UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN - MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

CIES- UNAN Managua

Maestría en Epidemiología

2017-2019

Informe Final de Tesis para optar al
Título de Máster en Epidemiologia

COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LEISHMANIASIS EN EL MUNICIPIO DE CHOLOMA, DEPARTAMENTO DE CORTÉS, HONDURAS, 2016-2018.

Autora:
Karla Carolina Rivera Calix
Médico General

Tutora:
MSc. Sheila Valdivia
Docente e Investigador

Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua, marzo 2019

ÍNDICE

RESUMEN..... i

DEDICATORIA.....ii

AGRADECIMIENTOS.....iii

I. INTRODUCCIÓN..... 1

II. ANTECEDENTES 2

III. JUSTIFICACIÓN..... 4

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. 5

V. OBJETIVOS..... 6

VI. MARCO TEÓRICO..... 7

VII. DISEÑO METOLÒGICO..... 17

VIII. RESULTADO Y ANALISIS DE RESULTADOS..... 21

IX. CONCLUSIONES..... 39

X. RECOMENDACIONES..... 40

XI. BIBLIOGRAFIA..... 41

ANEXOS…......44

RESUMEN

Objetivo. Determinar el comportamiento epidemiológico de Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras, 2016-2018.

Diseño: con 104 pacientes con diagnóstico de Leishmaniasis. Se utilizó un instrumento que contenía las variables correspondientes para cada objetivo como: sexo, edad, procedencia, escolaridad, ocupación, tipo de lesión, numero de lesiones, localización anatómica, tiempo de evolución, curación, recaida y abandono, la recolección de los datos y tabulación, fueron realizadas por el investigador en el mes de enero,2018.

Resultados: los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el municipio de Choloma, 84 (81%) son hombres y 20 (19%) son mujeres, el grupo de edad afectado 28(26.9%) son 11-20 años, el 85 (81.7%) eran proceden de zonas rurales , 56 (53.8%) finalizaron la primaria, 55 (52.9%) eran agricultores, el tipo de lesión más frecuente fue la cutánea ulcerada 75 (72.1%), el número de lesión prevalente fue única 87(83.7%), localización anatómica más frecuente fue 49 (47.1%) cara y cuello y el tiempo de evolución oscilo entre 0-3 meses 98 (94.2%), 101 (97%) de los pacientes se curaron, el 14 (13.5%) de las notificaciones fue en el mes de septiembre y noviembre.

Conclusiones: De los 104 pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el municipio de Choloma, el sexo predominante fueron los hombres, se observó que la mayoría se dedicaban a la agricultura, el tipo de lesión predominante fue la cutánea ulcerada, con tiempo de evolución menor a tres meses y con localización anatómica en cara y cuello, la mayoría tuvieron buena respuesta al tratamiento.

Palabras claves: Leishmaniasis, Epidemiologia, Comportamiento.

contacto del autor correo: karolinarc12@gmail.com

DEDICATORIA

A Dios nuestro Señor por la oportunidad de continuar creciendo profesionalmente.

A mi familia, en especial a mi hija Ashley Carolina Alcántara, a mi madre María Calix, los amores de mi vida, razón para continuar preparándome y esforzarme cada día más en el cumplimiento de mis metas.

A mi amiga, Mary Murillo por su apoyo incondicional y alentarme a seguir cada una de las metas que me he propuesto.

Karla Carolina Rivera Calix

AGRADECIMIENTO

A Dios en primer lugar por darme la vida y haberme dado la oportunidad de terminar esta nueva etapa.

A los docentes de la Maestría, en especial al DR. Francisco Mayorga y Dra. Sheila Valdivia por la dedicación y apoyo que me brindó en la realización de esta investigación.

Al personal del Municipio de Choloma de la Región Departamental de Cortes por su colaboración en la realización de este estudio.

A mis compañeros y compañeras de la Región Departamental de Cortes #5, que contribuyeron en el proceso de la investigación.

Karla Carolina Rivera Calix

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la Leishmaniasis se encuentra entre las más descuidadas de las enfermedades tropicales con más de 12 millones de personas actualmente infectadas, con 0,9 a 1,6 millones de nuevos casos/año y 350 millones de personas a riesgo de infectarse. (OPS/OMS,2017)

En Honduras, en el año 2014 se identificaron 2,149 casos, según los registros reportados por la unidad de estadística de la secretaría de salud, siendo los departamentos de: Colon, Yoro, Olancho, Valle y Choluteca registraron la tasa de incidencia más alta.- presentándose cuatro formas clínicas: cutánea ulcerada, cutánea no ulcerada o atípica, Mucocutánea y visceral, las cuales predominan estadísticamente entre si según la región geográfica estudiada; las zonas endémicas más importantes se encuentran en los departamentos del sureste del Paraíso, Santa Bárbara, Cortés , Yoro, Atlántida, Colon, Región oriental de Olancho, Valle, Choluteca y Gracias a Dios. (Secretaría de Salud Honduras, 2017)

El plan de acción de leishmaniasis para las Américas es un instrumento que consolida las principales líneas de acciones para fortalecer la vigilancia y control de la enfermedad en la región. Además, presenta los indicadores de proceso para valorar su progreso, así como los epidemiológicos y operacionales para monitorear la enfermedad y los avances en la calidad de los servicios realizados y de la información disponible. (OPS/OMS,2017)

En el departamento de Cortés, el municipio de Choloma es una de las unidades con mayor reporte de casos de Leishmaniasis en el año 2016 y de esta manera se constituye como el tercer municipio con un problema importante de salud pública. El propósito de esta investigación radica en fortalecer el trabajo de campo y mejorar la detección oportuna de los casos a nivel de la Secretaría de Salud.

II. ANTECEDENTES

Izaguirre González et al., (2017) Honduras. En su estudio Características clínicas y epidemiológicas de Leishmaniasis determinó que el tipo de Leishmaniasis más frecuente fue la forma cutánea en un 89.1% el grupo etáreo más afectado fue el adulto joven (20-39 años) 37.8%, siendo estos de género masculino 61.8%. La zona anatómica más afectada fueron las extremidades superiores 43.6%, el tamaño de la lesión fue entre 2-10 cm 64.2%. El 96.1% permaneció en zonas boscosas. El 74.5% no presentaron síntomas. En el 100% de los pacientes se utilizó Antimoniato de Meglumina (Glucantime encontrándose buena respuesta al tratamiento).

Diburga Del Águila Camila., (2016) Perú. En su estudio Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes adultos con Leishmaniasis evidenció que el 89% de los pacientes son hombres, el 33% de este sexo se encuentra en el intervalo 25-39 años y en el 46% las lesiones se encuentra en miembros inferiores, el 21%de los hombres se dedican la agricultura y en 79% predomina la forma cutánea, la mayoría de las notificaciones el 24%,fue en el mes de octubre, el 79% de los casos predomina la forma cutánea, de los 87 casos estudiados el 98% presentó lesión ulcerada, el 66% tenía un tiempo de evolución1 mes- 1 año, el 46% presentó lesiones localizadas en miembros inferiores.

Puentes Baquero et al., (2015) Colombia. Ausencia de respuesta al tratamiento de primera línea para Leishmaniasis Cutánea en la Policía Colombiana estudió 57 casos y 114 controles. El 99,4% de los sujetos eran masculinos, la mediana de edad fue 24 años. La mediana entre el inicio de los síntomas y la fecha de la consulta fue de 31 días. Las lesiones estaban localizadas con mayor frecuencia en los miembros superiores (60,8%); Los sujetos recibieron entre uno y cuatro ciclos de tratamiento; el 95,3% recibió Glucantime como tratamiento de primera línea.

Olivera Guerra et al., (2015) Brasil. En el objetivo de su estudio Identificar las características clínicas de los pacientes con Leishmaniasis observó que el 76.2% de los

pacientes son hombres, que el grupo de edad más afectado son 21-30 años 26.6%, los trabajadores extractivos 43.7% y 3.3% de los casos fueron de la forma mucosa.

P. Giavedoni et al., (2015) España. El objetivo del estudio fue valorar las características epidemiológicas y clínicas de la Leishmaniasis cutánea en las últimas 2 décadas donde observó que la edad media fue de 49 años, con un predominio en varones y un tiempo medio de evolución previo a la consulta de 3 meses. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron placas y úlceras. La mayoría de pacientes inmunodeprimidos y con Leishmaniasis importada presentaron lesiones ulceradas y/o múltiples. El diagnóstico se basó en los hallazgos clínico-patológicos en la primera década, asociándose el diagnóstico por métodos moleculares en la segunda. El tratamiento de elección fue los antimoniales pentavalentes, con buenos resultados y escasos efectos adversos.

III. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades parasitarias tienen una distribución universal y son causa de una significativa morbimortalidad, principalmente en las regiones tropicales del mundo, asociadas a un bajo grado de desarrollo, malas condiciones higiénico-sanitarias, y determinadas condiciones ecológicas. La Leishmaniasis son un importante problema de salud pública en las Américas debido a su amplia distribución y elevada prevalencia; su complejo ciclo de transmisión comprende diferentes especies de parásitos, reservorios y vectores. Además, los principales factores de riesgo, resultantes de los procesos sociales, económicos y ambientales, favorecen su transmisión y dificultan su control. (Secretaría de Salud Honduras, 2017)

En el año 2016, Choloma se identificó como el tercer Municipio de la Región Departamental de Cortés, con más notificación de casos de Leishmaniasis. Por lo que se considera que la Leishmaniasis continúa siendo un problema de salud pública, lo que indica la necesidad de mantener un esfuerzo sostenido para fortalecer la vigilancia epidemiológica en instituciones públicas o privadas y mejorar la detección oportuna de casos.

Este estudio de comportamiento epidemiológico de Leishmaniasis permitirá a la Región Departamental de Cortés fortalecer la investigación de campo, protocolos de atención a nivel municipal y mejorar la detección oportuna de los casos de Leishmaniasis

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A nivel mundial, la Leishmaniasis se encuentra entre las más descuidadas de las enfermedades tropicales, con más de 12 millones de personas actualmente infectadas, con 0,9 a 1,6 millones de nuevos casos/año y 350 millones de personas a riesgo de infectarse. (OPS/OMS,2017)

En el departamento de Cortés se presentaron en el año 2016, 186 casos de Leishmaniasis y se evidenció que la población de Choloma fue la más afectada, sin embargo, no se define una línea estratégica adecuada.

Por lo antes mencionado se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es el comportamiento epidemiológico de la Leishmaniasis en el municipio de Choloma, Cortés, Honduras, periodo 2016-2018?

En base a lo anterior se formulan las siguientes interrogantes específicas:

1. ¿Qué características sociodemográficas tienen los pacientes con leishmaniasis en el municipio de Choloma, Cortés,en el periodo en estudio?

2. ¿Cuál es el comportamiento clínico de la leishmaniasis en los pacientes diagnosticados?

3. ¿Cuál es la evolución del tratamiento en los pacientes diagnosticados con leishmaniasis?

4. ¿Cómo establecer la distribución temporal de la Leishmaniasis registrada en el municipio de Choloma?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el comportamiento epidemiológico de leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras, 2016-2018.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Identificar el comportamiento clínico de la Leishmaniasis en los pacientes diagnosticados.
3. Describir la evolución del tratamiento en pacientes diagnosticados con leishmaniasis.
4. Establecer la distribución temporal de la Leishmaniasis registrada en el municipio de Choloma.

VI. MARCO TEÓRICO

Honduras es un país que posee zonas geográficas boscosas y húmedas, que condicionan la proliferación del vector de la Leishmaniasis, afectando zonas pobladas rurales, con condiciones de vida precarias, donde este vector se encuentra en su hábitat natural. (Campos Barahona,2010)

Son enfermedades zoonóticas que afectan la piel, las mucosas, o las vísceras, producidas por un parasito protozoario flagelado del género leishmania, que consta de diferentes especies distribuidas en todo el planeta, que se introduce en el organismo por la picadura de un insecto flebótomo, conocido en el continente americano con el nombre de Lutzomya. Pueden actuar como huéspedes reservorios unas cien especies animales mamíferos, entre los cuales los más importantes son; el perro, el gato, roedores domésticos y la zarigüeya. (Campos Barahona,2010)

Las leishmaniasis constituyen un grupo de enfermedades transmitidas por vectores con una amplia gama de presentaciones clínicas, de complejos patrones epidemiológicos y muchas determinantes sociales, por lo que las hace estar incluidas en el grupo de enfermedades desatendidas. (Secretaria de Salud Honduras ,2017)

Esta es transmitida por la hembra que pica al animal o persona contaminada con Leishmania, ingiriéndola con la sangre que absorbe. Una vez en el interior del parásito, la Leishmania continúa su ciclo de maduración para posteriormente, cuando este vuelva a picar de nuevo a otra persona; contaminarla e iniciar el proceso infeccioso. (Heymann,2005).

Se presentan cuatro formas clínicas que afectan la piel, membranas mucosas, cartílagos y vísceras del ser humano y de diversos mamíferos. El hombre no es considerado reservorio eficiente. Las presentaciones clínicas de la enfermedad varían de acuerdo con:

- La especie de Leishmania
- La respuesta inmune del hospedero
- El estado de evolución de la enfermedad

Agente etiológico

Es un protozoo flagelado del género Leishmania y entre algunas especies se describen: L. Brazilian, L. panamensis, L. mexicana, L. infantum. (PAHO, 2015)

Los flebotominos son insectos pequeños de 2 a 4 mm de color ocre con cuerpo cubierto de pelos, patas largas y finas, con el rostro hacia abajo que les da una apariencia de jorobado, y se posan con las alas abiertas en un Angulo de 45 grados. En el día se abrigan en las cuevas de animales, huecos de árboles, leñeras, alcantarillas sin agua, solares abandonados, debajo de las hojarascas, ricos en materia orgánica, para poder alimentar las larvas cuando eclosionan, en áreas de alta humedad y temperatura entre 19 y 27 grados centígrados. (Matute, Espinoza ,2009)

Las manifestaciones clínicas de la Leishmaniasis son variables y están relacionadas en parte a la cepa del agente infectante, al medio ambiente y la respuesta inmune del hospedero. Cuatro (4) diferentes formas clínicas son bien caracterizadas: Leishmaniasis cutánea no ulcerada, Leishmaniasis Mucocutánea, Leishmaniasis cutánea ulcerada y la Leishmaniasis visceral.

Se transmite a través de un insecto que habita en zonas húmedas y templadas perteneciente al género Lutzomya. El hábitat de estos insectos es en los huecos de los árboles, troncos caídos y las cortezas en descomposición, del cual obtienen materia orgánica para el desarrollo de las larvas.

Cuando la hembra del insecto vector chupa sangre de un animal parasitado, ingiere las Leishmania, las que se multiplican en el intestino del vector.

Cuando se produce una nueva ingesta, el insecto inyecta saliva y con ella, pasan Leishmania, de ésta manera puede contagiarse el hombre. (Araujo Flores et al,2012)

Clínica

El periodo de incubación es de aproximadamente quince días (15) días, aunque puede extenderse por varias semanas. Transcurrido este periodo, en el lugar de la picadura puede observarse una mancha rojiza que evoluciona hacia una úlcera. La que generalmente es indolora, aunque puede producir picazón; dicha úlcera puede persistir durante meses y se localiza en regiones descubiertas del cuerpo.

