

**PREVALENCIA DE LA LEISHMANIASIS
EN EL TERRITORIO COLOMBIANO**

**MARIA LUISA ANDRADE
FANY GONZALEZ
HECTOR PEDRAZA
ZAMIR RONCANCIO
KELLY CRISTINA ROJAS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
“UNAD”
FACULTAD DE CIENCIAS BÁSICAS TECNOLOGÍAS E INGENERIAS
REGENCIA EN FARMACIA
2010**

**PREVALENCIA DE LA LEISHMANIASIS
EN EL TERRITORIO COLOMBIANO**

**MARIA LUISA ANDRADE
FANY GONZALEZ
HECTOR PEDRAZA
ZAMIR RONCANCIO
KELLY CRISTINA ROJAS**

**TUTORA:
ANGELA LILIANA BENITEZ**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
“UNAD”
FACULTAD DE CIENCIAS BÁSICAS TECNOLOGÍAS E INGENIERIAS
REGENCIA EN FARMACIA
2010**

CONTENIDO

| | PÁG. |
|--|------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 5 |
| 2 JUSTIFICACION | 7 |
| 3 OBJETIVOS | 9 |
| 3.1 OBJETIVO GENERAL | 9 |
| 3.2OBJETIVOS ESPECIFICOS | 9 |
| 4. MARCO LEGAL | 10 |
| 5 MARCO TEORICO | 12 |
| 5.1 HISTORIA DE LA LEISHANIA | 12 |
| 5.2 TIPOS DE LEISHMANIASIS | 13 |
| 5.2.1 <i>Leishmaniasis cutánea</i> | 13 |
| 5.2.2 <i>Leishmaniasis mucosa</i> | 13 |
| 5.2.3 <i>Leishmaniasis visceral</i> | 14 |
| 6. METODOS DIAGNOSTCOS | 18 |
| 6.1 EXAMEN DIRECTO | 18 |
| 6.2 TRATAMIENTO | 20 |
| 7. CASOS CLINICOS REPORTADOS POSITIVOS A LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA EN EL MUNICIPIO DE MARIPI | 22 |
| 7.1 MARTHA RUBIELA YEMAYUSA 23731254 | 22 |
| 7.2 CAREN CASTILLO CASTRO | 22 |
| 7.3 LUIS CASTRO CAÑON | 23 |
| 7.4 JOSE EUTIMIO CORTES | 23 |

| | |
|---|----|
| 7.5 SEGUNDO CORTES | 24 |
| 7.6 RUDENCINDO RODRIGUEZ | 25 |
| 7.7 EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE LOS CASOS DE LEISHMANIASIS EN EL MUNICIPIO DE MARIPI BOYACA | 25 |
| 7.8 RESULTADOS ESTADISTICOS EN EL CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO DEL MUNICIPIO DE MARIPI | 26 |
| 8. RESULTADOS ESTADISTICOS DEL HOSPITAL SAN JOSE DEL MUNICIPIO DE ORTEGA | 31 |
| | |
| BIBLIOGRAFÍA | 39 |
| | |
| ANEXO | 40 |

1. INTRODUCCIÓN

Las leishmaniasis son zoonosis que afectan la piel, las mucosas o las vísceras, resultantes del parasitismo de los macrófagos por un protozoo flagelado del género *Leishmania*, introducido al organismo por la picadura de un insecto flebotomíneo, que en el nuevo continente pertenece al género *Lutzomyia*.

La Leishmaniasis es en Colombia una enfermedad de interés en salud pública considerando su gran poder epidémico, la gravedad de las lesiones que produce y la posibilidad de ser evitable mediante medidas preventivas y acciones regulares de vigilancia y control. En los últimos cinco años (1994- 1998) se han reportado en promedio alrededor de 5.000 casos nuevos de Leishmaniasis en Colombia, siendo una patología endémica en casi todo el territorio colombiano, una vez que hay áreas endémicas en todos los departamentos, con excepción de San Andrés Islas, Atlántico y el distrito de Santafé de Bogotá. Se estima que en el país existen alrededor de 10 millones de personas en riesgo, siendo la transmisión principalmente rural¹

De acuerdo a los datos de leishmaniasis cutánea (LC) informada al Programa Regional en el 2006, se registraron 6 de aproximadamente 62.000 casos; los países más afectados fueron Brasil, Colombia, Paraguay, Venezuela, Panamá, Ecuador y Perú. En cuanto a la leishmaniasis visceral (LV), los países reportaron más de 5.000 casos y el país más afectado es Brasil²

Las tres formas clínicas de la enfermedad se presentan: la cutánea (95% de los casos) es la más frecuente; la leishmaniasis visceral es endémica principalmente en el Valle del Río Magdalena y sus afluentes, existen focos que corresponden

¹ MINISTERIO PROTECCION SOCIAL, Dirección General De Promoción Y Prevención, Guía De Atención De La Leishmaniasis, 2000

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Leishmaniasis Actualización 2007

con la distribución de *Lutzomyia longipalpis* en el Tolima, Huila, Cundinamarca, Bolívar, Córdoba, Sucre, Santander y Norte de Santander.

