	11	100		

**transportistas y ganaderos

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

La actividad que más predominó como fuente de infección es la casa con 20,7% (36/92 pacientes) de casos probables y 9.1% (8/11 pacientes) de casos confirmados, seguido de la agricultura con 55.4% (31/92 pacientes) y 63.6% (3/11 pacientes) respectivamente. De modo que, a la actividad de casa se les atribuye los factores que permiten que el vector se desarrolle como la vegetación alrededor de las viviendas y la crianza de animales intradomicilio. Por el contrario, García (14) en su trabajo de investigación de una muestra de 191 casos señala que la actividad con mayor índice de infección lo presenta la agricultura con el 33.3% seguido de las amas de casa con el 18.5%. Coincidiendo con el trabajo realizado por Huyhua et al. (15) y Arroyo (3) donde ambos sostienen que la actividad que desarrolló con mayor prevalencia durante el contagio es la agricultura.

Ho: Las tendencias epidemiológicas de leishmaniosis cutánea en pobladores son independientes de la actividad que desarrolló durante el contagio

H1: Las tendencias epidemiológicas de leishmaniosis cutánea en pobladores son dependientes de la actividad que desarrolló durante el contagio

Se observa que las tendencias epidemiológicas de leishmaniosis cutánea en pobladores son independientes de la actividad que desarrollaron durante el contagio ($p=0.127$). No se identifican diferencias relevantes lo que indica que no influye en la enfermedad.

Tabla 9. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según síntomas y signos en el Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

SÍNTOMAS Y SIGNOS	DEFINICIÓN DE CASO			
	PROBABLE		CONFIRMADO	
	n	%	n	%
Dolor en la lesión y prurito local	92	100	11	100
TOTAL	92	100	11	100

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

En la tabla 9, se observa que el 100% de pacientes tuvo dolor en la lesión y prurito local. Este estudio en cierta medida coincide con Soraluz et al (6) donde señala que de una muestra de 755 pacientes el 47.15% presento prurito local y el 41.85% presento dolor en la lesión. De la misma manera, Saldaña et al. (4) destaca que de una

muestra de 26 pacientes el 92.3% señaló tener dolor en la lesión mientras que el 96.2% tuvo prurito local. Así mismo, Huyhua et al (15) en su trabajo de investigación indica que de una muestra de 136 pacientes el 46.1% indicó que como síntoma principal presento prurito.

Tabla 10. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según la localización de lesión que desarrolló durante el contagio en el Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN	DEFINICIÓN DE CASO			
	PROBABLE		CONFIRMADO	
	n	%	n	%
Cabeza	28	30.4	2	18.2
Miembro Superior	42	45.7	6	54.5
Miembro Inferior	15	16.3	3	27.3
Torso	1	1.1	0	0
Pelvis	2	2.2	0	0
M. Sup. y M. Inf.	3	3.2	0	0
M. Sup. y Torso	1	1.1	0	0
TOTAL	92	100	11	100

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

Tenemos que, de acuerdo a la localización, el miembro superior obtuvo 45.7% (42/92 pacientes) de casos probables y 54.5% (6/11 pacientes) de casos confirmados, y la cabeza con 30.4% (28/92 pacientes) de casos probables y 18.2% (2/11 pacientes) de casos confirmados, esto se debe a que son zonas más expuestas a comparación de las otras. Nuestros resultados concuerdan con Soraluz et al. (6) en su estudio de 755 casos donde señala que el 41.05% fue en las extremidades superiores, sin embargo, difieren con el 32.18% en el miembro inferior y el 30.38% en el rostro. Por otro lado, Saldaña et al. (4) en su trabajo de investigación nos dice que el 46.2% lo obtuvo el miembro inferior y el 34.6% el miembro superior. Asimismo, el estudio realizado por Diburga (12) coincide con el Saldaña et al. Ya que de la muestra de 87 pacientes indica que el lugar de la lesión más frecuente fueron las extremidades inferiores con 46%.

Tabla 11. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según el número de lesiones que desarrolló durante el contagio del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

NÚMERO DE LESIONES	DEFINICIÓN DE CASO			
	PROBABLE		CONFIRMADO	
	n	%	n	%
1	80	87	8	72.7
2	9	9.8	1	9.1
3	3	3.2	2	18.2
TOTAL	92	100	11	100

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

De acuerdo, al número de lesiones se obtuvo una alta tendencia en pacientes que tuvieron una sola lesión con 87% (80/92 pacientes) de casos probables y 72.7% (8/11 pacientes) de casos confirmados, seguido de pacientes con dos lesiones con 9.8% (9/92 pacientes) de casos probables y 9.1% (1/11 pacientes) de casos confirmados. Este resultado concuerda con los estudios realizados por Soralez et al. (6), Huyhua et al. (15) y Arroyo (3) donde señalan que se presentó mayor incidencia de casos de pacientes con una sola lesión. Asimismo, Narváez et al. (8) sostiene en su estudio que de una muestra de 479 pacientes (97% positivos y 3% negativos) el 87.4% presentaron una sola lesión y el 12.5% mostraron más de dos lesiones.

Tabla 12. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según el tipo de lesión del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

TIPO DE LESIÓN	DEFINICIÓN DE CASO			
	PROBABLE		CONFIRMADO	
	n	%	n	%
Úlcera	92	100	11	100
Nódulo	0	0	0	0
Verrugosa	0	0	0	0
Cicatriz	0	0	0	0
TOTAL	92	100	11	100

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

El 100% de pacientes presentó úlceras. Este resultado coincide con el de Diburga (12) ya que en su estudio indica que de una muestra de 87 pacientes el 98% presento lesión tipo úlcera. Gurfinchel et al. (17) también indicó que el tipo de lesión más frecuente es la úlcera con 72.68% en una muestra de 124 pacientes. De igual manera Huyhua et al. (15) señaló que de una muestra de 136 pacientes se observó lesiones

ulcerativas en el 62.5% de ellos, esto se debe a que es una característica clínica frecuente en leishmaniosis.