Posteriormente, entre uno (1) y veinte y cuatro (24) meses de curada dicha lesión, aparece una lesión en la mucosa nasal, con obstrucción, secreción acuosa y sangrado por la nariz. En algunos casos puede llevar a la destrucción del tabique nasal ("nariz de tapir"). Las lesiones también, aunque infrecuentemente, pueden observarse en los párpados (fácil de confundir con un orzuelo) y en el glande (similar al chancro de la sífilis). Generalmente, en las personas sin alteraciones de su sistema inmunológico, evoluciona hacia la curación en los meses subsiguientes, dejando una cicatriz característica. (OPS,2011)

Factores de riesgo

Como ya hemos mencionado la leishmaniasis es una infección parasitaria causada por muchas especies de los protozoos intracelulares obligados del género de leishmania, manifestándose en uno de los síndromes principales como lo es la leishmaniasis cutánea del viejo mundo y del nuevo mundo. (Secretaría de Salud Honduras, 2017)

- Pobreza: inadecuadas condiciones de vivienda, deficiente de saneamiento de los hogares, hacinamiento y de comportamiento humano.

- Malnutrición: dietas bajas en proteínas, hierro, vitamina A y zinc aumentan el riesgo a que la infección progrese hacia Leishmaniasis visceral.

- Movilidad poblacional: la migración y el desplazamiento de personas a zonas donde ya existen ciclos de transmisión, exposición en el trabajo y el aumento en la desforestación.

- Cambios ambientales: urbanización, la incursión de las explotaciones agrícolas y los asentamientos poblacionales en las zonas boscosas.

- Cambios climáticos: las precipitaciones, la temperatura y la humedad, influyen en gran medida en la enfermedad. Calentamiento de la tierra y la degradación del suelo afectan en muchos aspectos a la epidemiologia de la Leishmaniasis. (Carrillo et al,2010)

Tratamiento

Los esquemas terapéuticos tópico no han dado resultados en comparación con el tratamiento de elección. El medicamento de primera elección es el antimoniato de N-metilglucamina conocido como glucantime y el estibogluconato de sodio presentando una similitud en su eficacia.

Al comenzar el tratamiento, los usuarios deberán ser evaluados tanto clínica como para clínicamente con la finalidad de descartar alteraciones cardíacas, alteraciones hepáticas o alteraciones renales; y a las personas mayores de 45 años y a los que presenten alteraciones clínicas, deberán realizarse exámenes como electrocardiograma, exámenes de función renal, pruebas pancreáticas y pruebas hepáticas.

El tratamiento que se realiza debe ser de tipo ambulatorio, además de sistémico y prolongado, el que debe ser supervisado por personal médico capacitado para evaluar y

certificar la adherencia al tratamiento. Las principales fallas en el tratamiento, es la colocación de dosis inadecuada.(SY Patiño-Londoño,2017)

El control médico debe realizarse una vez a la semana mientras dure el tratamiento, para evaluar al tratamiento y las características de regresión de las lesiones que se presenten, así como la detección de alteraciones renales, cardiacas y hepáticas. El esquema terapéutico recomendable para curar la leishmaniasis cutánea es el utilizado por la OMS en la que se aplica una dosis diaria de antimonio Meglumina, calculada con 20 mg/kg de peso/día por 20 días, garantizando curación del 90 a 95%. (Nieves et al,2011)

Definición de Caso

Caso sospechoso de Leishmaniasis cutánea**:** todo paciente que cumple con los siguientes criterios:

Criterio epidemiológico: procedente de zonas endémicas o de nuevas áreas de transmisión de Leishmaniasis en el país, o tomar en cuenta la estadía al menos en las últimas dos semanas en países o departamentos donde la enfermedad es endémica.

Criterio clínico: presencia de lesiones ulceradas o lesiones papulares y nodulares características de la Leishmaniasis no ulcerada.

L. cutánea no ulcerada: se presenta clínicamente como pápulas, nódulos, impétigo, verrugas o placas difusas. La evolución es muy lenta, indolora, halo blanco alrededor de la lesión y distribuidas principalmente en áreas expuestas (cara, cuello y extremidades). La mayoría de los casos ocurren en población infantil 5-15años.

L. cutánea ulcerada: presencia de una o más lesiones en la piel que inician con una pápula eritematosa, aumentando de tamaño y en algunos casos con progresión a lesiones ulceradas o ulcera costrosa, poco profundas de aspecto redondeado, no

dolorosas, de bordes bien definidos y ligeramente elevados y cortados en forma de sacabocado, con secreción serosa o seropurulenta, no sangrante.

Tiempo de evolución es mayor de dos semanas, la localización más frecuente es en las zonas expuestas (extremidades y cara). (Echeverry et al,2012)

Caso sospechoso de Leishmaniasis Mucocutánea: Todo paciente que cumple con los siguientes criterios:

Criterio epidemiológico: procedente de zonas endémicas o de nuevas áreas de transmisión de leishmaniasis en el país o tomar en cuenta la estadía en países o departamentos donde la enfermedad es endémica.

Criterio clínico: Toda persona con cuadro clínico caracterizado por lesiones granulo matosas elevadas o ulcerosas de la mucosa nasal, boca, paladar blando, faringe, laringe o tráquea, con antecedente de lesiones cutáneas activas o cicatrizadas previas, procedencia o residencia en zonas endémicas de Leishmaniasis.

Leishmaniasis visceral: Cuadro clínico caracterizado por fiebre elevada ondulante, pérdida de peso, palidez, esplenomegalia, hepatomegalia, sin ascitis, ni ictericia, en niños menores de 5 años procedentes o residentes de áreas fronterizas a zonas endémicas de Leishmaniasis visceral. (Arboleda et al,2015)

Caso Confirmado:
Caso probable con examen parasitológico o inmunológico ó histopatológico o cultivo que demuestre positividad a infección por Leishmaniasis

Diagnóstico

El diagnóstico definitivo de leishmaniasis requiere la demostración del parásito, que puede ser observado en forma de amastigote, en aquellas muestras procedentes de las lesiones y en su forma de promastigote cuando son aislados de los cultivos. El parásito

puede ser demostrado a través del frotis, cultivo, histopatología y a través de la inoculación en animales. (Ore et al, 2016)

Situación epidemiológica

En Honduras, las Leishmaniasis son una causa importante de morbilidad, cuya notificación es de carácter obligatoria en forma semanal, mensual de forma individual en la investigación de caso.

Entre los años 2010 al 2014, el sistema de información registra un total de 7,766 casos de Leishmaniasis, concentrados principalmente en los departamentos de Cortes, Colon, Olancho, Yoro y Choluteca siendo la población rural de estos departamentos, las que tiene mayor vulnerabilidad, en este periodo la Leishmaniasis cutánea ulcerada es la forma clínica predominante, seguido de la Leishmaniasis cutánea no ulcerada.

Se ha reportado la presencia del vector transmisor de la Leishmania en 16 de los 18 departamento del país, lo que determina área receptiva y que hace pensar en la posibilidad de la existencia de casos que probablemente no son diagnosticados oportunamente. (Secretaria de Salud Honduras,2017)

Estudios recientes revelan que la leishmaniasis produce una carga de enfermedad de 2,35 millones de AVAD (años de vida perdidos ajustados por discapacidad), de los cuales 2,3% recaen en las Américas. Se estima que alrededor del 75% de los casos registrados de la leishmaniasis cutánea se concentran en 10 países, 4 de los cuales están en la región de las Américas (Brasil, Colombia, Perú y Nicaragua). Con respecto a la leishmaniasis visceral, el 90% de los casos se concentran en Brasil, Etiopía, India, Bangladesh, Sudán y Sudán del Sur. (OPS,2017)

En Perú se encontraron once variantes de leishmaniasis cutánea, siendo la más frecuente la ulcerosa y la ulcero-costrosa (96.9%) y el compromiso linfonodular en la variedad ulcerosa, sobre todo en brazos y en piernas, fue muy frecuente. (Cueto Miranda y Cols,2012)

En Irán, la leishmaniasis tuvo mayor incidencia en los hombres (61.8%), la mayoría de los pacientes (31.2%) de edad 21-30 años, en las extremidades superiores (48,3%), Sobre todo en los hombres (32,4%), las lesiones fueron cutánea no ulcerada, en forma de nódulo (36.5%) entre las ocupaciones, se detectó la mayor prevalencia en los estudiantes (18,1%). Karami et al ,2013)

En un estudio realizadó en Honduras, la enfermedad se observó principalmente en los hombres con 57,14%, el grupo etario con mayor número de casos fue el de 15 y más años con 55,28%, el mayor número de casos se presentaba en el primer trimestre 46%,en cuanto a las características de la lesión la forma que predomino fue la ulcerada 50.3%, predominando la lesión única 58,38 % sobre la existencia de lesiones múltiples 41,61 %, siendo la localización más frecuente las piernas con el 40,99 %, seguido de los miembros superiores 40,37 % y que del total de pacientes diagnosticados el 85.71% refirieron haber viajado a zonas boscosa. (Risco Oliva et al,2009)

Medidas de Prevención y Control

Un programa de control de la Leishmaniasis debe ser integral, donde se comprometa a diversas instituciones que estén ligadas al problema de la Leishmaniasis, para así evitar paralelismo de las acciones y realizar gastos innecesarios. Sin embargo, es importante reconocer la complejidad de las medidas de control que se tengan que implementar, ya que existen aún muchas interrogantes que responder especialmente en lo concerniente a los reservorios y vectores en varias zonas del país.

Considerando las características epidemiológicas propias de la Leishmaniasis las estrategias de control deben ser flexibles, diferenciadas y adecuadas a cada región o foco en particular según los conocimientos que se tengan de la realidad local de acuerdo a las investigaciones realizadas y al análisis local de los datos obtenidos en las fichas epidemiológicas o las notificaciones semanales. (Jornals et al, 2017)

Para la selección de estrategias adecuadas de control se debe considerar lo siguiente: Caracterización de la enfermedad de acuerdo con la forma clínica según edad, sexo, ocupación y procedencia.

Actividades de Control Directas: Las actividades directas de control están relacionadas a las medidas de intervención.

Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los casos a través de:

• Captación activa de casos probables en áreas donde se presenten altas tasas de morbilidad, donde haya dificultad de acceso a las unidades de salud y donde simultáneamente se disponga de importante cantidad de recursos instalados para la oferta de salud.

En estas búsquedas casa por casa deben participar tanto el personal de salud, los agentes comunales de salud, y personal de otras instituciones. Participación de la comunidad en forma de sindicatos de enfermos.

• Reforzamiento de la atención a la demanda pasiva de pacientes. En este componente es necesario la competencia técnica del equipo de salud tanto del personal profesional y técnico, de igual manera, es importante el cambio de actitud frente a los pacientes, para que sientan que son atendidos de una manera cálida, continua y en forma oportuna.

• Aplicación de insecticidas (control vectorial químico): La aplicación de insecticidas contra los vectores resulta práctica en zonas donde exista transmisión intra-domiciliaria o peri domiciliar, situación que se caracteriza cuando hay presencia de casos de Leishmania en menores de 4 años residentes en áreas urbanas o periurbanas o en ciertas áreas rurales donde se tenga poblacionales expuestas.

• El control vectorial químico está restringido por las características entomológicas de las Lutzomya al tratamiento adulticida mediante la aplicación de insecticidas en forma residual y espacial.

Actividades de Control Indirectas:

Las actividades indirectas de control están relacionadas a las medidas de intervención que no intervienen directamente en la cadena de transmisión de la Leishmaniasis:

• Capacitación técnica: Se debe capacitar en forma permanente al personal de los establecimientos de salud que brinda atención a las personas con Leishmaniasis.

Dos tipos de capacitación deben ser impartidas, una orientada a fortalecer los conocimientos de manejo clínico, psicológico, y otra orientada a fortalecer los conocimientos sobre salud pública en el campo de la Leishmaniasis. Se debe establecer una relación dinámica entre el conocimiento del profesional y la vivencia de los diferentes estratos sociales a través de la comprensión global del proceso salud-enfermedad, en el cual intervienen factores sociales, económicos, políticos y culturales.

• La Educación sanitaria, como medida preventiva, está dirigida principalmente a la comunidad, a grupos poblacionales en riesgo de enfermar por Leishmaniasis, así como a turistas que viajan a áreas endémicas. (OPS,2013)

VII. DISEÑO METOLÒGICO

a. Tipo de estudio

Descriptivo, de corte transversal.

b. Área de estudio

El estudio se realizó en el municipio de Choloma, ubicado en la zona Nor-Occidental del Valle de Sula, departamento de Cortes.

c. Universo y muestra

El universo del estudio lo constituyeron 104 expedientes, con diagnóstico de leishmaniasis, siendo igual la muestra, al universo, Municipio de Choloma, Cortes 2016-2018.

d. Unidad de análisis.

Ficha de notificación de casos de leishmaniasis de la Secretaría de Salud.

e. Criterios de Selección:

Criterios de Inclusión:

- Expedientes de pacientes con diagnóstico de Leishmaniasis en el período de estudio.
- Expedientes de pacientes que residen en el Municipio Choloma.

Criterios de exclusión:

- Expedientes de pacientes con diagnóstico de Leishmaniasis en período diferente al estudio.
- Expedientes de pacientes que no residen en el Municipio Choloma.

f. Variables por objetivos:

Para el objetivo 1: Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Escolaridad
- Ocupación
- Lugar de Residencia

Para el objetivo 2: Identificar el comportamiento clínico de la Leishmaniasis en los pacientes diagnosticados.

- Tipo de lesión
- Localización anatómica
- Número de lesiones
- Tiempo de evolución

Para el objetivo 3: Describir la evolución del tratamiento en pacientes diagnosticados con Leishmaniasis.

- Abandono
- Recaida
- Curación

Para el objetivo 4. Establecer la distribución temporal de la Leishmaniasis registrada en el municipio de Choloma.

- Casos por mes
- Casos por año

g. Fuente de información.

La fuente de información es secundaria, se obtuvo de los registros de bases de datos, expediente clínico y fichas de notificación de casos de leishmaniasis, de la Red de Salud en el municipio Choloma, Cortes, 2016- 2018.

h. Técnica de Recolección de Información

La técnica utilizada consistió en la revisión de todas las fichas de reporte de casos, expediente clínico y análisis de base de datos, en la oficina de la coordinación de la Red de Salud del Municipio de Choloma, cortés.

i. Instrumento de recolección de Información

El Instrumento de recolección de la información lo constituyo una matriz (ver anexo 3), previamente elaborada, en la que se reflejan los datos de interés del estudio:

La ficha consta de los siguientes datos:

- Características sociodemográficas
- Tipo de lesión
- Localización, número y tiempo de evolución.
- Distribución por semana epidemiológica.
- Lugares de mayor notificación.

j. Procesamiento de la Información

Para el procesamiento de la información se utilizó Word, Power Point y Excel 2016, para el cruce de variables se utilizó el programa estadístico SPSS v 21.

k. Consideraciones Éticas

Para la realización del presente estudio se solicitó la autorización de las autoridades correspondientes de la Región Sanitaria de Cortés, Honduras. Además, se anexa autorización con firma y sello de la jefatura correspondiente.

La información se utilizó para efecto del estudio, manteniendo el anonimato de los casos.

No se realizarón remuneraciones económicas.