El territorio nacional situado por debajo de los 1.750 metros s.n.m con clima cálido, humedad relativa adecuada, Temperatura media entre 25 y 30°C presenta condiciones geo-ecológicas adecuadas para la transmisión de la enfermedad en focos ubicados en bosques tropicales primarios, con abundancia de reservorios y vectores; bosques secundarios, selva húmeda tropical, bosque seco tropical y de galerías.

2. JUSTIFICACION

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las leishmaniasis se encuentran distribuidas en Norte y Sudamérica, Europa, África y Asia y que son endémicas en las regiones tropicales y subtropicales de 88 países en 4 continentes; su distribución geográfica está limitada por la distribución de los flebotomíneos vectores, su tendencia a ingerir sangre de los animales y el hombre y por su capacidad de soportar el desarrollo interno de las especies de *Leishmania*. Sin embargo, los datos oficiales subestiman la realidad de la afección humana debido a varios factores: a) la distribución de las zonas de transmisión en áreas endémicas es frecuentemente discontinua; b) numerosos casos no son diagnosticados o no se declaran; c) la mayoría de los datos oficiales se obtienen exclusivamente a partir de la detección pasiva de los casos; d) el número de personas infectadas, pero asintomáticas, es mucho mayor que el número de casos manifiestos de leishmaniasis visceral y por último, la leishmaniasis es de notificación obligatoria en tan sólo 40 de los 88 países endémicos. En América, se han informado casos desde el norte de Argentina al sur de Texas, con la excepción de Chile y Uruguay³.

En Colombia, durante la década de 1990 se notificaron en promedio 6.500 casos nuevos de leishmaniasis, para la década del 2000 se han notificado en promedio 14.000 casos lo cual evidencia un incremento inusitado de los casos durante los últimos años. Es una patología endémica en casi todo el territorio, excepto en San Andrés Islas, Atlántico y Bogotá D.C.; se estima que en el país existen alrededor de 10 millones de personas en riesgo, y la transmisión principalmente rural. Es considerada como un problema de salud pública, por su resonancia mundial, con

³ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, Subdirección De Vigilancia Y Control, Protocolo De Vigilancia De La Leishmaniasis 2007

una incidencia anual de 400.000 casos y una prevalencia de más de 12 millones de casos⁴.

Frente a esta problemática, que se revela de gran magnitud, se hace necesaria la elaboración de proyecto investigativo que permita conocer la prevalencia e incidencia, de leishmaniasis en el municipio de maripi, con su caracterización epidemiológica, que brinde bases para la elaboración de nuevos proyectos y políticas de salud, con la finalidad de disminuir el impacto de la dicha patología.

⁴ GARCIA RIVAS LEONARDO y cols, Estudio De La Leishmaniasis Cutánea Americana En Niños, Municipio Autónomo, Anzoátegui Del Estado Cojedes Venezuela 1995-1996

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer La Prevalencia de Leishmaniasis en el territorio colombiano, Periodo comprendido del año 2004 al 2010.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer los tipos de leishmaniasis predominante en la población objeto de estudio
- Determinar los géneros que están afectados por leishmaniasis en la población objeto de estudio
- Establecer la edad de los pacientes afectados por leishmaniasis en la población objeto de estudio
- Conocer el área de ocurrencia del caso en la población objeto de estudio
- Determinar si existen antecedentes de leishmaniasis en la población objeto de estudio
- Establecer la localización más frecuente de las lesiones en la población objeto de estudio
- Analizar si los pacientes diagnosticados con leishmaniasis han recibido tratamiento previo contra la patología y cuales medicamentos son utilizados en el tratamiento para mejorar su calidad de vida.