Tabla 13. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores con respecto a la infección en la lesión del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

INFECCIÓN	DEFINICIÓN DE CASO			
	PROBABLE		CONFIRMADO	
	n	%	n	%
Sí	73	79.3	11	100
No	19	20.7	0	0
TOTAL	92	100	11	100

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

Los pacientes que presentaron infección en la lesión fueron 79.3% (73/92 pacientes) de casos probables y 100% (11/11 pacientes) de casos confirmados, y los que no presentaron fueron 20.7% (19/92 pacientes) de casos probables. Esto concuerda con Gurfinchel et al. (17), en su estudio realizado de una muestra de 124 pacientes indica que el 54% manipularon sus lesiones con el uso de químicos, como cremas antimicóticas o de plantas medicinales como el matico, llantén, manzanilla entre otras, además utilizaron productos como viseras de animal para contrarrestar la lesión desencadenando un agrandamiento del tamaño de la lesión, así como una considerable inflamación sobre ella.

Tabla 14. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según secuela de la lesión del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

SECUELA DE LA LESIÓN	DEFINICIÓN DE CASO			
	PROBABLE		CONFIRMADO	
	n	%	n	%
Sí	92	100	11	100
No	0	0	0	0
TOTAL	92	100	11	100

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

En la tabla 14, se obtiene como resultado que el 100% de 103 pacientes presenta secuela de la lesión, es decir cicatrices. De acuerdo con Toalombo et al. (18) nos dice que producto de las secuelas ocasionadas por leishmaniasis y dependiendo del lugar de la lesión pueden ser destructivas o deformantes dejando en los pacientes problemas psicológicos.

Tabla 15. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según inicio de tratamiento del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

INICIO DE TRATAMIENTO	DEFINICIÓN DE CASO			
	PROBABLE		CONFIRMADO	
	n	%	n	%
Sí	51	55.4	11	100
No	41	44.6	0	0
TOTAL	92	100	11	100

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

Los resultados obtenidos en esta tabla con respecto al inicio del tratamiento, nos indica que el 55.4% (51/92 pacientes) de casos probables y el 100% (11/11 pacientes) de casos confirmados iniciaron tratamiento por motivo de que muchos de ellos tienen accesibilidad al Puesto de Salud mientras que el 44.6% (41/92 pacientes) de casos probables no iniciaron tratamiento a razón de que no les es accesible asistir al Puesto de salud o porque optan por automedicarse con remedios caseros. Pineda et al. (20) en su estudio realizó una encuesta a 254 pobladores de los cuales el 41.7% (106/254) afirmó haber tenido leishmaniosis, y de esos pobladores el 66.9% indica haber recibido tratamiento en un centro de salud y el 33.9% no recibió tratamiento; debido a que muchos de ellos optaron por automedicarse con remedios caseros antes de acudir al Centro de Salud y otros solo acudieron cuando la lesión empeoró.

Tabla 16. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según finalización del tratamiento del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	DEFINICIÓN DE CASO			
	PROBABLE		CONFIRMADO	
	n	%	n	%
Sí	33	64.7	6	54.5
Abandonó	18	35.3	5	45.5
TOTAL	51	100	11	100

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

De acuerdo a los resultados sobre la finalización del tratamiento, tenemos que 64.7% (33/51 pacientes) de casos probables y 54.5% (11/11 pacientes) de casos confirmados finalizaron el tratamiento y sí se curaron, también se observa que el 35.3% (18/51 pacientes) de casos probables y 45.5% (5/11 pacientes) de casos

confirmados abandonaron el tratamiento, esto se debe a que el tratamiento es doloroso y se niegan a seguirlo, mientras otros desisten por decisión de su familia o propia. Román (13) por su parte indica que los pacientes muchas veces manipulan la lesión automedicándose ya sea con cremas, productos cárnicos, plantas medicinales u otros remedios caseros lo cual impide un diagnóstico preciso al momento que deciden acercarse al Puesto de Salud. Además, indica que los pacientes que sí reciben tratamiento suelen abandonarlo debido a que es doloroso y otros porque simplemente deciden desistir del tratamiento.

Tabla 17. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según clasificación del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

CLASIFICACIÓN DE LEISHMANIOSIS	DEFINICIÓN DE CASO			
	PROBABLE		CONFIRMADO	
	n	%	n	%
Leishmaniosis cutánea	92	100	11	100
Leishmaniosis mucocutánea	0	0	0	0
TOTAL	92	100	11	100

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

En la tabla 17, tenemos que el 100 % de los pacientes (103 pacientes) presentan leishmaniosis cutánea (LC). Esto coincide con el estudio realizado con Soralez et al. (6) donde señala que de una muestra de 755 casos el 100% fue leishmaniosis cutánea. Asimismo, Gurfinchel et al (17) indica que de una muestra de 124 pacientes el 100% presento leishmaniosis cutánea.

Tabla 18. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según tipos de casos del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

CASOS DE LEISHMANIOSIS	n	%
Probable	92	89.3
Confirmado	11	10.7
TOTAL	103	100

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

Los pacientes al encontrarse con un establecimiento de salud I-1 (primer nivel de atención) que muchas veces no cuenta con personal especializado en laboratorio en atención a la Norma Técnica de Salud Diagnóstico y Tratamiento de la Leishmaniosis

en el Perú - 2005, con tal sentido tenemos que el 89.3% (92/103 pacientes) están con diagnóstico probable dado por el cuadro clínico y epidemiológico que presentan relacionado con leishmaniosis y solo el 10.7% (11/103 pacientes) tienen diagnóstico confirmado a través del frotis de la lesión. Esto se debe a que hay factores que afectan el resultado de un diagnóstico más preciso como por ejemplo el que el paciente use remedios caseros antes de recibir un tratamiento médico. Por esa razón el estudio realizado por Vega (46) indica que la técnica de frotis de la lesión es la más recomendable para el diagnóstico de leishmaniasis cutánea con 91.4%.

Tabla 19. Tendencias epidemiológicas de Leishmaniosis en pobladores según procedencia del caso del Área de Influencia del Puesto de Salud Kerguer, Salas, Lambayeque, Perú 2015-2023

PROCEDENCIA DEL CASO	DEFINICIÓN DE CASO			
	PROBABLE		CONFIRMADO	
	n	%	n	%
Autóctono	92	100	11	100
Importado	0	0	0	0
TOTAL	92	100	11	100

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

Según la Norma Técnica un caso autóctono corresponde a todo caso que sea adquirido localmente, es decir, que en el mismo lugar de residencia del paciente probable o positivo a leishmaniosis donde se hayan reportado casos. El 100% de 103 pacientes fueron autóctonos del Centro Poblado de Kerguer. Nuestro estudio tiene similitud con el de Satornicio et al. (19) donde indica que de una muestra de 63 pobladores del Centro Poblado Moyan, Incahuasi, el 100% fueron autóctonos del lugar.