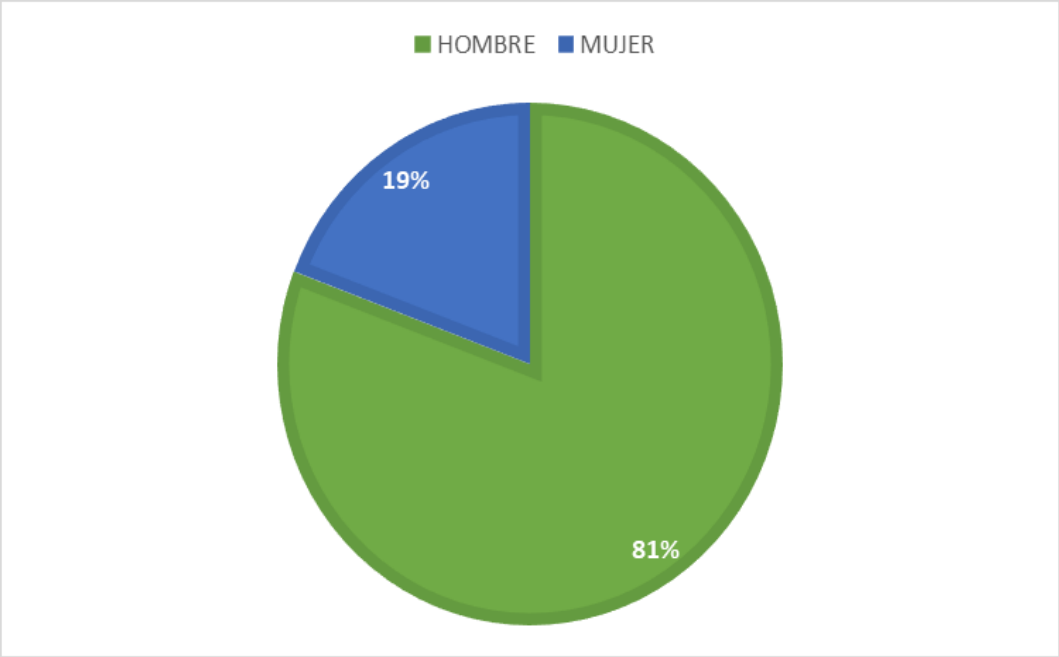
m. Trabajo de Campo

La recolección de la información se llevó a cabo el mes de noviembre, diciembre de 2018, por medio de una ficha previamente elaborada por la secretaría de salud, donde se contempla todos los datos de interés de las principales variables de estudio.

VIII. RESULTADO Y ANALISIS DE RESULTADOS

Objetivo 1. Características sociodemográficas de la población en estudio.

Gráfico 1. Sexo de los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

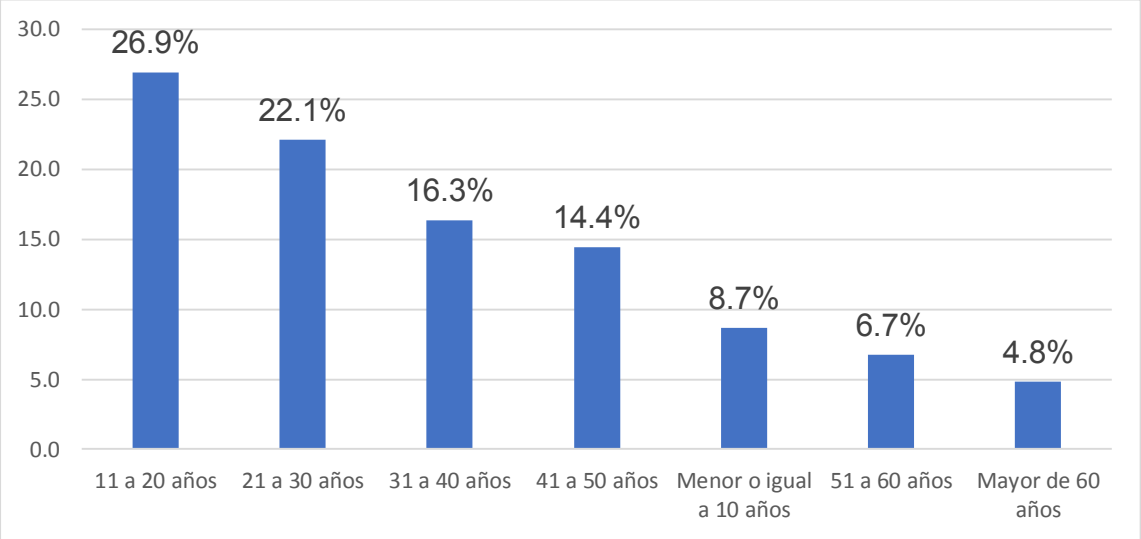


Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

En relación a los datos demográficos se observa que 84(81%) de los pacientes eran hombre y el 20 (19%) son mujeres. (Ver anexo 5, tabla 1).

Esto coincide con los datos mencionados por Puentes Baquero et al en el año 2015 en Colombia donde encontró que los más afectados eran hombres (99.4%). Con estos resultados se afirma que el hombre es el más afectado en esta patología por su exposición directa en el lugar de trabajo aunado a que el vector por naturaleza se encuentra en zonas rurales.

Gráfico 2. Grupo etario de los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

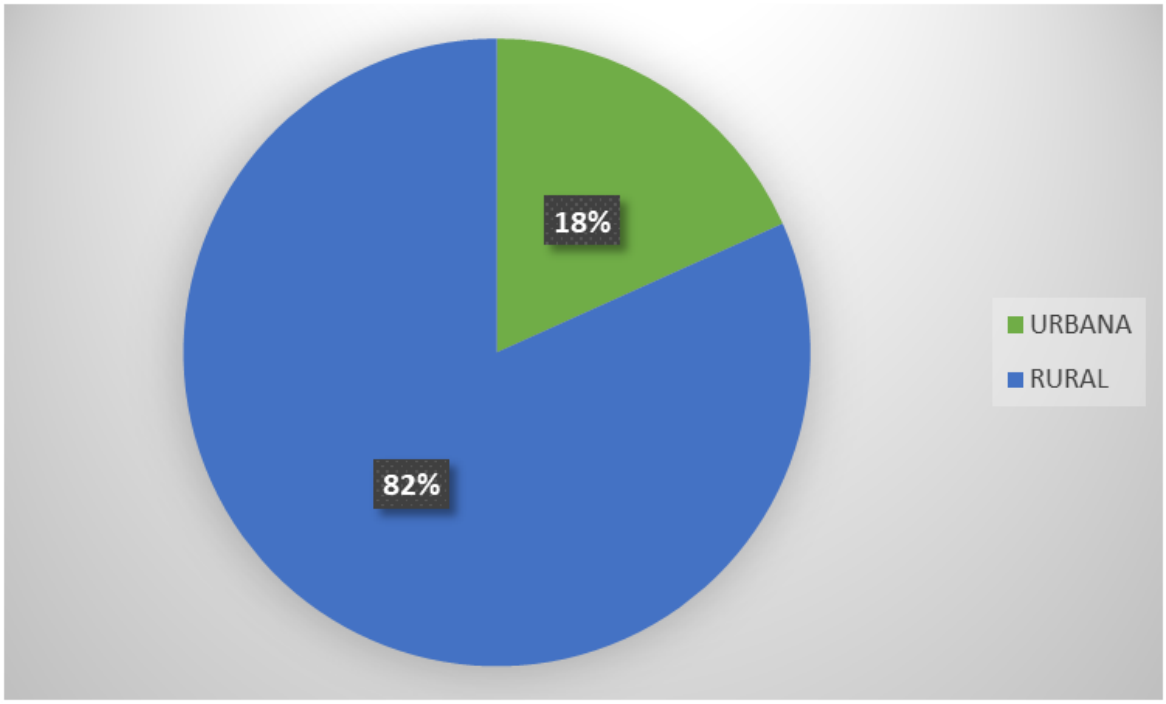


Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

En relación a los datos demográficos la enfermedad se observa principalmente en el grupo de edad de 11-20 años 28 (26.9%), de 21-30 años 23 (22.1%),de 31-40 años 17(16.3%), de 41-50 años 15 (14.4 %), menor o igual a 10 años 9 (8.7%), de 51-60 años 7 (6.7%) y mayores de 60 años 5 (4.8%).(Ver anexo 5, tabla 2).

Esto difiere con los datos mencionados por Izaguirre González et al en el año 2017 en Honduras donde encontró que el grupo de edad más afectado fue el adulto joven 20-39 años (37.8%). Con estos resultados se observó que el grupo de edad más afectado es de 11-20 años, debido a que la mayoría de adolescente empiezan a trabajar desde muy corta edad y por lo general en su mayoría se dedican a la agricultura agregado la falta de conocimiento y poca practica de las medidas de prevención de la enfermedad.

Gráfico 3. Procedencia de los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

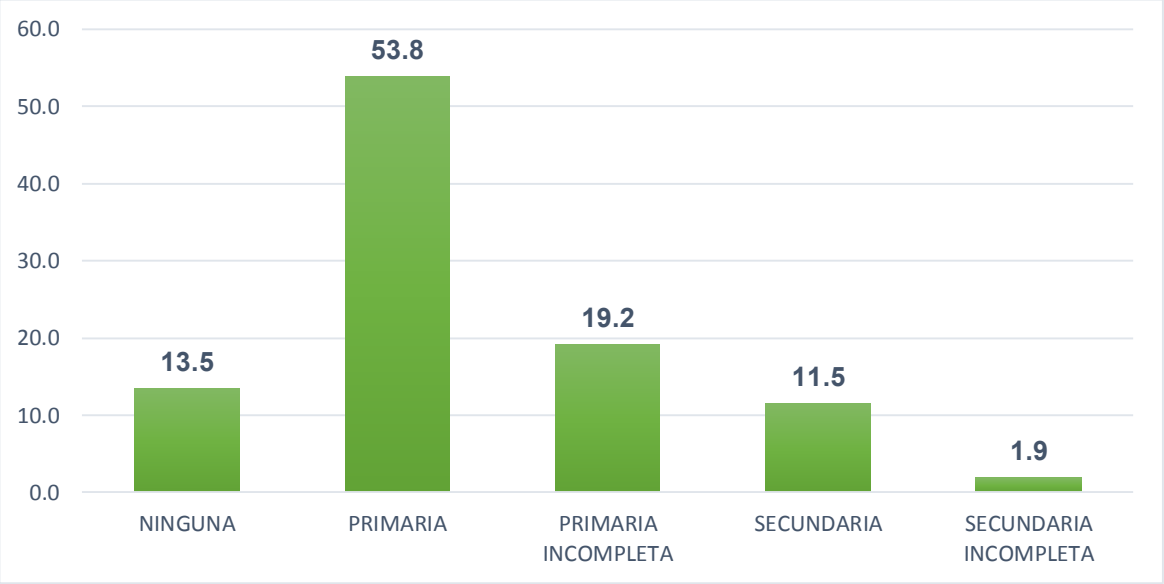


Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

En relación a la procedencia del paciente se observa que 85 (81.7%) de pertenecen a zonas rurales y el 19 (18.3%) zonas urbanas.(Ver anexo 5, tabla 3).

Esto es similar con los datos mencionados por Izaguirre González al, en el año 2017 en Honduras donde los pacientes más afectados proceden de zonas boscosas (96.1%). Con estos resultados se observó que el 81.7% de los pacientes proceden de zonas rurales debido a que por naturaleza él vector se encuentra mayormente en área rural aunado a los factores laborales propios de la localidad.

Gráfico 4. Nivel académico de los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

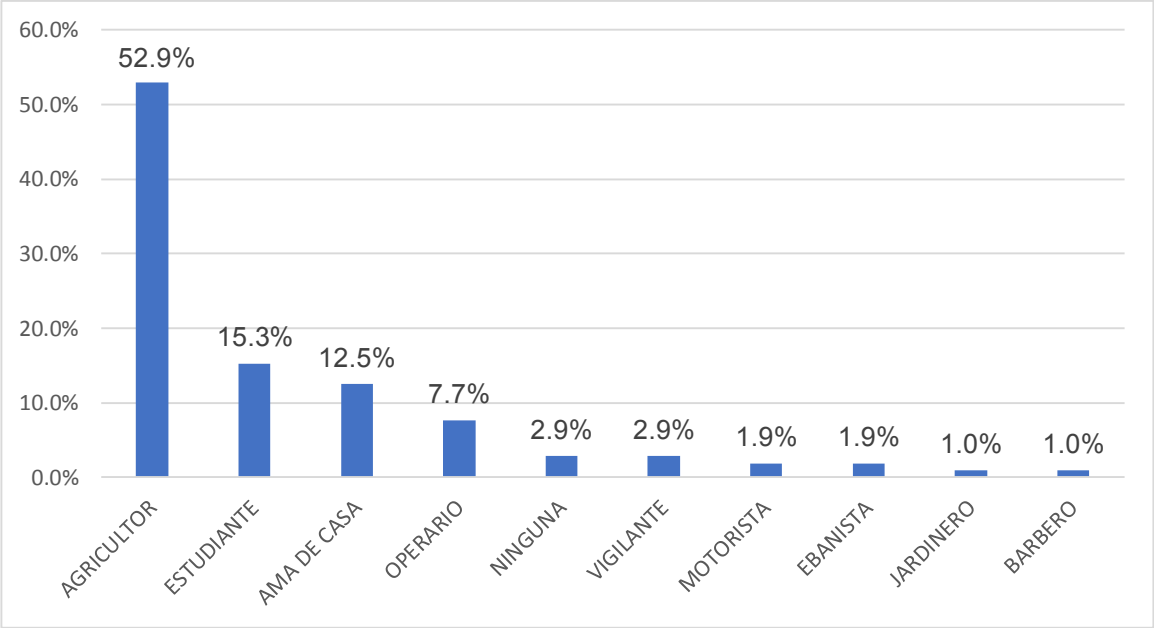


Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

En relación al nivel académico de los pacientes se observa que 56 (53.8%) culminaron la primaria completa, 20 (19.2%) primaria incompleta, 14 (13.5%) no cursaron ningún nivel académico, 12 (11.5%) secundaria completa y 2 (1.9%) secundaria incompleta.(Ver anexo 5, tabla 4).

Se evidencia que 53.8% de los pacientes estudiados tienen primaria completa y por lo general en estos lugares solo cuentan con 6 grados académicos sumado a esto la escacez de recursos económicos les dificultad tanto el ingreso a una unidad escolar como trasladarse a la ciudad en busca de mejores oportunidades.