4. MARCO LEGAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la leishmaniasis es una enfermedad infecciosa provocada por un parásito denominado Leishmania. Afecta a millones de personas en 88 países y se transmite por un insecto, por transfusiones de sangre o por el uso de agujas infectadas. En Colombia la leishmaniasis es considerada, como un problema de salud pública según el Ministerio de Protección Social

En Colombia, durante la década de 1990 se notificaron en promedio 6.500 casos nuevos de leishmaniasis, para la década del 2000 se han notificado en promedio 14.000 casos lo cual evidencia un incremento inusitado de los casos durante los últimos años. Es una patología endémica en casi todo el territorio, excepto en San Andrés Islas, Atlántico y Bogotá D.C.; se estima que en el país existen alrededor de 10 millones de personas en riesgo, y la transmisión principalmente rural. Las tres formas clínicas de la enfermedad se presentan: la cutánea (95% de los casos) es la más frecuente; la leishmaniasis visceral es endémica principalmente en el Valle del Río Magdalena y sus afluentes, existen focos que corresponden con la distribución de *Lutzomyia longipalpis* en el Tolima, Huila, Cundinamarca, Bolívar, Córdoba, Sucre, Santander y Norte de Santander.⁵

Estudios elaborados por la Universidad de Antioquia, en Colombia, identifican algunas zonas del país como las más propensas a contraer este mal.

El informe revela que la leishmaniasis se encuentra en la serranía de La Macarena, en el departamento del Meta, en el suroeste del territorio, y en el golfo de Urabá, en el Caribe colombiano.

El parásito Leishmania se encuentra en zonas selváticas.

Síntomas.

Los primeros síntomas de esta enfermedad se presenta en la piel , en la zona cutánea y según el investigador científico, Iván Darío Vélez , se caracteriza por causar úlceras en la cara , los brazos y en las pernas , áreas del cuerpo que por lo general permanecen descubiertas entre los pobladores tropicales y húmedas .

Otra variante es la leishmaniasis visceral ,cuyos síntomas se revelan con fiebre alta ,cambios drásticos en la pigmentación de la piel, pérdida de peso y alteración de los componentes del torrente sanguíneo . Según el científico, la mejor medida para combatir el insecto que trasporta esta enfermedad es usando repelentes, pero muchos soldados no lo hacen.

El ejército está estudiando la posibilidad de utilizar repelentes sin olor y rociar los uniformes con químicos que ahuyente los insectos en las zonas de combate.

5. MARCO TEORICO

5.1 HISTORIA DE LA LEISHANIA

Los orígenes de la *Leishmania* no son claros.^{2 3} Una posible teoría propone un origen en África, con migración a las Américas desde el Viejo Mundo unos 15 millones de años a través del estrecho de Bering. Otra teoría propone un origen paleártico.⁴ Dichas migraciones incluirían migraciones de los vectores o adaptaciones sucesivas. Una migración más reciente es la de *L. infantum* desde el Mediterráneo hasta países latinoamericanos, llamados desde entonces *L. chagasi*, desde la colonización europea del Nuevo Mundo, donde los parásitos recogieron su nuevo vector en sus respectivas ecologías.

La primera descripción de leishmaniosis fue hecha por El-Razy de Iraq, alrededor del año 1500 d. C. En 1898, Browosky descubrió el agente etiológico, pero su publicación hecha en ruso, pasó prácticamente inadvertida para los científicos occidental.



5.2 TIPOS DE LEISHMANIASIS

5.2.1 *Leishmaniasis cutánea.* Las formas clínicas varían desde lesiones cerradas como pápulas, nódulos y placas que pueden ser de aspecto verrugoso hasta las formas abiertas como la úlcera franca, la úlcera vegetante.

La úlcera típica es redondeada, de bordes elevados, eritematosos, acordonados, con centro granulomatoso, limpio y base infiltrada. Regularmente son indoloras, de crecimiento lento y se asientan sobre piel sana. Cuando hay sobreinfección bacteriana se tornan dolorosas, de fondo sucio, secreción purulenta, recubiertas por costra de aspecto melisérico, eritema en su periferia y signos inflamatorios locales.

Ante la sospecha clínica o epidemiológica de leishmaniasis es necesario visualizar el parásito para corroborar el diagnóstico. Para ello existen diversos métodos de complejidad variable pero siempre se debe buscar el parásito en cualquiera de ellos.

5.2.2 *Leishmaniasis mucosa.* El lapso ocurrido entre la lesión cutánea y el compromiso mucoso es variable. Ocasionalmente puede ocurrir simultáneamente con la lesión cutánea. La cicatriz antigua indicadora de leishmaniasis cutánea previa es importante criterio diagnóstico y debe buscarse siempre porque se demuestra en por lo menos un 90% de los casos de leishmaniasis mucosa. El sitio de la localización más frecuente de las lesiones es la mucosa nasal. Los síntomas principales son sensación de congestión y obstrucción nasal, prurito nasal, rinorrea serohemática o purulenta y epistaxis.