IV. CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

1. La tendencia epidemiológica promedio de Leishmaniosis en la población del estudio durante el período 2015-2023 fue de 1.54%.
2. La tendencia temporal de la prevalencia reflejó un mayor incremento de casos en el año 2015 con 5.30%. Según el canal endémico los meses de mayor notificación de casos son de enero a febrero y de julio a octubre.
3. Se identificaron los factores de riesgo con la prueba de Chi-cuadrado. Tenemos una alta incidencia en pacientes de 1-20 años con un 55.44% de casos probable y 63.64% de casos confirmados, indicando que las tendencias epidemiológicas de leishmaniosis cutánea en pobladores son independientes de la edad ($p>0.05$). El sexo femenino presentó 58.6% de casos probables y 36.4% de casos confirmados, indicando que las tendencias epidemiológicas de leishmaniosis cutánea en pobladores son independientes del género ($p>0.005$). Kerguer presentó 51.1% de casos probables y 63.6% de casos confirmados, indicando que las tendencias epidemiológicas de leishmaniosis cutánea en pobladores son independientes del sector ($p>0.05$). La casa presentó 20.7% de casos probables y 9.1% de casos confirmados, indicando que las tendencias epidemiológicas de leishmaniosis cutánea en pobladores son independientes de la actividad que desarrollaron durante el contagio ($p>0.05$).
4. Según las características clínicas el 100% son casos autóctonos, el 100% de lesiones son ulcerosas, el 46.6% de lesiones es en el miembro superior. Se observó una única lesión en 85.4% de pacientes. El 100% presentó dolor en la lesión y prurito local. Un 81.6% de pacientes tuvo infección en la lesión. De los 103 casos el 10.7% fueron confirmados por frotis y el 89.3% fueron considerados probables. Los pacientes que iniciaron tratamiento fueron el 60.2% y un 39.8% no inició, por ende, un 63% llegó a curarse de la enfermedad y solo el 37% abandonó el tratamiento. Con respecto a las características epidemiológicas el 76.7% no identificó al vector y no reconoció la lesión provocada por este, un 23.3% sí identificó al vector y reconoció la lesión. El 90.3% de pacientes no usa mosquitero al dormir mientras que el 9.7% sí usa.

V. CAPÍTULO V

RECOMENDACIONES

- Ampliar y profundizar el estudio de la leishmaniosis resaltando su importancia en Salud Pública, ya que a pesar de haber sido notificada hace muchos años en el Perú aún no se puede realizar el debido control y además es una enfermedad atribuida a la pobreza, al desconocimiento de los pobladores y a la actividad comercial que realizan, por tanto, involucra estudios sociales, antropológicos y económicos.
- Desarrollar calendarios sanitarios de la enfermedad indicando la mayor o menos presencia del vector causante de la enfermedad para la realización de las campañas de Salud Pública y para el conocimiento de pobladores de las zonas endémicas y foráneas; el desarrollo de este calendario debe indicar las formas de prevención, los primeros signos y síntomas que nos alerten de la enfermedad y además la información de los Establecimientos de Salud más cercanos de la zona.
- Mejorar las estrategias de prevención de *Leishmania spp.* en un trabajo conjunto entre la DESA (Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental) y las municipalidades para el desarrollo de fumigaciones con productos orgánicos que no afecten sus cultivos. Uso de medios de comunicación que informen acerca de la enfermedad, prevención, tratamiento y la importancia del control en el Centro de Salud que es gratuito.
- Desarrollo de proyectos sociales con apoyo de la Facultad de Medicina Veterinaria – UNPRG para las mejoras de las viviendas, alimentación y educación de los pobladores de la zona, desarrollo de repelentes orgánicos a base de molle y neem para el control de vectores. Correcta evaluación de animales peridomésticos circulantes a la zona endémica como riesgo de reservorios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garnique D. Prevalencia de Leishmaniasis humana en la provincia de Lambayeque del año 2013 - 2018. Tesis para optar el Título profesional de Medicina Veterinaria. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Facultad de Medicina Veterinaria; 2019.
2. Valero N, Uriarte M. Environmental and socioeconomic risk factors associated with visceral and cutaneous leishmaniasis: a systematic review. *Parasitology Research*. 2020 Enero;; p. 365-384.
3. Arroyo Núñez DN. Factores demográficos, ambientales y socioeconómicos, en pacientes con leishmaniasis cutánea atendidos en un centro de salud de la sierra peruana. *Norte Médico*. 2022; I(3): p. 16-21.
4. Saldaña Chafloque C, Saldaña Alfaro , Saldaña Chafloque I, Acosta Román M. Estudio Clínico y Epidemiológico de Leishmaniasis Cutánea nivel II del Perú. *Revista de investigación científica y tecnológica Llamkasun*. 2021 Julio - Diciembre; II(4).
5. Conterón Tene E. Prevalencia de leishmaniasis en el área II de Pastaza, asociados a factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la enfermedad. Tesis para optar por el Título de Licenciada en Laboratorio Clínico. Ambato: Universidad técnica de Ambato , Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.
6. Soraluz K, Zapata N. Características clínicas y epidemiológicas de la Leishmaniasis cutánea en la región Lambayeque en el periodo 2012-2014. *Revista Experiencia en Medicina*. 2017; 3(2).
7. Casusol Flores YdC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Leishmanniosis en la población de Salas entre el periodo de setiembre y octubre del 2014. Tesis para optar el título de Médico Cirujana. Lima: Universidad San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 2015.
8. Narváez F, Gónzales M. Prevalencia de la leishmaniasis cutánea en pacientes atendidos en el Hospital Primario Héroes y Mártires del Cuá, Municipio de Jinotega en el periodo de enero 2018 a enero 2019. Tesis de Licenciatura. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León., Facultad de Ciencias Médicas ; 2019.
9. Vela Puscan O. Conocimientos y practicas sobre leishmaniasis cutánea, en usuarios de consulta externa, Hospital Rural San José de Sisa, San Martín, Perú, 2019. Tesis para obtener el Título de Licenciado en Enfermería. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana. Escuela Enfermería San Felipe; 2020.
10. Zabarburu Lucero C. Factores de riesgo de la leishmaniasis, en los pobladores del distrito Magdalena, Chachapoyas-2017. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Chachapoyas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Enfermería; 2017.