Gráfico 5. Ocupación de los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

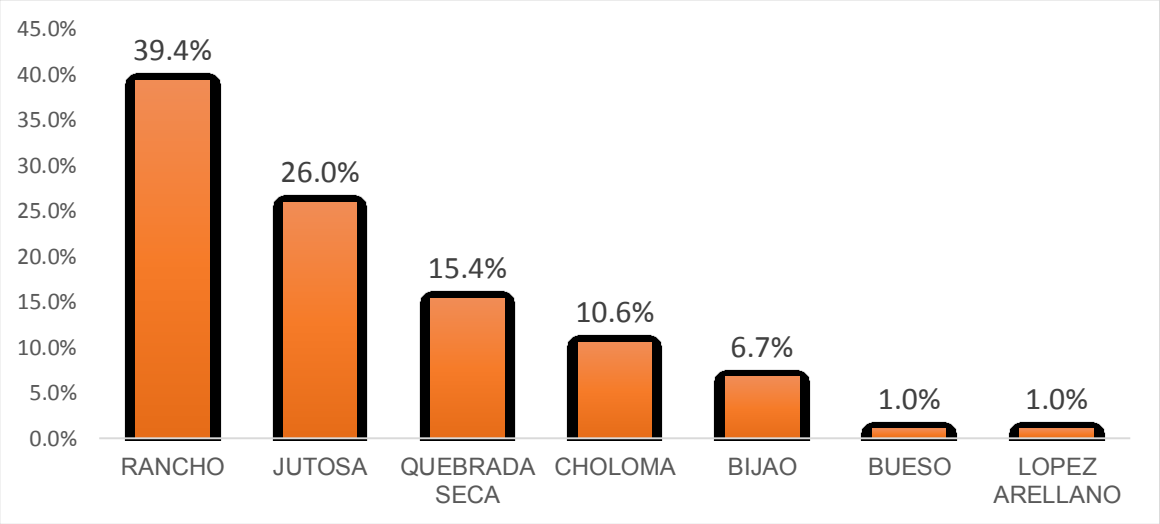


Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

En relación a la ocupación se observa principalmente que 55 (52.9%) de los pacientes son agricultores, 16 (15.4%) estudiantes, 13 (12.5%) amas de casa, 8 (7.7%) operarios, 3 (2.9%) no tienen ninguna ocupación , 3 (2.9%) vigilantes, 2 (1.9%) motoristas , 2 (1.9%) ebanistas, 1 (1%) jardineros , 1 (1%) barberos.(Ver anexo 5, tabla 5).

Esto coincide con los datos mencionados por Diburga Del Águila Camila en el año 2016 en Perú donde encontró que el 21% de los pacientes se dedican a la agricultura. con estos datos se evidenció que el 52.9% de los pacientes son agricultores, zonas donde la única fuente de trabajo es la agricultura, la lejanía entre un sector y otro es grande (3-4horas) aunado a esto la falta de transporte permanente lo que dificultad trasladarse a la ciudad.

Gráfico 6. Lugar de residencia de los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.



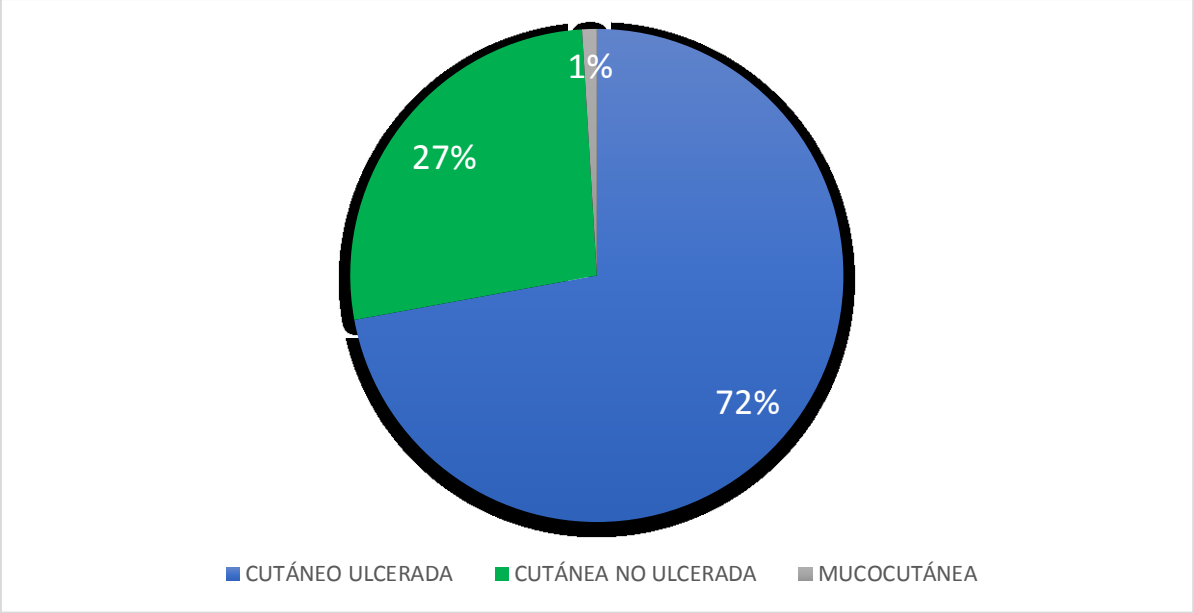
Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

En relación al lugar de residencia se observa principalmente que 41 (39.4%) de los pacientes reciden en el Rancho, 27 (26%) Jutosa , 16 (15.4%) en Quebrada Seca, 11 (10.6%) en Choloma, 7 (6.7%) en Bijao , 1(%) en Bueso y 1 (1%) López Arellano.(Ver anexo 5, tabla 6).

Con estos resultados se evidencia que la población más expuesta del Municipio de Choloma reside en la localidad del Rancho (27%) zona rural que se caracteriza por ser boscosa, húmeda y de bajo nivel socioeconómico lo que hace del lugar un ambiente idóneo para el vector y esto ha representado un problema de salud pública para todo el departamento de Cortés ya que en los últimos 3 años es donde más casos se reportan.

Objetivo 2. Comportamiento clínico de la Leishmaniasis en los pacientes diagnosticados.

Gráfico 7. Clasificación de la lesión en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

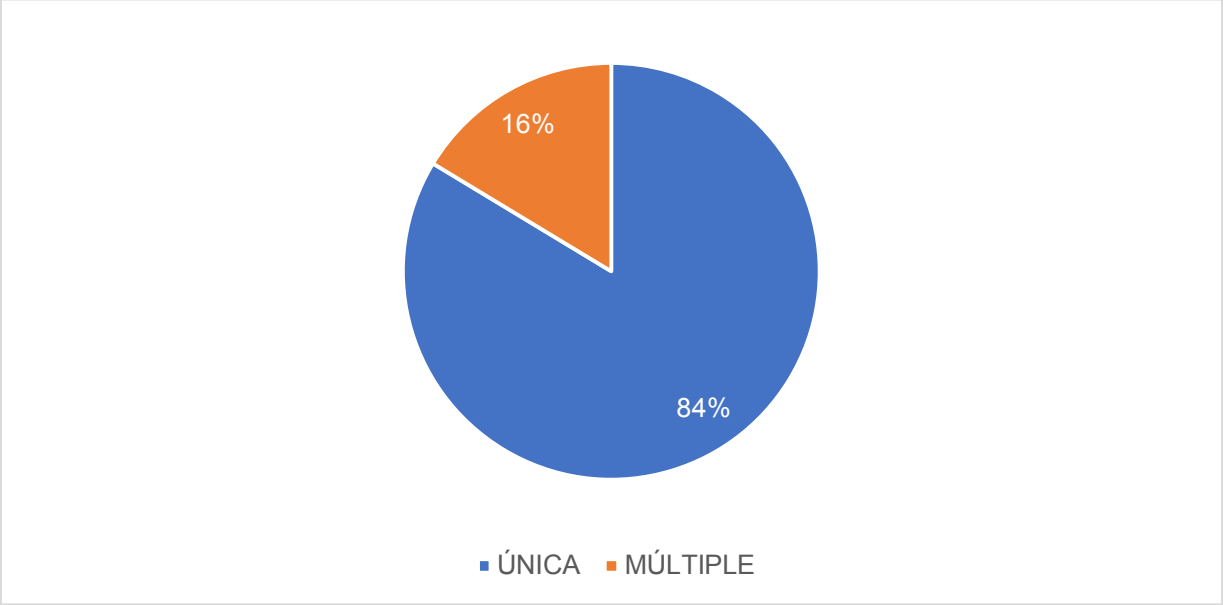


Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

En relación a la clasificación de la lesión se observa que 75 (72%) de los pacientes presenta lesión cutáneo ulcerada, 28 (27%) lesión cutánea no ulcerada y 1 (1%) lesión mucocutánea.(Ver anexo 5, tabla 7).

Este estudio es similar a los datos mencionados por Diburga Del Águila Camila en el año 2016 en Perú donde la lesión predominante era cutánea ulcerada. Con estos resultados se afirma que el 72% de los pacientes presentan lesiones cutáneas ulceradas debido a que la localización anatómica más afectada en este tipo de lesiones son las zonas expuestas sumado a ello la progresión rápida del tamaño de la ulcera.

Gráfico 8. Número de lesiones en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

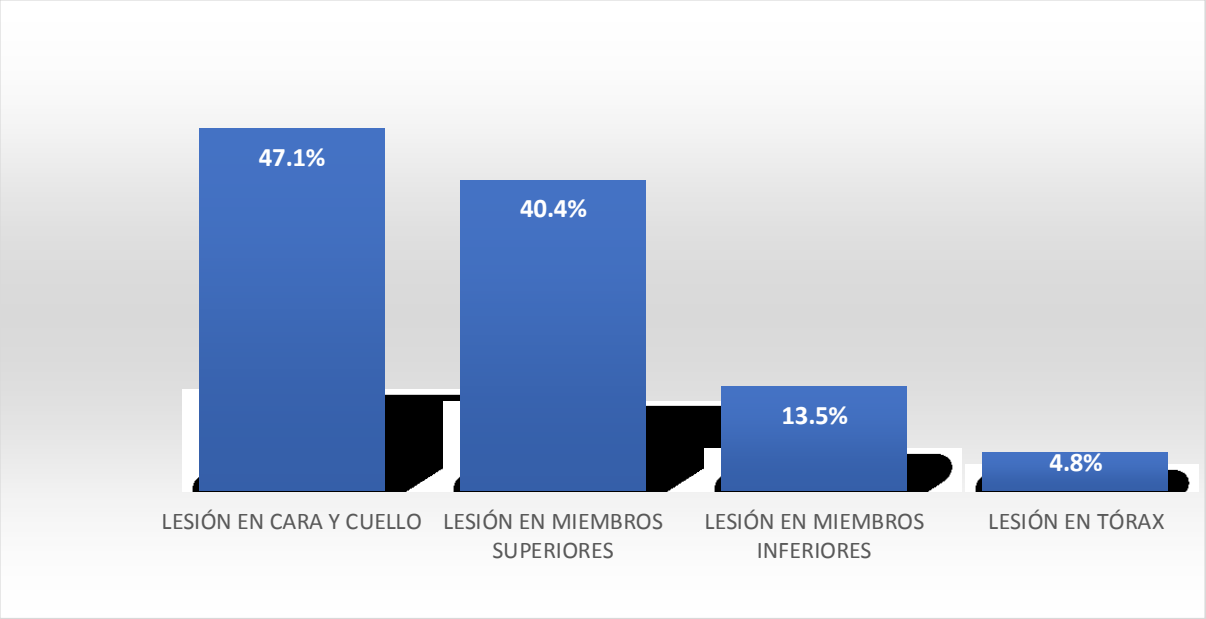


Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

En relación al número de lesiones se observa principalmente que 87 (84%) de los pacientes son la lesion es unica y que 13 (16%) prensentan lesion multiple.(Ver anexo 5, tabla 8).

Este estudio coincide con los datos mencionados por Risco Oliva et al en el año 2009 en Honduras donde encontró que predominaba la lesión única (53.%). Con estos resultados se evidenció que la lesión única predomina en el 87% de los pacientes debido a que en la mayoría de las lesiones cutáneo ulcerada el número de lesiones es único por la progresión rápida.

Gráfico 9. Localización anatómica de la lesión en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

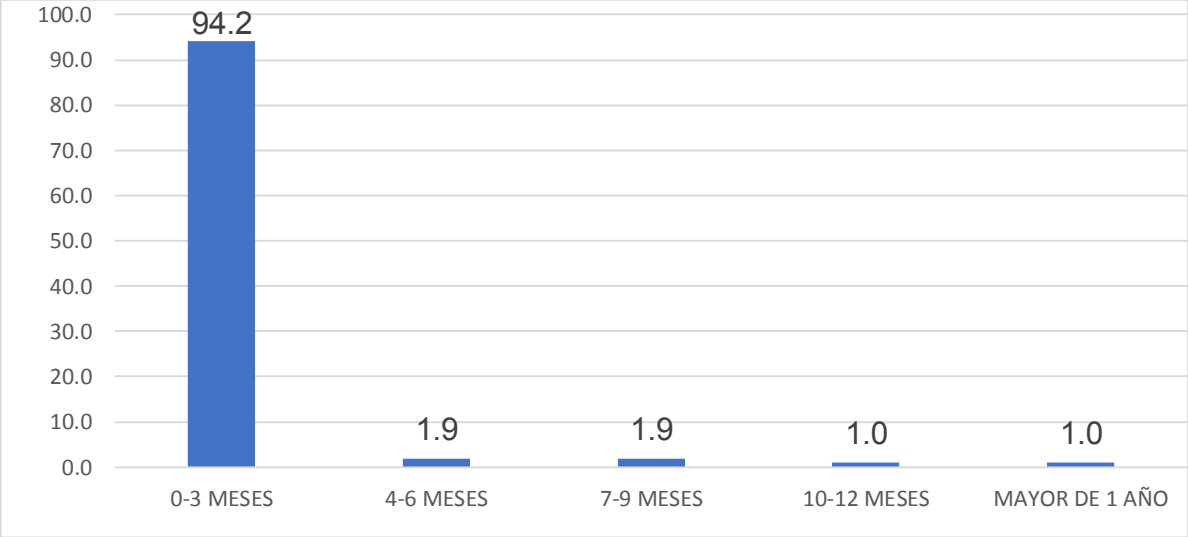


Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

En relación a la localización anatomica de la lesión se observa principalmente que 49 (47.1%) se localiza en cara y cuello, 42 (40.4%) Miembros superiores, 14 (13.5%) en miembros inferiores y 5 (4.8%) en torax.(Ver anexo 5, tabla 9).

Este estudio difiere con los datos mencionados por Puentes Baquero et al en el año 2015 en Colombia donde encontró que las lesiones estaban localizadas con mayor frecuencia en miembros superiores (60.8%). Con los resultados obtenidos se afirma que las lesiones se localizan con mayor frecuencia en cara y cuello (47.1%) y esto se debe a que el tipo de lesión predominante en la población estudiada es la cutánea ulcerada, por lo que en este tipo de lesionas las zonas del cuerpo más expuestas son cara, cuello.

Gráfico 10. Tiempo de evolución de la lesión en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

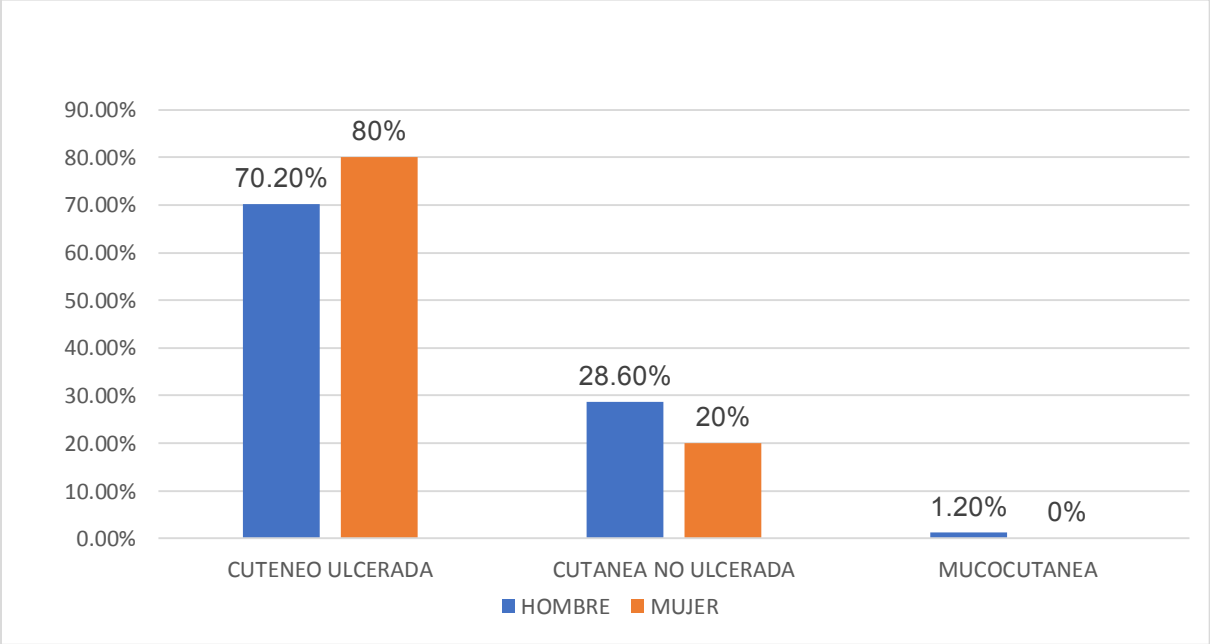


Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

En relación al tiempo de evolución de la lesión se observa que 98 (94.2%) se presenta en los primeros 3 meses, 2 (1.9%) de 4-6 meses, 2 (1.9%) de 7-8 meses, 1 (1%) de 10-12 meses y 1 (1%) mayor de 1 año. (Ver anexo 5, tabla 10).

Este estudio coincide con los datos mencionados por P. Giavedoni et al en el año 2015 en España donde encontró que la mayoría de los pacientes tenían un tiempo medio de evolución previo a la consulta de 3 meses. Con estos resultados se evidencia que el tiempo de evolución de la lesión con más frecuencia es de 0-3 meses en los pacientes lo que se relaciona con el tipo de lesión presente en la población estudiada aunado a esto influye la localización anatómica de la lesión ya que por lo general cuando las lesiones se ubican en la cara y cuello la población acude oportunamente a los establecimientos de salud.

Gráfico 11. Tipo de lesión según el sexo en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

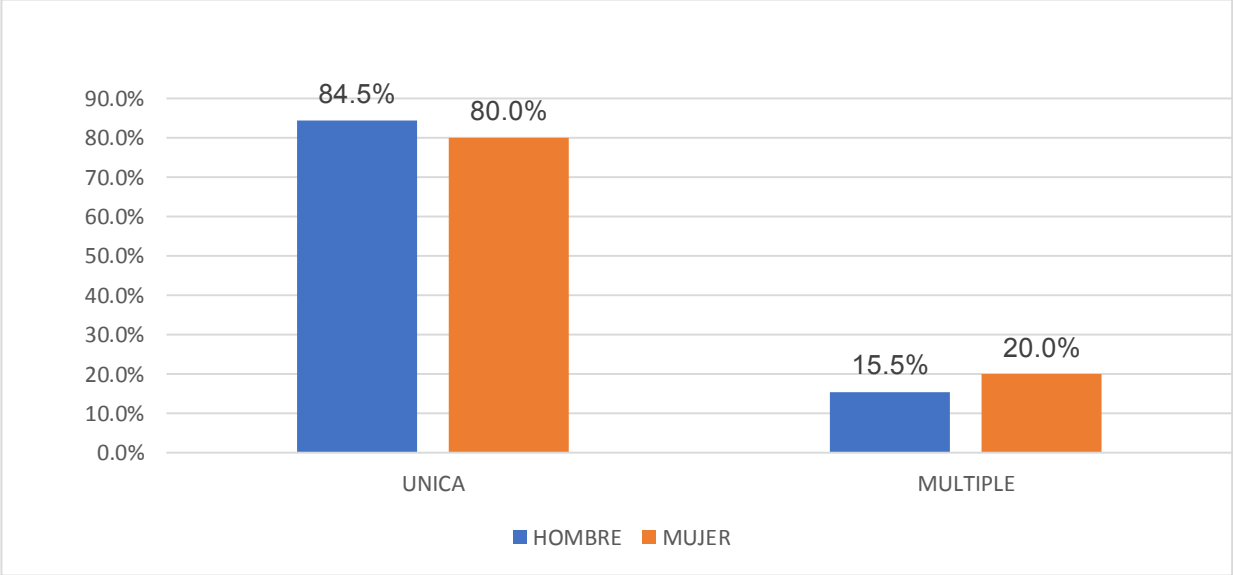


Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

En relación al tipo de lesión según el sexo se observa que en la mujer 16 (80%) es cutaneó ulcerada, 4 (20%) cutanea no ulcerada , y en el hombre 59 (70.2%) Cutaneó ulcerada, 24 (28.6%) cutanea no ulcerada y 1 (1.20%) mucocutanea.(Ver anexo 5, tabla 11).

Este estudio coincide con los datos mencionados por Olivera Guerra et al en el año 2015 en Brasil, observó que el 76.2% eran hombres y 3.3 % de las lesiones eran forma mucosa . Con estos resultados se afirma que el tipo de lesion mas frescuente es la cutanó ulcerada la cual predomina en los hombres debido a las caracteristicas propias del lugar de residencia y el tipo de poblacion estudiada.

Gráfico 12. Número de lesiones según el sexo en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

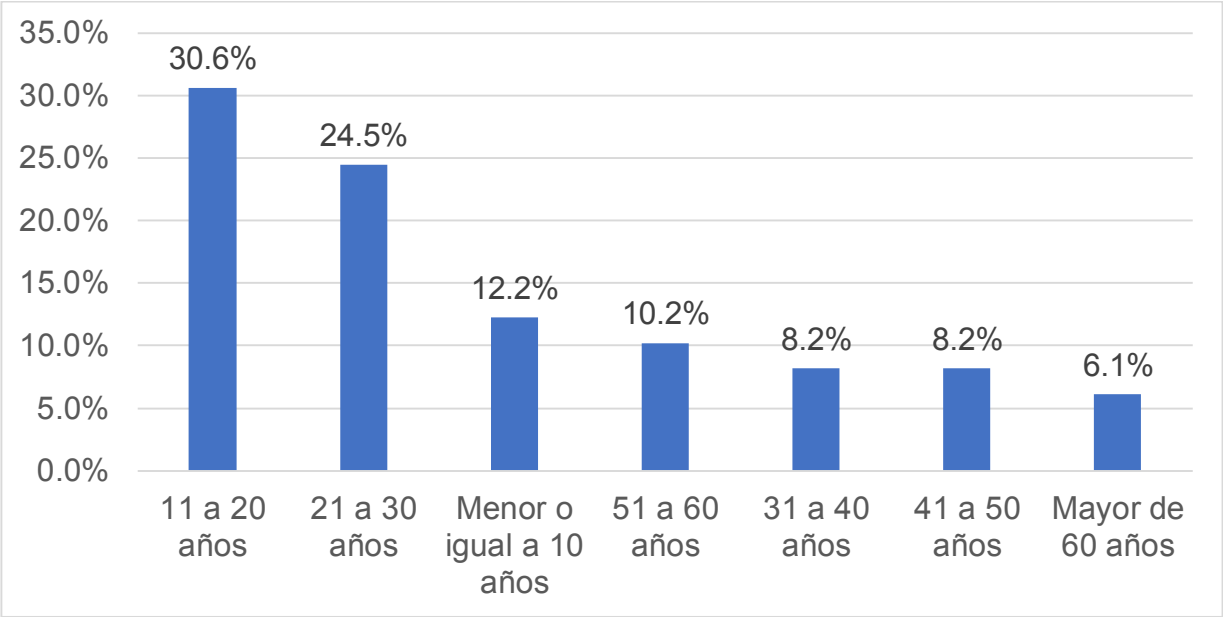


Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

En relación al número de lesiones según sexo 71 (84.5%) son hombres y predomina la lesión única, 13 (15.5%) lesión multiple y que 16 (80%) son mujeres predominando la lesión única y 4 (20%) lesión multiple. (Ver anexo 5, tabla 12).

Este estudio es similar a los datos mencionados por Risco Oliva et al año 2009 en Honduras donde observó la enfermedad en los hombres (57.14%) predominando la lesión única (58.38%). Con estos resultados se evidencia que predomina la lesión única en donde los más afectados son los hombres lo que coincide con el tipo de lesión, ocupación, procedencia de la población estudiada.

Gráfico 13. Localización en cara y cuello según grupo de edad en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.



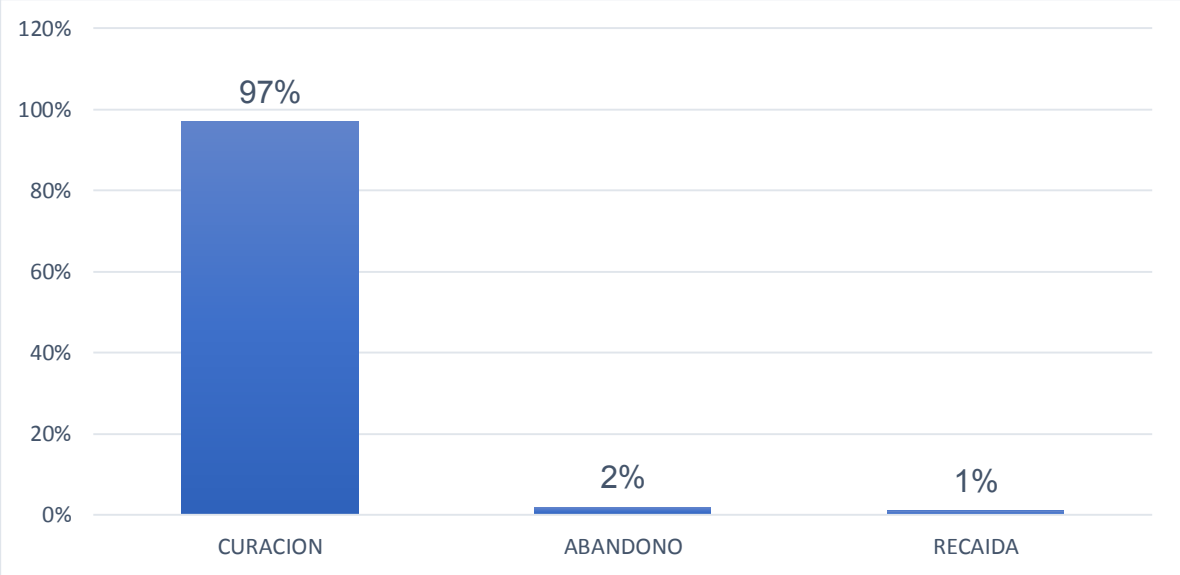
Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

En relación a la localización anatómica de la lesión según el grupo de edad se observa que de 11-20 años 15 (30.6%) se localiza en cara y cuello , de 21-30 años 12 (24.5%), menor de 10 años 6 (12.2%) , de 51-60 años 5 (10.2%). (Ver anexo 5, tabla 13).

Este estudio difiere con los datos mencionados por Puentes Baquero et al en el año 2015 en Colombia donde encontró que las lesiones estaban localizadas con mayor frecuencia en miembros superiores (60.8%). Con los resultados obtenidos se afirma que las lesiones según el grupo de edad de 11-20 años se localizan con mayor frecuencia en cara y cuello (30.6%), esto se debe a que las zonas del cuerpo más expuestas son cara, cuello y extremidades.

Objetivo 3. Evolución del tratamiento en pacientes diagnosticados con Leishmaniasis.

Gráfico 14. Finalización del tratamiento en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

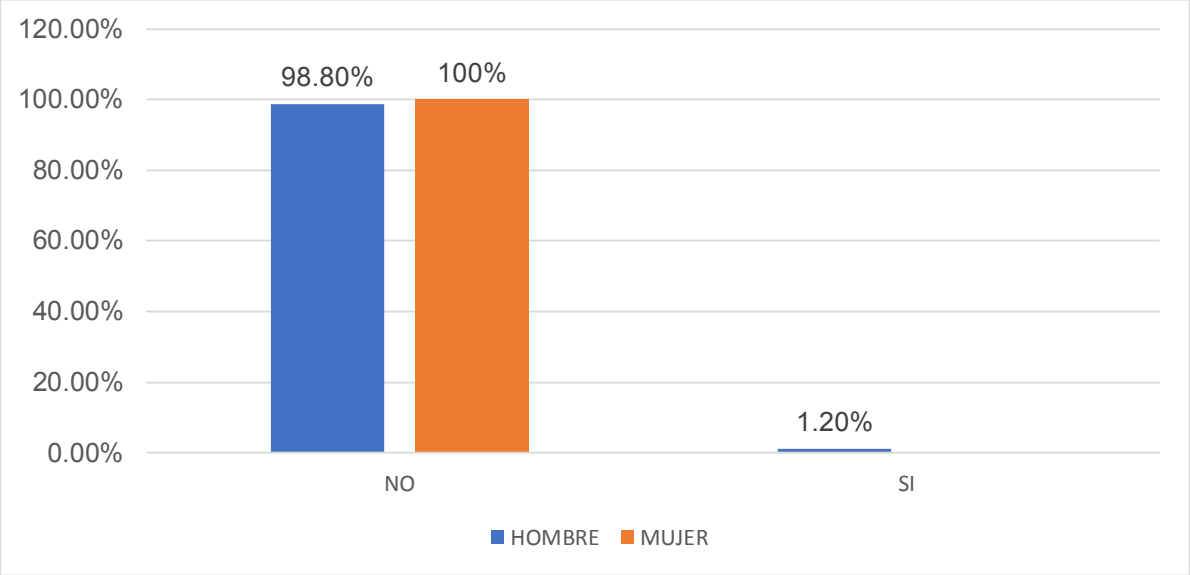


Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

En relación a la evolución del tratamiento de los pacientes se observa que 101 (97%) se curaron, el 1 (1%)tuvo recaida y 2 (2%) abandono. (Ver anexo 5, tabla 14).

Este estudio difiere con los datos mencionados por Izaguirre González et al en el año 2017 en Honduras donde encontró que el 100% de los pacientes tuvieron buena respuesta al tratamiento. Con los resultados obtenidos se evidenció que la mayoría de pacientes tienen buena respuesta al tratamiento (97%) ya que a cada paciente se le brinda una charla sobre las medidas de prevención y la importancia de recibir las dosis completas del tratamiento aunado a esto supervisión estricta de la aplicación del medicamento.