11. Cubas S, Centro Leguía D, Arteaga Livias K, Depaz Lopez E. Revisión clínica y epidemiológica de la leishmaniasis tegumentaria en una región central del Perú. *Revista chilena de infectología*. 2019 Diciembre; 36(6).
12. Diburga del Aguila C. Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el hospital regional de Pucallpa en el año 2014. Tesis para obtener el título profesional de Médico Cirujano. Pucallpa: Universidad Nacional de Ucayali, Facultad de Medicina Humana; 2016.
13. Román Ibañez D. Características epidemiológicas de casos de leishmaniosis registrados en el portal del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC-PERÚ) durante el período 2010-2019. Tesis para optar el Título de Médico Veterinario Zootecnista. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia; 2022.
14. García Barone A. Comportamiento Epidemiológico de leishmaniasis relacionado a factores sociales y demográficos en el departamento de Sucre 2015-2018. Tesis para obtener el Título de Magister en Salud Pública. Barranquilla: Universidad del Norte, División de Ciencias de la Salud; 2019.
15. Huyhua S, Tejada S, Monsalve A. Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con leishmaniasis, región Amazonas, 2016. *Revista de Investigación Científica UNTRM: Ciencias Sociales y Humanidades*. 2018 Abril; 1(1).
16. Ayuso Sainz JJ. Estudio de la exposición a Leishmania en áreas de adiestramiento y en operaciones internacionales de las Fuerzas Armadas Españolas. Tesis para obtener el Grado de Doctor. Valladolid: Universidad de Valladolid, Escuela de Doctorado Universidad de Valladolid; 2012.
17. Gurfinchel Zevallos DA, Marín Tamayo RA, Pineda Reyes JP. Manipulación de lesiones en pacientes con Leishmaniasis cutánea en una serie Hospitalaria un Centro de Referencia Nacional durante el periodo junio 2017- diciembre 2017. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina; 2019.
18. Toalombo Espin CJ, Coque Proce M. Leishmaniasis en el Ecuador: Revisión bibliográfica. *Revista Universitaria con proyección científica, académica y social*. 2021; 5(3).
19. Satornicio Inga LM, Tapia Santisteban DV. Leishmaniosis y características epidemiológicas en el Centro Poblado Moyan-Incahuasi-Lambayeque. Abril – Octubre 2018. Tesis para optar el Título de Licenciada en Biología - Microbiología - Parasitología. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Departamento Académico de Microbiología y Parasitología; 2019.
20. Pineda Reyes R, Llanos Cuentas A, Dancuart M. Tratamientos tradicionales utilizados en un área endémica de Leishmaniasis cutánea en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2015 Octubre; 32(4): p. 761-5.

21. Monsalve Ramirez A, Gonzales Cornejo L, Tejada Muñoz S, Díaz Manchay RJ, Aguilar Camán M, Huyhua Gutierrez SC. Respuesta al tratamiento con estibogluconato sódico para leishmaniasis cutánea en población indígena y mestiza, Amazonas 2014-2018. Rev. cuerpo méd. HNAAA. 2020; 13(3).
22. Castro Jalca JE, Ávila Larreal , Bracho Mora AM. Conocimientos sobre leishmaniasis cutánea en comunidades de la zona sur de Manabí, Ecuador. Revista Kasma. 2022 Enero; 1.
23. Ampuero J. Leishmaniasis. Módulos Técnicos. Lima: MINSA, La Oficina General de Epidemiología y El Instituto Nacional de Salud ; 2000.
24. Torres E, Quintanilla M, Ruiz J, Arenas R. Leishmaniasis: una revisión. PMC. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. 2017 Mayo; 1.
25. Abadías I, Diago A, Cerro P, Palma A, Gilaberte Y. Revisión: Leishmaniasis cutánea y mucocutánea. AEDV. Academia Española de Dermatología y Venerología. 2021 Febrero.
26. Organización Panamericana de la Salud. Manual de procedimientos para la vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas. Manual. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para las Américas; 2019.
27. CIFRC. Control de epidemias: Caja de herramientas. [Online].; 2023 [cited 2023 Mayo 30]. Available from: <https://epidemics.ifrc.org/es/manager/conceptos-claves-para-coordinadores-de-respuesta-epidemias>.
28. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2023 [cited 2024 Marzo 22]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>.
29. Merino I, García M. Ocio en los Mayores Calidad de Vida. [Online].; 2005 [cited 2024 Marzo 8]. Available from: https://www.google.com/search?q=La+edad+cronol%C3%B3gica%3A+se+refiere+a+la+edad+en+a%C3%B1os%2C+es+la+que+va+desde+el+nacimiento+hasta+la+edad+actual+de+la+persona.+ines+alcalde+merino+a%C3%B1o+de+publicaci%C3%B3n+ciudad&rlz=1C1CHBD_esPE932PE932&ei=lzckY.
30. Lamas M. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual.. Cuirculco. 2000; 7(8).
31. Pérez J, Gardey A. Definición.de. [Online].; 2021 [cited 2024 Marzo 7]. Available from: <https://definicion.de/procedencia/>.
32. RAE. Real Academia Española. [Online].; 2023 [cited 2024 Marzo 7]. Available from: <https://dle.rae.es/residencia?m=form>.
33. Pérez Porto J, Gardey A. Definición.de. [Online].; 2021 [cited 2024 Marzo 7]. Available from: <https://definicion.de/residencia/>.