Gráfico 15. Recaída según sexo en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

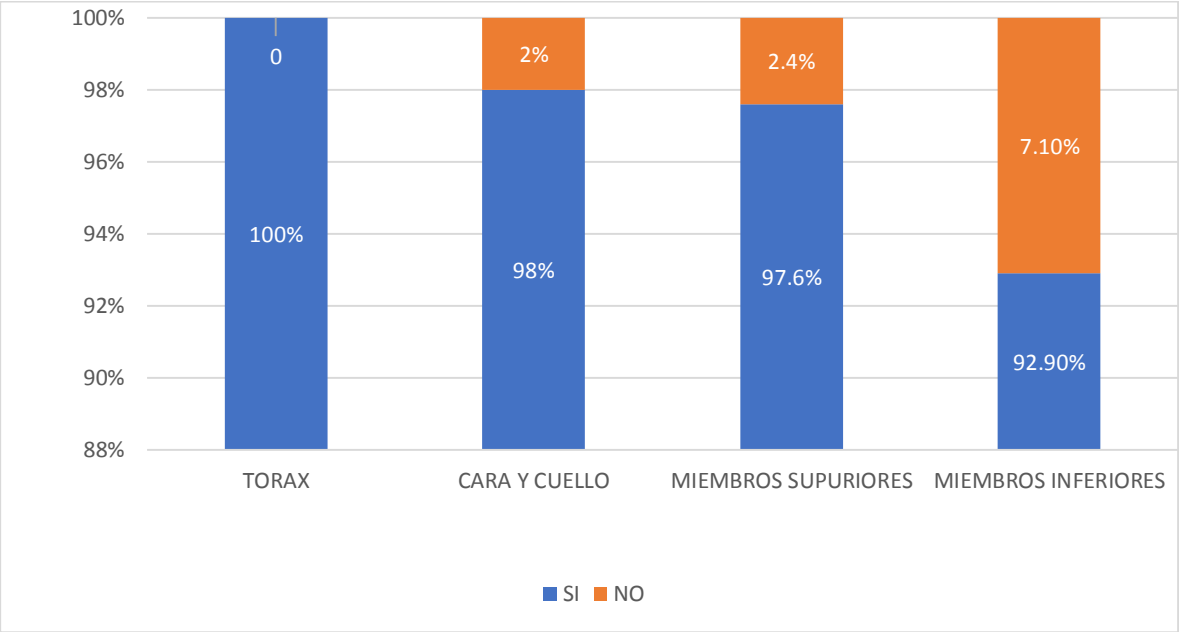


Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

En relación a la evolución del tratamiento según el sexo se observa que 20 (100%) de las mujeres se curaron, y que 83 (98.80%) de los hombres se curaron y 1(1.2%) tuvo recaida. (Ver anexo 5, tabla 15).

Este estudio difiere con los datos mencionados por Puentes Baquero et al en el año 2015 en Colombia donde el 95% de los pacientes recibieron de uno a cuatro ciclos de tratamiento. Con los datos obtenidos se evidenció que el 100% de las mujeres tienen una mejor respuesta al tratamiento y esto se debe a que por lo general las mujeres son más disciplinadas y cuidan más su salud.

Gráfico 16. Curación según la localización anatómica de la lesión en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.



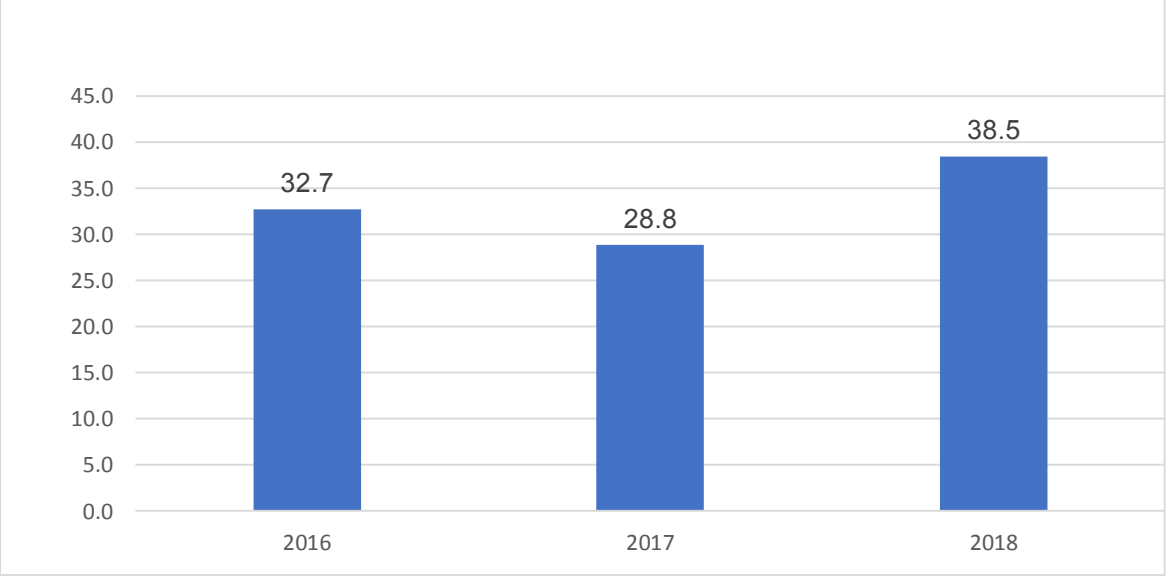
Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

En relación a la curación según la localización anatómica de la lesión se observa que 5 (100%) de las lesiones de tórax se curaron 48 (98%) de las lesiones en cara y cuello se curaron y 1 (2%)no se curaron, en miembros superiores 41 (97.6%) se curaron y 1 (2.4%) no se curaron, miembros inferiores 13 (92.9%) se curaron y 1 (7.2%) no se curaron. (Ver anexo 5, tabla 16).

Este estudio difiere con los datos mencionados por Izaguirre González et al en el año 2017 en Honduras donde encontró que el 100% de los pacientes tuvieron buena respuesta al tratamiento. Con los resultados obtenidos se evidenció que hay una buena respuesta al tratamiento en las lesiones de tórax, debido a que esta zona es la menos expuesta al vector, sumado a esto la disciplina de los pacientes a la aplicación del medicamento.

Objetivo 4. Establecer la distribución temporal de la Leishmaniasis registrada en el municipio de Choloma.

Gráfico 17. Notificación por año de los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

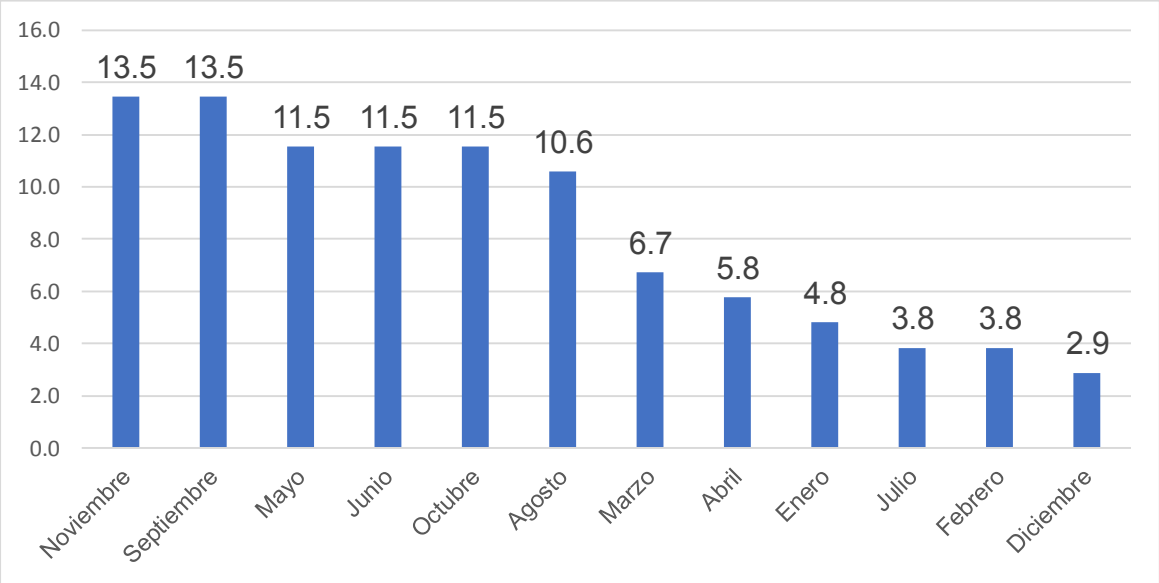


Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

En relación a la notificación de casos por año en el 2018 se observan 40 (38.5%), 2016, 34 (32.7%) y en el 2017, 30 (28.8%). (Ver anexo 5, tabla 17).

Con estos resultado se evidencia que hay un aumento en el número de casos en el año 2018 lo que significa que a pesar de que los pacientes estén llegando espontáneamente al establecimiento de salud no se está realizando búsqueda activa.

Gráfico 18. Notificación por mes de los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.



Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

En relación a la notificación de casos por mes se observa 14 (13.5%) en el mes de noviembre y septiembre, 12 (11.5%) mes octubre, mayo y junio, 11 (10.6%) mes de agosto, 7 (6.7%) mes de marzo, 6 (5.8%) mes de abril, 5 (4.8%) mes de enero, 4 (3.8%) mes febrero y julio y 3 (2.9). (Ver anexo 5, tabla 18).

Este estudio difiere con los datos mencionados por Diburga Del Águila Camila en el año 2016 en Perú donde encontró que el 24% de los casos se notificaron en el mes de octubre. Con los resultados obtenidos se evidenció que la mayor frecuencia de notificación de caso fue en el mes de septiembre y noviembre debido a los cambios climáticos experimentados en estos meses siendo esto el habitad natural del vector.

IX. CONCLUSIONES

1. La mayoría de los pacientes con Leishmaniasis son hombres que oscilan de 11-20 años, procedentes de zona rural, agricultores, nivel de escolaridad bajo y residentes en la localidad del Rancho.

2. En los resultados del comportamiento clínico de los pacientes se encontró que el tipo de Leishmaniasis más frecuente fue la cutánea ulcerada con localización anatómica en cara y cuello, lesión única y con tiempo de evolución menor a tres meses.

3. En la mayoría de los pacientes se observó una buena respuesta al tratamiento con un mínimo porcentaje de recaida y abandono.

4. Se evidenció que en el año 2018 se incrementó la notificación de casos y que los meses de mayor notificación fueron septiembre y noviembre.

X. RECOMENDACIONES

A la Región Departamental de Cortés

1. Fortalecer el proceso de participación comunitaria, para la realización de planes de intervención para el control del vector.
2. Fortalecer la red de servicios de salud del municipio de Choloma, enfatizando las localidades donde más casos se reportan.
3. Promover las campañas de control y prevención de Leishmaniasis.
4. Capacitar al personal responsable de los establecimientos de salud sobre los lineamientos técnicos de la Leishmaniasis

XI. BIBLIOGRAFIA

Araujo Flores, G: V. (junio 2012). Identificación de especies de vectores del género Lutzomya y determinación de especies de parásitos del género leishmania por medio de PCR, en el Municipio de Alubaren, Francisco Morazán.

Alvaro, D. U., & Catherine, P. (1994). Representaciones, actitudes y prácticas respecto a la Leishmaniasis Cutánea en la población del Canton de Acosta, provincia de San José, Costa Rica&58; estudio antropológico exploratório. Cadernos de Saúde Pública, 10(2), 181-189.

Aguilera, O. (2014). Díaz Díaz, Benito (2014). Sociología de la Leishmaniasis en Trujillo, área andina de Venezuela. Editado por Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. Cayapa. Revista Venezolana de Economía Social, 14(27), 109-110.

Arboleda, M., Jaramillo, L., Ortiz, D., & Díaz, A. (2013). Leishmaniasis cutánea y herpes zoster multidermatómico. Revista chilena de infectología, 30(6), 680-682.

Barahona Campos, A. E. (2010). Conocimientos, actitudes y prácticas de la leishmaniasis en las comunidades de la Montaña del Merendón, de la Región Metropolitana de San Pedro Sula, Honduras (Doctoral dissertation).

Carrillo-Bonilla, L. M., Trujillo, J. J., Álvarez-Salas, L., & Vélez-Bernal, I. D. (2014). Estudio de los conocimientos, actitudes y prácticas de la leishmaniasis: evidencias del olvido estatal en el Darién Colombiano. Cadernos de Saúde Pública, 30, 2134-2144.

Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, Honduras (2015). Epidemiologia de la leishmaniasis en Honduras.

Diburga Del Aguila, C. (2016). Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes adultos con Leishmaniasis en el hospital regional de Pucallpa en el año 2014.

Echeverry, M., Gaona Narváez, J., Gualtero Trujillo, S. M., Agudelo Calderón, C., Pardo, R., & Gaitán, H. (2012). Guía de atención de la leishmaniasis. Recuperado de página web: http://www. acin. org/acin/new/Portals/0/Templates/Guia%

20Leishmania. pdf.

Elsa Nieves, Néstor Villareal, Maritza Rendón, Mireya Sánchez, José Carrero. (Biomédica 2008) Evaluación de conocimientos y Prácticas sobre la leishmaniasis en un área endémica de Venezuela.

Giavedoni, P., Iranzo, P., Fuertes, I., Estrach, T., & Gibert, M. A. (2015). Leishmaniasis cutánea. Experiencia de 20 años en un hospital español de tercer nivel. Actas Dermo-Sifiliográficas, 106(4), 310-316.

Guerra, JADO, Maciel, MG, Guerra, MVDF, Talhari, AC, Prestes, SR, Fernandes, MA, ... y Barbosa, MDGV (2015). Leishmaniasis tegumentaria en el estado de Amazonas: ¿qué hemos aprendido y qué necesitamos? Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 48, 12-19.

Heymann, D. L. (Ed.). (2005). El control de las enfermedades transmisibles (No. 613). Pan American Health Org.

Journal, (2005). Cuadernos de Saude Publica, 1994 Volumen 10, Pág. 181 – 189. Leishmaniasis, Antropologia, control, tratamiento epidemiologico, DOAJ- Directory of open Acess Journals, Laund University Libranes, Hud office.

Matute, N., Espinoza, C., Alger, J., Padgett, D., López, E., & Zúniga, C. (2009). Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con Leishmaniasis atendidos en el Hospital Escuela. Rev Med Hondur, 77(1).

Oliva, R., Grisel, E., Fuentes González, O., & Núñez, F. (2009). Leishmaniosis cutánea en la Región Sanitaria No. 3, República de Honduras, enero 1998-septiembre 2002. Revista Cubana de Higiene y Epidemiologia, 47(2), 0-0.

Oré, V., & Ativel, Y. (2016). Perfil epidemiológico de la Leishmaniasis. Región La Libertad, 2004-2013.

OPS/OMS, (2017). Leishmaniasis en las Américas para trabajadores de salud pública.

OPS (2011). Organización Panamericana de la Salud OPS, El control de las enfermedades transmisibles.

Organización Panamericana de la Salud OPS, (2013). Leishmaniasis en las Américas.

Puentes Baquero, K. M., Martín Zamora, A. M., & Mahecha Pulido, M. P. Ausencia de respuesta al tratamiento de primera línea para Leishmaniasis Cutánea en la Policía Colombiana: estudio de casos y controles.

Patiño-Londoño, S. Y., Salazar, L. M., Acero, C. T., & Bernal, I. D. V. (2017). Aspectos socio epidemiológicos y culturales de la leishmaniasis cutánea: concepciones, actitudes y prácticas en las poblaciones de Tierralta y Valencia, (Córdoba, Colombia). Salud colectiva, 13, 123-138.

Rujano, M., Oraá, L., Rondón, Y., Sánchez, M., Rondón, M., Sánchez, Y., ... & Nieves, E. (2015). Modelo de la distribución de especies vectores de leishmaniasis del género Lutzomya (Diptera: Psychodidae) en Mérida Venezuela. Inotrópica, 37-51.

Secretaría de Salud, Honduras (2017). Manuel para el abordaje integral de la Leishmaniosis Honduras. 2017.Situación epidemiológica de Leishmaniasis. pag. 11-16.

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de variables.

Objetivo 1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.

Variable	Indicadores	Definición operacional	Valor o categoría	Escala de medición
Edad	% por grupo de Edad	Edad en años cumplidos según la ficha epidemiológica.	Años	Nominal
Sexo	% por Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.	Hombre / mujer	Nominal
Procedencia	% por Procedencia	Lugar de donde Procede el caso reportado.	Urbana, Rural	Nominal
Escolaridad	% Pacientes según Escolaridad	Ultimo Grado aprobado	Primaria Primaria incompleta Secundaria Secundaria incompleta Universidad Universidad incompleta Ninguna	Ordinal

Variable	Indicadores	Definición operacional	Valor o categoría	Escala de medición
Ocupación	% Según Ocupación	Actividad a la que se dedica una persona para obtener ingresos económicos	Ninguna Estudiante Ama de casa Agricultor Operario Jardinero Vigilante Motorista Barbero Ebanista	Nominal
Lugar de Residencia	% Según residencia	Lugar donde vive una persona.	Rancho Quebrada seca Jutosa Bijao Bueso Monterrey Choloma López Arellano	Nominal

Objetivo 2. Identificar el comportamiento clínico de la Leishmaniasis en los pacientes diagnosticados.

Variable	Indicadores	Definición operacional	Valor o categoría	Escala de medición
Tipo de Lesion	**%**Según Clasificacion	Características según el tipo de lesión	Cutánea ulcerada Cutánea No ulcerada Mucocutánea Visceral	Nominal
Localización anatómica	% Según sitió anatómica	Sitio anatómico en que se detecta la lesión.	Cara y cuello Tórax Miembros superiores Miembros Inferiores	Nominal
Numero de lesiones	% Según número de lesiones	Expresión cuantitativa de las lesiones.	Única Multiples	Nominal
Tiempo de evolución	% Según tiempo de evolución	Espacio de tiempo transcurrido desde el inicio de la lesión.	Meses Años	Ordinal

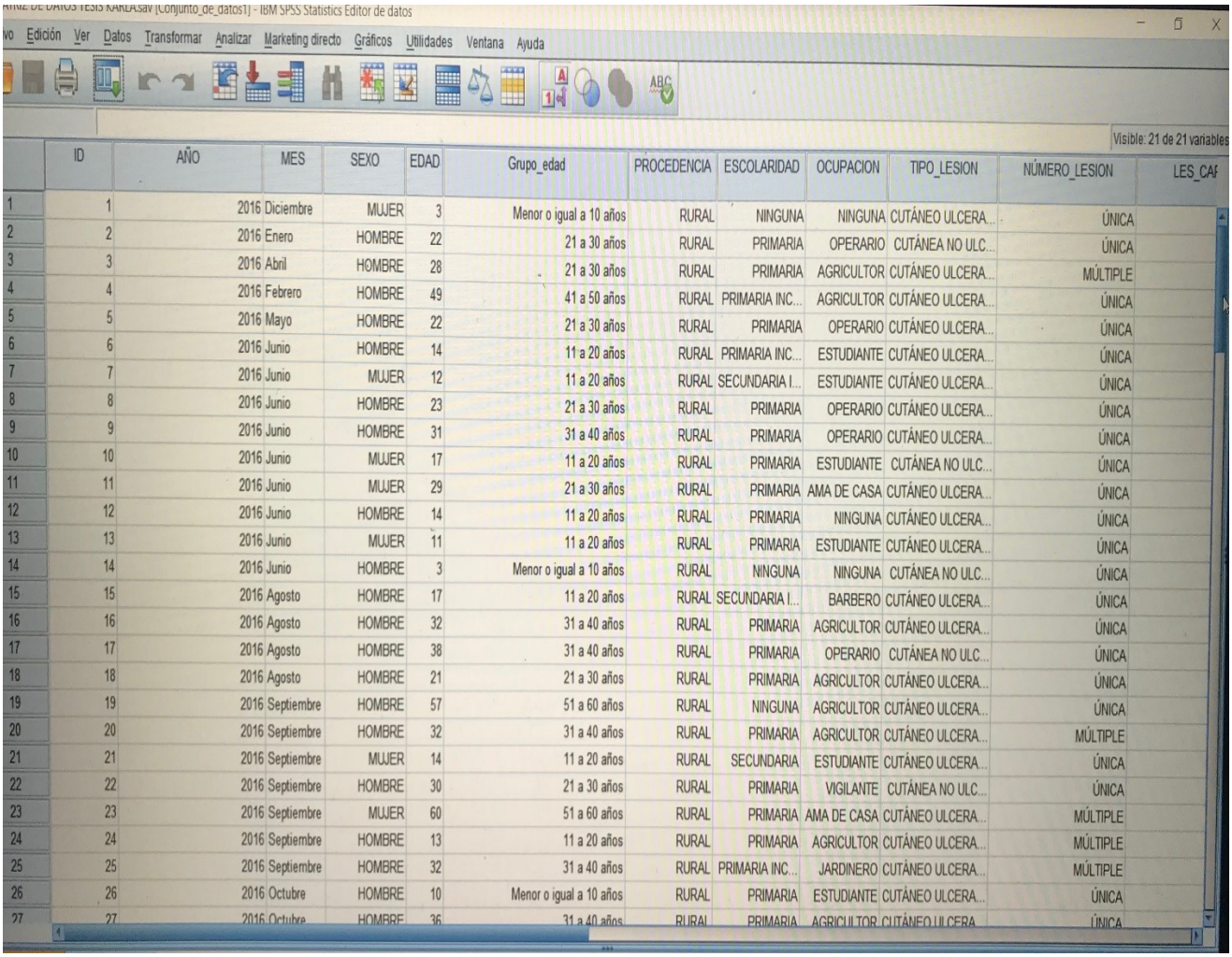
Objetivo 3. Describir la evolución del tratamiento en pacientes diagnosticados con leishmaniasis.

Variable	Indicadores	Definición operacional	Valor o categoría	Escala de medición
Abandono	% Según Abandono	Interrupción del tratamiento antes del tiempo establecido.	Si No	Nominal
Recaida	% Segun recaida	Aparición nuevamente de la enfermedad en los primeros 45 días o antes de los 6 meses de haber terminado su tratamiento	Si No	Nominal
Curación	% Según pacientes curados y no curados	Es el proceso de restauración de la salud.	SI NO	Nominal

Objetivo 4. Establecer la distribución temporal de la Leishmaniasis registrada en el municipio de Choloma.

Variable	Indicadores	Definición Operacional	Valor o categoría	Escala de medición
Casos por Mes	% Casos por Mes	Numero de notificación de casos por mes según ficha epidemiológica	Mes	Nominal
Casos por año	% Casos por año	Numero de notificación de casos por año según ficha epidemiológica.	Años	Nominal

Anexo 2: Instrumento de Recolección de Información.



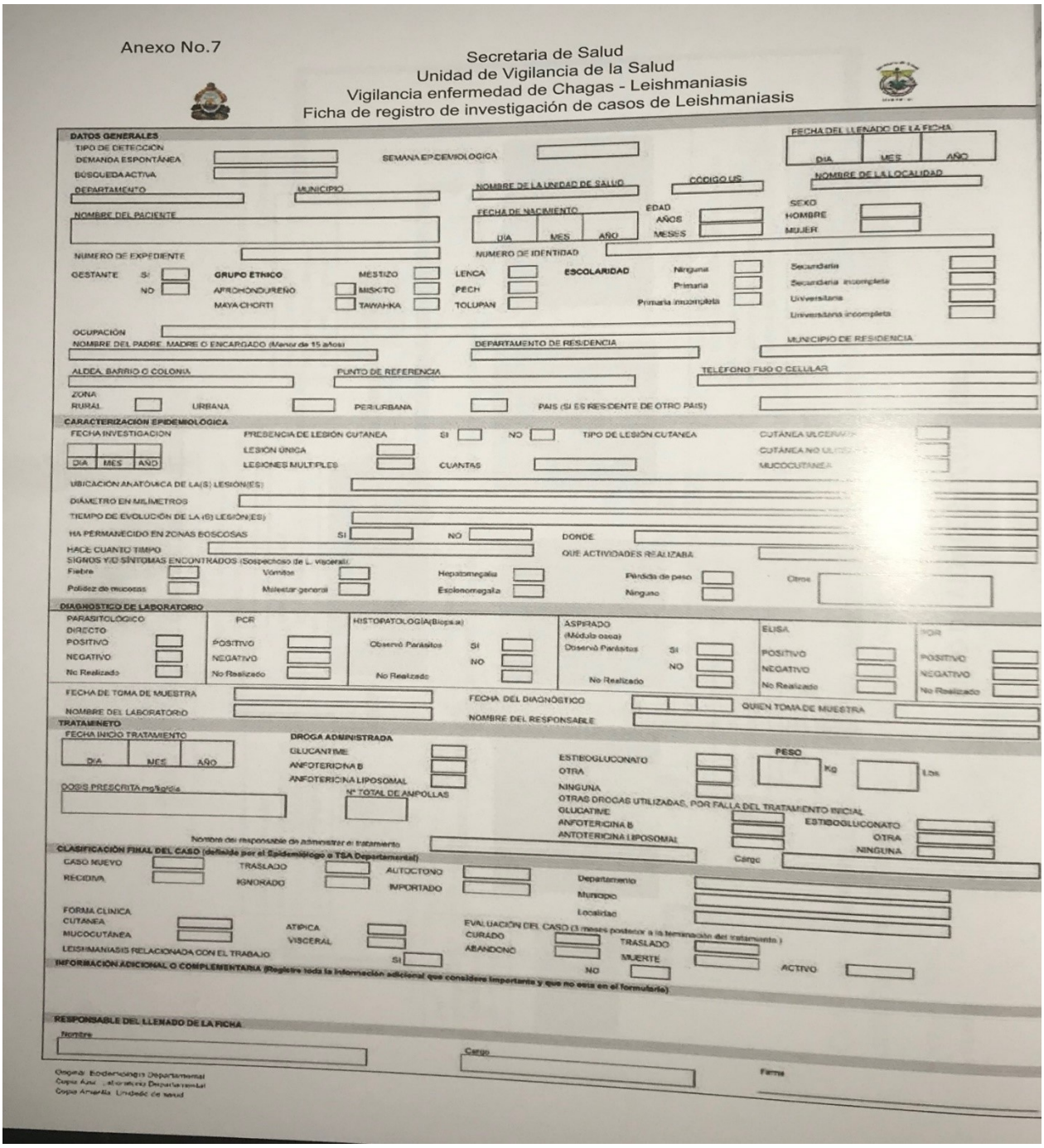
MATRIZ DE DATOS TESIS KAREA.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 21 de 21 variables

	ID	AÑO	MES	SEXO	EDAD	Grupo_edad	PROCEDENCIA	ESCOLARIDAD	OCUPACION	TIPO_LESION	NÚMERO_LESION	LES_CAF
1	1	2016	Diciembre	MUJER	3	Menor o igual a 10 años	RURAL	NINGUNA	NINGUNA	CUTÁNEO ULCERA...	ÚNICA	
2	2	2016	Enero	HOMBRE	22	21 a 30 años	RURAL	PRIMARIA	OPERARIO	CUTÁNEA NO ULC...	ÚNICA	
3	3	2016	Abril	HOMBRE	28	21 a 30 años	RURAL	PRIMARIA	AGRICULTOR	CUTÁNEO ULCERA...	MÚLTIPLE	
4	4	2016	Febrero	HOMBRE	49	41 a 50 años	RURAL	PRIMARIA INC...	AGRICULTOR	CUTÁNEO ULCERA...	ÚNICA	
5	5	2016	Mayo	HOMBRE	22	21 a 30 años	RURAL	PRIMARIA	OPERARIO	CUTÁNEO ULCERA...	ÚNICA	
6	6	2016	Junio	HOMBRE	14	11 a 20 años	RURAL	PRIMARIA INC...	ESTUDIANTE	CUTÁNEO ULCERA...	ÚNICA	
7	7	2016	Junio	MUJER	12	11 a 20 años	RURAL	SECUNDARIA I...	ESTUDIANTE	CUTÁNEO ULCERA...	ÚNICA	
8	8	2016	Junio	HOMBRE	23	21 a 30 años	RURAL	PRIMARIA	OPERARIO	CUTÁNEO ULCERA...	ÚNICA	
9	9	2016	Junio	HOMBRE	31	31 a 40 años	RURAL	PRIMARIA	OPERARIO	CUTÁNEO ULCERA...	ÚNICA	
10	10	2016	Junio	MUJER	17	11 a 20 años	RURAL	PRIMARIA	ESTUDIANTE	CUTÁNEA NO ULC...	ÚNICA	
11	11	2016	Junio	MUJER	29	21 a 30 años	RURAL	PRIMARIA	AMA DE CASA	CUTÁNEO ULCERA...	ÚNICA	
12	12	2016	Junio	HOMBRE	14	11 a 20 años	RURAL	PRIMARIA	NINGUNA	CUTÁNEO ULCERA...	ÚNICA	
13	13	2016	Junio	MUJER	11	11 a 20 años	RURAL	PRIMARIA	ESTUDIANTE	CUTÁNEO ULCERA...	ÚNICA	
14	14	2016	Junio	HOMBRE	3	Menor o igual a 10 años	RURAL	NINGUNA	NINGUNA	CUTÁNEA NO ULC...	ÚNICA	
15	15	2016	Agosto	HOMBRE	17	11 a 20 años	RURAL	SECUNDARIA I...	BARBERO	CUTÁNEO ULCERA...	ÚNICA	
16	16	2016	Agosto	HOMBRE	32	31 a 40 años	RURAL	PRIMARIA	AGRICULTOR	CUTÁNEO ULCERA...	ÚNICA	
17	17	2016	Agosto	HOMBRE	38	31 a 40 años	RURAL	PRIMARIA	OPERARIO	CUTÁNEA NO ULC...	ÚNICA	
18	18	2016	Agosto	HOMBRE	21	21 a 30 años	RURAL	PRIMARIA	AGRICULTOR	CUTÁNEO ULCERA...	ÚNICA	
19	19	2016	Septiembre	HOMBRE	57	51 a 60 años	RURAL	NINGUNA	AGRICULTOR	CUTÁNEO ULCERA...	ÚNICA	
20	20	2016	Septiembre	HOMBRE	32	31 a 40 años	RURAL	PRIMARIA	AGRICULTOR	CUTÁNEO ULCERA...	MÚLTIPLE	
21	21	2016	Septiembre	MUJER	14	11 a 20 años	RURAL	SECUNDARIA	ESTUDIANTE	CUTÁNEO ULCERA...	ÚNICA	
22	22	2016	Septiembre	HOMBRE	30	21 a 30 años	RURAL	PRIMARIA	VIGILANTE	CUTÁNEA NO ULC...	ÚNICA	
23	23	2016	Septiembre	MUJER	60	51 a 60 años	RURAL	PRIMARIA	AMA DE CASA	CUTÁNEO ULCERA...	MÚLTIPLE	
24	24	2016	Septiembre	HOMBRE	13	11 a 20 años	RURAL	PRIMARIA	AGRICULTOR	CUTÁNEO ULCERA...	MÚLTIPLE	
25	25	2016	Septiembre	HOMBRE	32	31 a 40 años	RURAL	PRIMARIA INC...	JARDINERO	CUTÁNEO ULCERA...	MÚLTIPLE	
26	26	2016	Octubre	HOMBRE	10	Menor o igual a 10 años	RURAL	PRIMARIA	ESTUDIANTE	CUTÁNEO ULCERA...	ÚNICA	
27	27	2016	Octubre	HOMBRE	36	31 a 40 años	RURAL	PRIMARIA	AGRICULTOR	CUTÁNEO ULCERA	ÚNICA	

Anexo 3: Fuente de información.