34. RAE. Real Academia Española. [Online].; 2023 [cited 2024 Marzo 7. Available from: <https://dle.rae.es/vivienda>.
35. Fingermann H. Deconceptos.com. [Online].; 2023 [cited 2024 Marzo 7. Available from: <https://deconceptos.com/ciencias-juridicas/vivienda>.
36. Real Academia Española. RAE. [Online].; 2023 [cited 2024 Marzo 7. Available from: <https://dle.rae.es/actividad?m=form>.
37. Zorrilla V, Agüero M, Cáceres A, Tejada A, Ticlla J, Martínez R. Factores de Riesgo que determinan la transmisión de la leishmaniasis en el valle Llaucano, Chota-Cajamarca. Anales de la Facultad de Medicina. 2005 Marzo; 66(1): p. 33-42.
38. Real Academia Española. RAE. [Online].; 2023 [cited 2024 Marzo 7. Available from: <https://dle.rae.es/lugar?m=form>.
39. Real Academia Española. RAE. [Online].; 2023 [cited 2024 Marzo 7. Available from: <https://dle.rae.es/contagio>.
40. INEI. INEI. [Online].; 1995 [cited 2024 Marzo 16. Available from: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0014/varicont.htm#:~:text=Area%20rural%20o%20centro%20poblado,sin%20formar%20bloques%20o%20n%C3%BAcleos.
41. Sposob G. Enciclopedia Humanidades. [Online].; 2024 [cited 2024 Marzo 8. Available from: <https://humanidades.com/zona-urbana/>.
42. Yon Fabián C. Alcances del proyecto de directiva sanitaria de vigilancia epidemiológica de leishmaniasis en el Perú. Informe. Lima: CDC-MINSA, Dirección de Vigilancia en Salud Pública; 2021.
43. Municipalidad Distrital de Salas. Plan de desarrollo concertado Municipalidad distrital de Salas 2013-2021. Plan de desarrollo. Salas: Municipalidad Distrital de Salas; 2012.
44. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. Revista Médica Clínica Las Condes. 2019 Enero - Febrero; 30(1).
45. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. Sexta ed. México D.F.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2014.
46. Vega Azaña DC. Factores de riesgo asociados a la leishmaniasis cutánea en el Centro de Salud Mazuko-Madre de Dios, 2020-2022. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal, Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”; 2022.
47. Minsa. CDC- Minsa. [Online].; 2024 [cited 2024 Setiembre 21. Available from: https://www.dge.gov.pe/portal/docs/vigilancia/herramientas/fichas/f_lcutanea.pdf.

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de investigación clínico epidemiológica

 PERU	Ministerio de Salud	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	ENFERMEDAD DE LEISHMANIASIS FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA
--	----------------------------	--	---

CASO PROBABLE DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA: Todo paciente procedente o residente de zonas endémicas o de nueva área de transmisión de leishmaniasis, con un cuadro clínico caracterizado por la presencia de una o múltiples lesiones cutáneas, al inicio maculo pápulas, pruriginosas o no, que progresan a lesiones generalmente tipo ulcerosa, redondeada, indolora con bordes bien definidos, de base eritematosa, levantado e indurado, de tiempo de evolución no menor de 4 semanas y falta de respuesta al tratamiento antibiótico convencional.

CASO PROBABLE DE LEISHMANIASIS MUCOSA: Todo paciente procedente o residente de zonas endémicas o de nueva área de transmisión de leishmaniasis, con un cuadro clínico caracterizado por la presencia de una o múltiples lesiones granulomatosas elevadas o ulcerosas de la mucosa nasal, paladar blando, rinofaringe, faringe, laringe o labio superior, generalmente con antecedente, de lesiones cutáneas activas o cicatrizadas, habiéndose excluido la lesión por otras patologías.

CASO PROBABLE DE LEISHMANIASIS VISCERAL: Todo paciente que proviene de un área endémica o de otra donde está ocurriendo un brote y presenta alguno de estos síntomas: Fiebre de más de 2 semanas, esplenomegalia, hepatomegalia, adenomegalia, anemia y pérdida de peso.

I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: (Distrito, Provincia, Departamento) _____

Edad: _____

Residencia habitual:

Dirección: Av. / Jr./ Calle _____ N° _____ Mz _____ Lote: _____

Localidad: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

II. ANTECEDENTE EPIDEMIOLÓGICO

Lugar de contagio

Localidad: _____ Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Tiempo de permanencia en el lugar de contagio: _____ (días/meses/años)

Actividad que desarrollo durante el conyugio: () Agricultura () Extracción de Madera () Extracción de oro () Estudiante ()
 () Industria petrolera () Comerciante () Fuerzas Armadas () Biólogo/Investigación () Turismo () Su casa ()
 () Comerciante () Otros

Existe otras personas con lesiones similares en su vivienda o localidad? Si () NO ()

III. DATOS CLINICOS

Síntomas: Dolor en la lesión () Fiebre () Prurito local () Tupidez nasal () Disfonia leve () Disfonia moderada () Disfonia grave ()
 Dificultad respiratoria leve () Dificultad respiratoria moderada () Dificultad respiratoria severa () Tos () Pérdida de peso ()

Antecedente de otras enfermedades: TBC () VIH () Enf. De Chagas () Otras: Especificar _____

Alergia medicinas: SI NO _____

Fecha de última regla: ____/____/____ MAC usado: _____

Medicinas usadas actualmente: _____


CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES CUTÁNEAS : # de lesiones activas: _____ # de Cicatrices: _____

#	FECHA DE INICIO	TIPO	LOCALIZACIÓN *	GANGLIOS SÍNO	INFECCIÓN SÍNO	DIAMETROS (mm)	SUPERFICIE (mm ²)

Tipo: 1-Ulcera 2-Nódulo 3-Verrugosa 4- Cicatriz

Localización: 1-Cabeza 2-Miembro superior 3-Miembro inferior 4-Torso 5-Pelvis

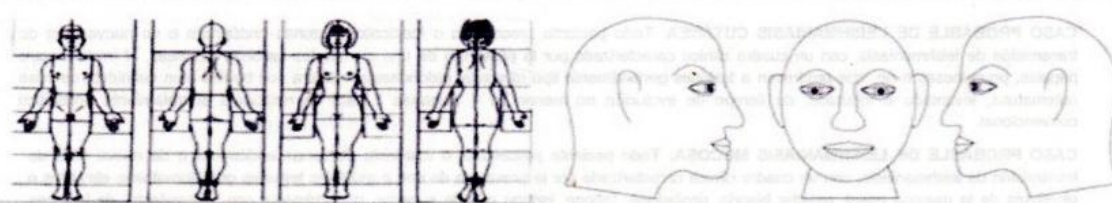
Diámetros: Bordes de úlcera Área: (d1 x d2)/4 mm²




PERÚ Ministerio de Salud
Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

ENFERMEDAD DE LEISHMANIASIS

MARCAR Y NUMERAR LAS LESIONES



ENFERMEDAD MUCOSA SI () NO () Fecha de inicio de síntomas Tiempo años Meses



COMPROMISO DE ESTRUCTURAS

Compromiso	Erit	Edema	Inf	Ulc	N° de lesiones y características
Nariz					
Narinas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1/3 anterior	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Septo Nasal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cornetes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Boca					
Labios	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arcada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Paladar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uvula	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Faringe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Epiglotis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuerdas vocales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signos leishmaniasis visceral					
Hepatomegalia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Esplenomegalia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adenomegalia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anemia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pérdida de peso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anorexia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adenopatías	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Epistaxis	<input type="text"/>		
		Hemorragia gingival	<input type="text"/>		
		Debilidad progresiva	<input type="text"/>		
		desnutrición	<input type="text"/>		
		edema	<input type="text"/>		
		Alteraciones de la piel	<input type="text"/>		
		Ascitis	<input type="text"/>		

VI. PRUEBAS DE LABORATORIO

FROTIS DIRECTO		CULTIVO			HISTOPATOLOGIA			IDR		ELISA		PCR
FECHA	RESULT	FECHA	TIPO	RESULT	FECHA	TIPO	RESULT	FECHA	RESULT	FECHA	RESULT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DIAGNOSTICO

LEISHMANIA CUTANEA LEISHMANIA MUCOSA LEISHMANIA VISCERAL

Primer episodio Reinfeción Recai da Falla al tratam. Trat. adecuado

Trat. Inadec.

Ficha llenada por: médico () enfermera () Otros profes. Salud () Téc. Enfermería ()

Otros : _____ Especificar: _____

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
 Correo electrónico: cpf@ccim.minsa.gob.pe Teléfono: 01-4314589
 Calle Darul Amanah 119 José María Lima 11
 Dirección electrónica: <http://www.cpf.minsa.gob.pe>
 IMP-CALALUD 0000-10020

Fuente: CDC - Minsa (47)

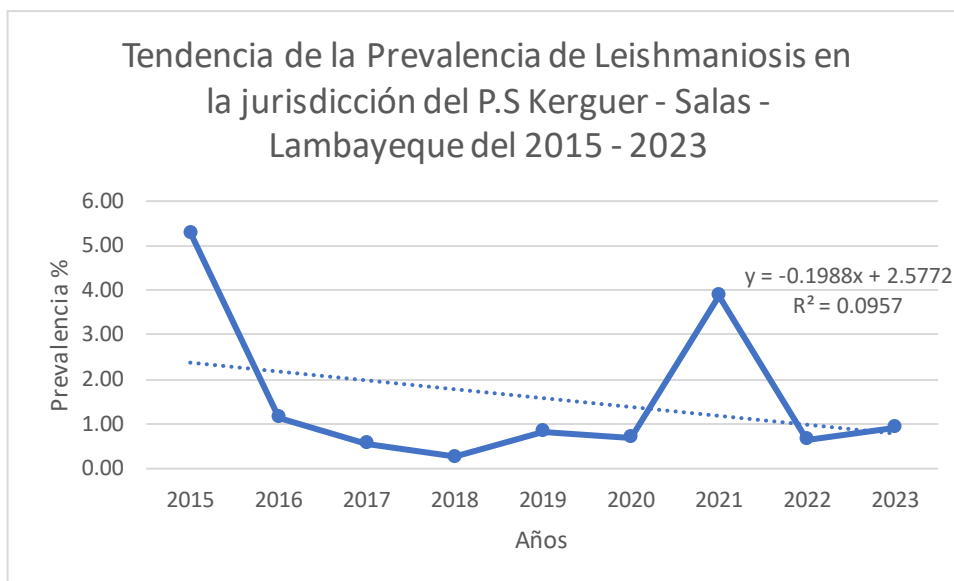


Figura 3. Tendencia de la prevalencia de Leishmaniosis en la jurisdicción del P. S. Kerguer – Salas- Lambayeque del 2015 – 2023

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

Anexo 2: Prueba de Chi-cuadrado definición de casos y edad del paciente en el Puesto de Salud Kerguer entre los años 2015-2023

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
DEFINICIÓN DE CASOS* EDAD DEL PACIENTE	103	100,0%	0	0,0%	103	100,0%

Tabla cruzada CASO DE LEISHMANIOSIS*EDAD DEL PACIENTE

Recuento

		EDAD DEL PACIENTE					Total
		1-20	21-40	41-60	61-80	81-100	
DEFINICIÓN DE CASOS	PROBABLE	51	19	17	4	1	92
	CONFIRMADO	7	1	1	1	1	11
Total		58	20	18	5	2	103

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,986 ^a	4	,289
Razón de verosimilitud	3,828	4	,430
Asociación lineal por lineal	,234	1	,629
N de casos válidos	103		

a. 6 casillas (60.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .21.

Estimación de riesgo

	Valor
Razón de ventajas para CASO DE LEISHMANIOSIS (PROBABLE / CONFIRMADO)	a

a. Los estadísticos de estimación de riesgo no se pueden calcular. Sólo se han calculado para una tabla 2*2 sin casillas vacías.

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

Anexo 3: Prueba de Chi-cuadrado definición de caso y género del paciente en el Puesto de Salud Kerguer entre los años 2015-2023

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
DEFINICIÓN DE CASO * GÉNERO DEL PACIENTE	103	100,0%	0	0,0%	103	100,0%

Tabla cruzada CASO DE LEISHMANIOSIS*GÉNERO DEL PACIENTE

Recuento

		GÉNERO DEL PACIENTE		Total
		FEMENINO	MASCULINO	
DEFINICIÓN DE CASO	PROBABLE	54	38	92
	CONFIRMADO	4	7	11
Total		58	45	103

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,992 ^a	1	,158		
Corrección de continuidad ^b	1,187	1	,276		
Razón de verosimilitud	1,980	1	,159		
Prueba exacta de Fisher				,204	,138
Asociación lineal por lineal	1,972	1	,160		
N de casos válidos	103				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4.81.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para CASO DE LEISHMANIOSIS (PROBABLE / CONFIRMADO)	2,487	,680	9,095
Para cohorte GÉNERO DEL PACIENTE = FEMENINO	1,614	,725	3,593
Para cohorte GÉNERO DEL PACIENTE = MASCULINO	,649	,390	1,080
N de casos válidos	103		

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

Anexo 4: Prueba de Chi-cuadrado definición de caso y sector en el Puesto de Salud Kerguer entre los años 2015-2023

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
DEFINICIÓN DE CASO * SECTOR	103	100,0%	0	0,0%	103	100,0%

Tabla cruzada CASO DE LEISHMANIOSIS*DOMICILIO ACTUAL DEL PACIENTE

Recuento

		SECTOR							Total
		KERGU ER	MIRAFLO RES	SUCCHAPA MPA	SURUCHI MA	LAMUC HAL	EL MAR CO	HUALAN GA	
DEFINICIÓN DE CASO	PROBABLE	47	9	7	3	12	4	10	92
	CONFIRMADO	7	0	3	0	1	0	0	11
Total		54	9	10	3	13	4	10	103

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,439 ^a	6	,282
Razón de verosimilitud	9,070	6	,170
Asociación lineal por lineal	1,490	1	,222
N de casos válidos	103		

a. 8 casillas (57.1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .32.