Anexo No.7

Secretaria de Salud
Unidad de Vigilancia de la Salud
Vigilancia enfermedad de Chagas - Leishmaniasis
Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis

DATOS GENERALES
TIPO DE DETECCION
DEMANDA ESPONTÁNEA
BÚSQUEDA ACTIVA
SEMANA EPIDEMIOLOGICA
FECHA DEL LLENADO DE LA FICHA
DIA MES AÑO
DEPARTAMENTO
MUNICIPIO
NOMBRE DE LA UNIDAD DE SALUD
CÓDIGO US
NOMBRE DE LA LOCALIDAD
NOMBRE DEL PACIENTE
FECHA DE NACIMIENTO
DIA MES AÑO
EDAD
AÑOS
MESES
SEXO
HOMBRE
MUJER
NUMERO DE EXPEDIENTE
NUMERO DE IDENTIDAD
GESTANTE SI NO
GRUPO ETNICO
AFROHONDUREÑO
MAYA CHORTI
MESTIZO
MISKITO
TAWAHKA
LENCA
PECH
TOLUPAN
ESCOLARIDAD
Ninguna
Primaria
Primaria incompleta
Secundaria
Secundaria incompleta
Universitaria
Universitaria incompleta
OCUPACIÓN
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O ENCARGADO (Menor de 15 años)
DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA
MUNICIPIO DE RESIDENCIA
ALDEA, BARRIO O COLONIA
PUNTO DE REFERENCIA
TELÉFONO FIJO O CELULAR
ZONA
RURAL URBANA PERIURBANA
PAIS (SI ES RESIDENTE DE OTRO PAIS)

CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA
FECHA INVESTIGACION
DIA MES AÑO
PRESENCIA DE LESIÓN CUTANEA SI NO
LESIÓN ÚNICA
LESIONES MULTIPLES
CUANTAS
TIPO DE LESIÓN CUTANEA
CUTÁNEA ULCERADA
CUTÁNEA NO ULCERADA
MUCOCUTÁNEA
UBICACIÓN ANATÓMICA DE LA(S) LESIÓN(ES)
DIÁMETRO EN MILÍMETROS
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA (S) LESIÓN(ES)
HA PERMANECIDO EN ZONAS BOSCOSAS SI NO DONDE
HACE CUANTO TIMPO
QUE ACTIVIDADES REALIZABA
SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ENCONTRADOS (Sospechoso de L. visceral)
Fiebre
Palidez de mucosas
Vómitos
Malestar general
Hepatomegalia
Esplenomegalia
Pérdida de peso
Ninguno
Otros

DIAGNOSTICO DE LABORATORIO
PARASITOLÓGICO DIRECTO
POSITIVO
NEGATIVO
No Realizado
PCR
POSITIVO
NEGATIVO
No Realizado
HISTOPATOLOGÍA(Biopsia)
Observó Parásitos SI NO
No Realizado
ASPIRADO (Médula ósea)
Observó Parásitos SI NO
No Realizado
ELISA
POSITIVO
NEGATIVO
No Realizado
IFAT
POSITIVO
NEGATIVO
No Realizado
FECHA DE TOMA DE MUESTRA
NOMBRE DEL LABORATORIO
FECHA DEL DIAGNÓSTICO
NOMBRE DEL RESPONSABLE
QUIEN TOMA DE MUESTRA

TRATAMIENTO
FECHA INICIO TRATAMIENTO
DIA MES AÑO
DOSIS PRESCRITA mg/kg/día
DROGA ADMINISTRADA
GLUCANTIME
ANFOTERICINA B
ANFOTERICINA LIPOSOMAL
Nº TOTAL DE AMPOLLAS
ESTIBOGLUCONATO
OTRA
NINGUNA
PESO
Kg
Lbs
OTRAS DROGAS UTILIZADAS, POR FALLA DEL TRATAMIENTO INICIAL
GLUCATIME
ANFOTERICINA B
ANTOTERICINA LIPOSOMAL
ESTIBOGLUCONATO
OTRA
NINGUNA
Nombre del responsable de administrar el tratamiento
Cargo

CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO (definido por el Epidemiólogo o TSA Departamental)
CASO NUEVO
RECIDIVA
TRASLADO
IGNORADO
AUTOCTONO
IMPORTADO
Departamento
Municipio
Localidad
FORMA CLINICA
CUTANEA
MUCOCUTÁNEA
ATIPICA
VISCERAL
LEISHMANIASIS RELACIONADA CON EL TRABAJO SI NO
EVALUACIÓN DEL CASO (3 meses posterior a la finalización del tratamiento)
CURADO
ABANDONO
TRASLADO
MUERTE
ACTIVO

INFORMACION ADICIONAL O COMPLEMENTARIA (Registre toda la información adicional que considere importante y que no esta en el formulario)

RESPONSABLE DEL LLENADO DE LA FICHA
Nombre
Cargo
Firma

Original: Epidemiología Departamental
Copia Azul: Laboratorio Departamental
Copia Amarilla: Unidad de Salud

Anexo 4: Autorización para el estudio.

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

OFICIO No. 139-2019-JRDC.

San Pedro Sula, 11 febrero de 2019.

DOCTORA
KARLA RIVERA
COORDINADOR DE REDES DE SALUD
CHOLOMA, CORTES.-
SU OFICINA.-

Estimada Doctora Rivera:

En esta oportunidad y e atencion a su solicitud de autorización para poder realizar investigación de Tesis sobre: COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DE LEISHMANIASIS EN EL MUNICIPIO DE CHOLOMA, informo a usted que esta Jefatura la autoriza para la investigación como requisito de la maestría en Epidemiología.

Atentamente,

SECRETARIA DE SALUD
REGION SANITARIA DEPARTAMENTAL DE CORTES
JEFATURA REGIONAL
S.N.S. REGION SANITARIA DEPARTAMENTAL DE CORTES
PTA. HONDURAS

DRA. DINORAH MOLASCO
JEFA
REGION SANITARIA DEPTAL. DE CORTES

CC: Vigilancia de la Salud/RDC
CC: Archivo

DIRECCIÓN REGION SANITARIA DEPARTAMENTAL DE CORTÉS

Anexo 5: Tablas.

Tabla 1: Sexo de los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HOMBRE	84	80.8	80.8	80.8
	MUJER	20	19.2	19.2	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

Tabla 2: Grupo etario de los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menor o igual a 10 años	9	8.7	8.7	8.7
	11 a 20 años	28	26.9	26.9	35.6
	21 a 30 años	23	22.1	22.1	57.7
	31 a 40 años	17	16.3	16.3	74.0
	41 a 50 años	15	14.4	14.4	88.5
	51 a 60 años	7	6.7	6.7	95.2
	Mayor de 60 años	5	4.8	4.8	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

Tabla 3: Procedencia de los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	URBANA	19	18.3	18.3	18.3
	RURAL	85	81.7	81.7	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

Tabla 4: Nivel académico de los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NINGUNA	14	13.5	13.5	13.5
	PRIMARIA	56	53.8	53.8	67.3
	PRIMARIA IN-COMPLETA	20	19.2	19.2	86.5
	SECUNDARIA	12	11.5	11.5	98.1
	SECUNDARIA INCOMPLETA	2	1.9	1.9	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

Tabla 5: Ocupación de los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NINGUNA	3	2.9	2.9	2.9
	AMA DE CASA	13	12.5	12.5	15.4
	ESTUDIANTE	16	15.4	15.4	30.8
	AGRICULTOR	55	52.9	52.9	83.7
	MOTORISTA	2	1.9	1.9	85.6
	EBANISTA	2	1.9	1.9	87.5
	OPERARIO	8	7.7	7.7	95.2
	JARDINERO	1	1.0	1.0	96.2
	BARBERO	1	1.0	1.0	97.1
	VIGILANTE	3	2.9	2.9	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

Tabla 6: Lugar de residencia de los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	RANCHO	41	39.4	39.4	39.4
	QUEBRADA SECA	16	15.4	15.4	54.8
	BIJAO	7	6.7	6.7	61.5
	JUTOSA	27	26.0	26.0	87.5
	BUESO	1	1.0	1.0	88.5
	CHOLOMA	11	10.6	10.6	99.0
	LOPEZ AREL-LANO	1	1.0	1.0	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

Tabla 7: Clasificación de la lesión en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CUTÁNEO ULCERADA	75	72.1	72.1	72.1
	CUTÁNEA NO ULCERADA	28	26.9	26.9	99.0
	MUCO-CUTÁNEA	1	1.0	1.0	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

Tabla 8: Número de lesiones en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ÚNICA	87	83.7	83.7	83.7
	MÚLTIPLE	17	16.3	16.3	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

Tabla 9: Localización anatómica de la lesión en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras 2016-2018.

	SI			NO		
	Recuento	% de la fila	% del N de la co-lumna	Recuento	% de la fila	% del N de la co-lumna
LESIÓN EN CARA Y CUELLO	49	47.1%	100.0%	55	52.9%	100.0%
LESIÓN EN TÓRAX	5	4.8%	100.0%	99	95.2%	100.0%
LESIÓN EN MIEMBROS INFERI-ORES	14	13.5%	100.0%	90	86.5%	100.0%
LESIÓN EN MIEMBROS SUPERI-ORES	42	40.4%	100.0%	62	59.6%	100.0%

Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

Tabla 10: Tiempo de evolución de la lesión en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras 2016-2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0-3 MESES	98	94.2	94.2	94.2
	4-6 MESES	2	1.9	1.9	96.2
	7-9 MESES	2	1.9	1.9	98.1
	10-12 MESES	1	1.0	1.0	99.0
	MAYOR DE 1 AÑO	1	1.0	1.0	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

Tabla 11: Tipo de lesión según el sexo en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

			TIPO DE LESIÓN			Total
			CUTÁNEO UL-CERADA	CUTÁNEA NO ULCERADA	MUCOCUTÁNEA	
SEXO	HOMBRE	Recuento	59	24	1	84
		% dentro de SEXO	70.2%	28.6%	1.2%	100.0%
		% dentro de TIPO DE LE-SIÓN	78.7%	85.7%	100.0%	80.8%
	MUJER	Recuento	16	4	0	20
		% dentro de SEXO	80.0%	20.0%	0.0%	100.0%
		% dentro de TIPO DE LE-SIÓN	21.3%	14.3%	0.0%	19.2%
Total		Recuento	75	28	1	104
		% dentro de SEXO	72.1%	26.9%	1.0%	100.0%
		% dentro de TIPO DE LE-SIÓN	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

Tabla 12: Número de lesiones según el sexo en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

			NÚMERO DE LESIONES		
			ÚNICA	MÚLTIPLE	Total
SEXO	HOMBRE	Recuento	71	13	84
		% dentro de SEXO	84.5%	15.5%	100.0%
		% dentro de NÚMERO DE LESIONES	81.6%	76.5%	80.8%
	MUJER	Recuento	16	4	20
		% dentro de SEXO	80.0%	20.0%	100.0%
		% dentro de NÚMERO DE LESIONES	18.4%	23.5%	19.2%
Total		Recuento	87	17	104
		% dentro de SEXO	83.7%	16.3%	100.0%
		% dentro de NÚMERO DE LESIONES	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

Tabla 13: Localización en cara y cuello según grupo de edad en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

			GRUPO ETAREO							Total
			Menor o igual a 10 años	11 a 20 años	21 a 30 años	31 a 40 años	41 a 50 años	51 a 60 años	Mayor de 60 años	
LESIÓN EN CARA Y CUE-LLO	SI	Recuento	6	15	12	4	4	5	3	49
		% dentro de LESIÓN EN CARA Y CUELLO	12.2%	30.6%	24.5%	8.2%	8.2%	10.2%	6.1%	100.0%
		% dentro de GRUPO ETAREO	66.7%	53.6%	52.2%	23.5%	26.7%	71.4%	60.0%	47.1%
	NO	Recuento	3	13	11	13	11	2	2	55
		% dentro de LESIÓN EN CARA Y CUELLO	5.5%	23.6%	20.0%	23.6%	20.0%	3.6%	3.6%	100.0%
		% dentro de GRUPO ETAREO	33.3%	46.4%	47.8%	76.5%	73.3%	28.6%	40.0%	52.9%
Total		Recuento	9	28	23	17	15	7	5	104
		% dentro de LESIÓN EN CARA Y CUELLO	8.7%	26.9%	22.1%	16.3%	14.4%	6.7%	4.8%	100.0%
		% dentro de GRUPO ETAREO	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

Tabla 14: Finalización del tratamiento en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Curación	101	97
Recaida	1	100%
Abandono	2	200%
Total	104	100

Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

Tabla 15: Recaida según sexo en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

			RECAÍDA		
			SI	NO	Total
SEXO	HOMBRE	Recuento	1	83	84
		% dentro de SEXO	1.2%	98.8%	100.0%
		% dentro de RECAÍDA	100.0%	80.6%	80.8%
	MUJER	Recuento	0	20	20
		% dentro de SEXO	0.0%	100.0%	100.0%
		% dentro de RECAÍDA	0.0%	19.4%	19.2%
Total		Recuento	1	103	104
		% dentro de SEXO	1.0%	99.0%	100.0%
		% dentro de RECAÍDA	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

Tabla 16: Curación según la localización anatómica de la lesión en los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

		SI	NO
	Recuento	48	1
Cara Y Cuello		98%	2%
	Recuento	41	0.01
Miembros Superiores		97.6%	2.4%
	Recuento	13	1
Miembros Inferiores		92.90%	7.10%
	Recuento	100	
Torax		100%	0

Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

Tabla 17: Notificación por año de los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2016	34	32.7	32.7	32.7
	2017	30	28.8	28.8	61.5
	2018	40	38.5	38.5	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.

Tabla 18: Notificación por mes de los pacientes diagnosticados con Leishmaniasis en el Municipio de Choloma, Departamento de Cortés, Honduras del 2016-2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Enero	5	4.8	4.8	4.8
	Octubre	12	11.5	11.5	16.3
	Noviembre	14	13.5	13.5	29.8
	Diciembre	3	2.9	2.9	32.7
	Febrero	4	3.8	3.8	36.5
	Marzo	7	6.7	6.7	43.3
	Abril	6	5.8	5.8	49.0
	Mayo	12	11.5	11.5	60.6
	Junio	12	11.5	11.5	72.1
	Julio	4	3.8	3.8	76.0
	Agosto	11	10.6	10.6	86.5
	Septiembre	14	13.5	13.5	100.0
	Total	104	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de registro de investigación de casos de Leishmaniasis.