Estimación de riesgo

	Valor
Razón de ventajas para CASO DE LEISHMANIOSIS (PROBABLE / CONFIRMADO)	^a

a. Los estadísticos de estimación de riesgo no se pueden calcular. Sólo se han calculado para una tabla 2*2 sin casillas vacías.

Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

Anexo 5: Prueba de Chi-cuadrado definición de caso y actividad que desarrolló durante el contagio en el Puesto de Salud Kerguer entre los años 2015-2023

Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
	DEFINICIÓN DE CASO * ACTIVIDAD QUE DESARROLLÓ DURANTE EL CONTAGIO	103	100,0%	0	0,0%	103

Tabla cruzada CASO DE LEISHMANIOSIS*ACTIVIDAD QUE DESARROLLÓ DURANTE EL CONTAGIO

Recuento

		ACTIVIDAD QUE DESARROLLÓ DURANTE EL CONTAGIO				Total
		AGRICULTURA	CASA	ESTUDIANTE	OTROS	
DEFINICIÓN DE CASO	PROBABLE	31	36	10	15	92
	CONFIRMADO	3	8	0	0	11
Total		34	44	10	15	103

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,708 ^a	3	,127
Razón de verosimilitud	7,973	3	,047
Asociación lineal por lineal	1,970	1	,160
N de casos válidos	103		

a. 4 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.07.

Estimación de riesgo

	Valor
Razón de ventajas para CASO DE LEISHMANIOSIS (PROBABLE / CONFIRMADO)	a

a. Los estadísticos de estimación de riesgo no se pueden calcular. Sólo se han calculado para una tabla 2*2 sin casillas vacías.

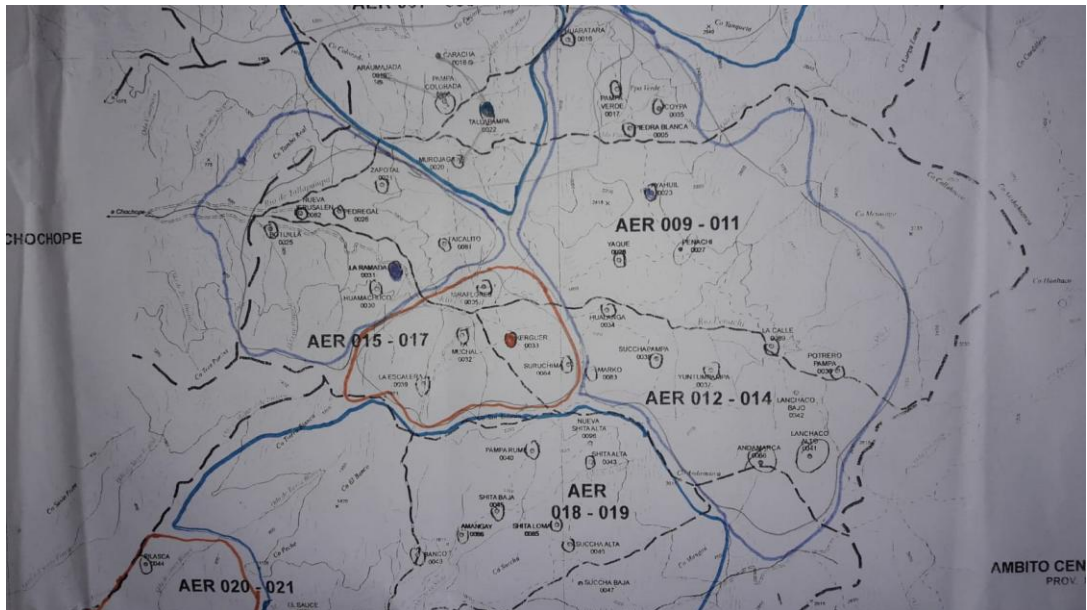
Fuente: Puesto de Salud Kerguer - Microred de Salud Salas - Red de Salud Lambayeque - GERESA

Anexo 6: Foto satelital del Centro Poblado de Kerguer.



Fuente: Google Maps

Anexo 7: Mapa del Centro Poblado de Kerguer.



Fuente: Archivo del Puesto de Salud Kerguer – Microred de Salud Salas – Red de Salud Lambayeque – GERESA

Anexo 8: Foto tomada al personal de salud del Puesto de Salud Kerguer junto a las tesisas Astonitas y Urcia.



Fuente: Astonitas E. y Urcia L.

Anexo 9: Foto tomada a las tesisas Astonitas y Urcia.



Fuente: Astonitas E. y Urcia L.

Anexo 10: Foto tomada a la jefa del Puesto de Salud, la Lic. en Enfermería Yolanda Huamanchumo Díaz junto a las tesisistas Astonitas y Urcia. La licenciada explica las fichas epidemiológicas.



Fuente: Astonitas E. y Urcia L.

Anexo 11: Trabajo de campo, recojo de información del libro de registros y seguimiento de pacientes con leishmaniosis.



Fuente: Astonitas E. y Urcia L.

Anexo 12

(a)



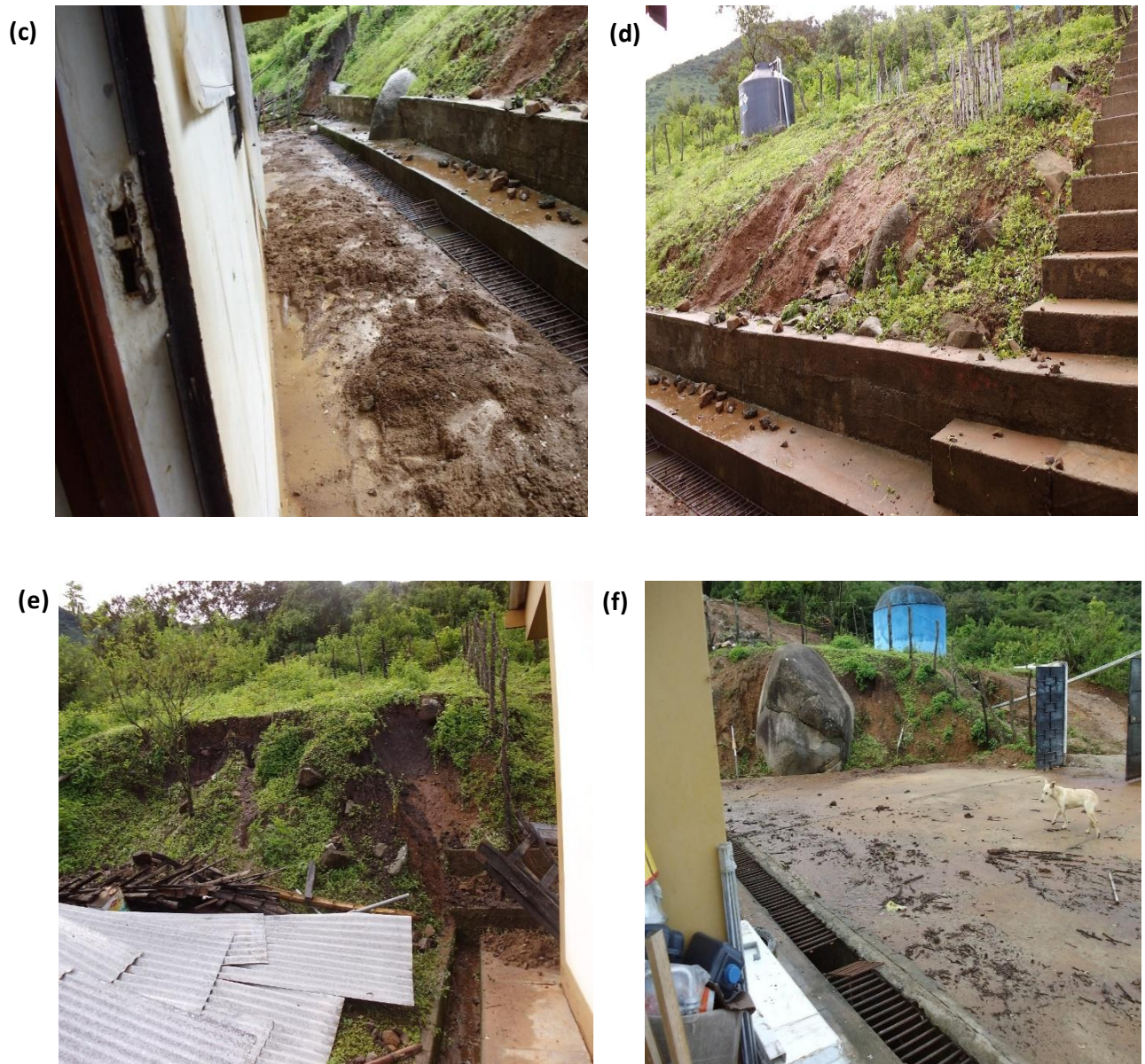
(b)



(a) Exterior de una vivienda donde se observa la vegetación y la presencia de animales peridomésticos. (b) Panorámica del Centro Poblado donde se observa la extensa vegetación.

Fuente: Astonitas E. y Urcia L.

Anexo 13: Puesto de Salud Kerguer



(c), (d), (e) y (f) Se observa los estragos de las lluvias alrededor del P.S. Kerguer.

Fuente: Astonitas E. y Urcia L.

Anexo 14: Centro Poblado Kerguer



Fuente: Astonitas E. y Urcia L.

Anexo 15: Fotos de lesiones de leishmaniosis en el miembro superior en pacientes del P.S. kerguer

(g)



(h)



(i)

(i)



(k)



(l)



(m)



(n)



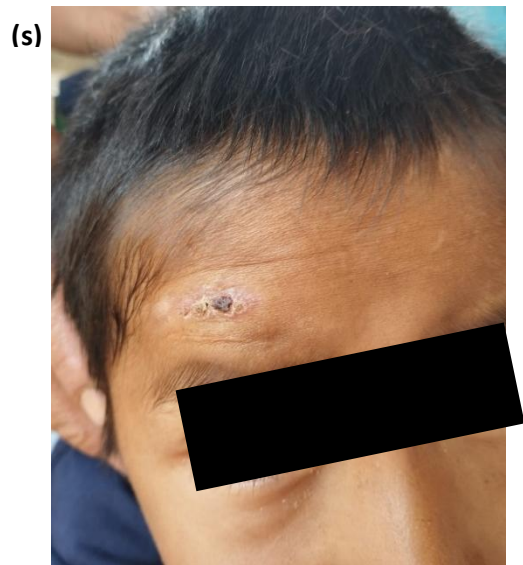
(o)



(g) Brazo izquierdo. (h) Antebrazo izquierdo. (i) Antebrazo derecho. (j) Brazo izquierdo (k) Brazo derecho. (l) Brazo izquierdo. (m) Mano derecha. (n) Brazo derecho. (o) Cerca al codo

Fuente: Archivos del Puesto de Salud Kerguer – Microred de Salud Salas – Red de Salud Lambayeque – GERESA

Anexo 16: Fotos de lesiones de leishmaniosis en la cabeza en pacientes del P.S. Kerguer





(p) Mejilla derecha. (q) Arriba de la ceja izquierda. (r) Mejilla derecha. (s) Arriba de la ceja derecha. (t) Mejilla izquierda. (u) Mejilla derecha.

Fuente: Archivos del Puesto de Salud Kerguer – Microred de Salud Salas – Red de Salud Lambayeque – GERESA

Anexo 17: Fotos de lesiones de leishmaniosis en el miembro inferior en pacientes del Puesto de Salud

(w)



(x)



(y)



(z)



(w) Cerca al tobillo derecho. (x) Pantorrilla derecha. (y) Pierna izquierda. (z) Tobillo izquierdo

Fuente: Archivos del Puesto de Salud Kerguer – Microred de Salud Salas – Red de Salud Lambayeque – GERESA

Anexo 18: Fotos de lesiones de leishmaniosis en la cadera en paciente del Puesto de Salud



Fuente: Archivos del Puesto de Salud Kerguer – Microred de Salud Salas – Red de Salud Lambayeque – GERESA