Al examen físico se puede encontrar eritema y edema de la mucosa en las formas iniciales; en estados más avanzados se aprecian ulceraciones, perforación y destrucción del tabique y de los tejidos blandos, pudiendo llegar a provocar graves mutilaciones (nariz de tapir).

El diagnóstico de la leishmaniasis mucosa debe basarse en el cuadro clínico, los antecedentes clínicos (lesión cutánea anterior con presencia de cicatriz) y epidemiológicos, la prueba de Montenegro positiva, la serología positiva (IFI mayor o igual a 1:32) y la histopatología, ya que es prácticamente imposible demostrar el parásito por otros métodos.

Biopsia de mucosa nasal: está indicada y debe practicarse en todo caso de leishmaniasis mucosa en el segundo nivel por personal entrenado o por otorrinolaringólogos con experiencia en estos procedimientos.

Pruebas serológicas: Las pruebas serológicas para detección de anticuerpos circulantes por los diferentes métodos como inmunofluorescencia indirecta (IFI), ELISA, no tienen utilidad alguna en el diagnóstico de la leishmaniasis cutánea dada su baja sensibilidad. Sí son útiles en el diagnóstico de la leishmaniasis mucosa y de la visceral.

5.2.3 Leishmaniasis visceral. La puerta de entrada del parásito al hombre o a los animales es la piel, a través de la picadura del vector. Las formas promastigotes del parásito invaden las células del sistema reticulo-histiocitario local, se producen bajo la forma de amastigotes y luego se diseminan por vía linfática, con linfadenopatía observada en algunos pacientes, o por vía sanguínea, para localizarse en los macrófagos de la médula ósea, el hígado y el bazo, cuyo compromiso gradual, crónico, llega a ser masivo, lo cual explica las manifestaciones clínicas de la enfermedad.



El compromiso de la médula ósea lleva a anemia, leucopenia y trombocitopenia y el compromiso hepático ocasiona disminución en la producción de protrombina que sumada a la disminución en el número de plaquetas se traduce en hemorragias.

Su diagnóstico siempre debe confirmarse con la identificación parasitológica en todo paciente procedente del área endémica con antecedentes epidemiológicos (edad menor de 5 años) y cuadro clínico característico (síndrome febril prolongado, esplenomegalia, etc.). Los exámenes diagnósticos indicados son el examen parasitológica de aspirado de médula ósea y/o de aspirado de bazo, procedimientos que se deben realizar por personal con entrenamiento en instituciones del segundo o tercer nivel de atención.

Examen parasitológico directo mediante aspirado de médula ósea.

Estudio diagnóstico para la comprobación de leishmaniasis visceral mediante la observación de los amastigotes en el aspirado por punción de la médula ósea, se prefiere tomar la muestra de la cresta ilíaca ya que trae poco riesgo para el paciente y es de fácil ejecución.

Examen parasitológico directo mediante aspirado de bazo

La punción del bazo presenta un mayor número

Panorama mundial

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las leishmaniasis se encuentran distribuidas en Norte y Sudamérica, Europa, África y Asia y que son endémicas en las regiones tropicales y subtropicales de 88 países en 4 continentes; su distribución geográfica está limitada por la distribución de los flebotomíneos vectores, su tendencia a ingerir sangre de los animales y el hombre y por su capacidad de soportar el desarrollo interno de las especies de *Leishmania*.⁵

En América, se han informado casos desde el norte de Argentina al sur de Texas, con la excepción de Chile y Uruguay.

En América se han informado casos desde el norte de Argentina hasta el sur de Texas con la excepción de Chile y Uruguay.

De acuerdo a los datos de leishmaniasis cutánea (LC) informada al Programa Regional en el 2006, se registraron 6 de aproximadamente 62.000 casos; los países más afectados fueron Brasil, Colombia, Paraguay, Venezuela, Panamá, Ecuador y Perú. En cuanto a la leishmaniasis visceral (LV), forma más letal, los países reportaron más de 5.000 casos y el país más afectado es Brasil⁶

Panorama nacional

En Colombia, durante la década de 1990 se notificaron en promedio 6.500 casos nuevos de leishmaniasis, para la década del 2000 se han notificado en promedio 14.000 casos lo cual evidencia un incremento inusitado de los casos durante los

⁵ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, Subdirección De Vigilancia Y Control, Protocolo De Vigilancia De La Leishmaniasis 2007

⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Leishmaniasis Actualización 2007

últimos años. Es una patología endémica en casi todo el territorio, excepto en San Andrés Islas, Atlántico y Bogotá D.C.; se estima que en el país existen alrededor de 10 millones de personas en riesgo, y la transmisión principalmente rural. Las tres formas clínicas de la enfermedad se presentan: la cutánea (95% de los casos) es la más frecuente; la leishmaniasis visceral es endémica principalmente en el Valle del Río Magdalena y sus afluentes, existen focos que corresponden con la distribución de *Lutzomyia longipalpis* en el Tolima, Huila, Cundinamarca, Bolívar, Córdoba, Sucre, Santander y Norte de Santander.⁵

6. METODOS DIAGNOSTICOS

6.1 EXAMEN DIRECTO

El examen directo es un método rápido, económico y de fácil realización en unidades de salud con recursos mínimos. Su sensibilidad varía de acuerdo con el tiempo de evolución de la lesión (a menor tiempo de evolución mayor sensibilidad) y de acuerdo con la técnica de la toma y coloración de la muestra, la capacitación del personal que realiza su lectura y el interés que se tenga por parte de la entidad y de quien lee las láminas. En general puede decirse que la sensibilidad del examen directo es de un 85% a 90% en pacientes cuya enfermedad no supere los cuatro meses de evolución.

Reacción de Montenegro.

Es la prueba intradérmica de sensibilidad tardía que generalmente comienza a hacerse positiva hacia la cuarta semana después de la exposición al parásito, aunque algunos pacientes demoran hasta 8 a 12 semanas en hacerlo. Permanece positiva de ahí en adelante. Se utiliza con varios fines: estudio epidemio-lógico y método diagnóstico complementario.

El antígeno de Montenegro (leishmanina) es una mezcla de parásitos inactivados de las especies *L. panamensis* y *L. amazonensis* a una concentración de 1×10^6 células/ml. Es producido por el Laboratorio de Parasitología del Instituto Nacional de Salud y distribuido a través de las Direcciones de Salud. Para conservar su actividad debe almacenarse en refrigeración a 40 C.

En el segundo nivel de atención se debe realizar los procedimientos de comprobación diagnóstica de mayor complejidad que no es posible realizar en el primer nivel, o cuando los primeros procedimientos de diagnóstico para identificar

el parásito (frotis) han resultado negativos, pero la sospecha clínica-epidemiológica es alta. En este nivel es además importante realizar los procedimientos de comprobación diagnóstica de casos con sospecha de leishmaniasis mucosa y visceral.

Biopsia de piel.

La biopsia es un procedimiento útil en el estudio de las leishmaniasis y debe llevarse a cabo después de que en el estudio del frotis de las lesiones no fue posible comprobar la presencia del amastigote. Su utilidad, además, radica en que:

Se realiza con relativa facilidad y se puede remitir desde cualquier lugar para examen en los centros adecuados.

Establece un diagnóstico concluyente al demostrar los parásitos.

Determina otros procesos con los cuales se confunde la enfermedad clínicamente.

Sugiere el diagnóstico de leishmaniasis aún si los organismos no son demostrables

Otros métodos diagnósticos

Existen otras pruebas con grados variables de complejidad, costos y sensibilidad, que sólo es posible realizar en centros especializados de atención o investigación y por lo tanto no están al alcance de unidades de salud con recursos mínimos. Por ello su utilidad es limitada y depende de consideraciones específicas para casos particulares.

Cultivos: No existe un único medio que sirva para aislamiento de todas las especies de Leishmania ya que éstas difieren en su capacidad de crecer in vitro. Por esto, se han desarrollado diversos medios tales como el NNN, el medio de Seneijke o el medio de LIT. El cultivo se utiliza para obtener grandes cantidades de promastigotes con el fin de realizar la identificación de la especie utilizando electroforesis de isoenzimas o anticuerpos monoclonales.

Inoculación a hámster: Este procedimiento tampoco debe considerarse como un método diagnóstico ya que se usa primordialmente para aislar, mantener e identificar la especie de Leishmania por métodos bioquímicos o inmunológicos

6.2 TRATAMIENTO

Los tratamientos de primera elección para las diferentes formas clínicas de leishmaniasis siguen siendo las sales de antimonio pentavalente (Sb^{5+}), como el antimoniato de N-metil glucamina (Glucantime^R) y el estibogluconato de sodio (Pentostam^R), drogas de comprobada eficacia. Ofrecen excelentes resultados terapéuticos con pocas reacciones adversas. Las dosis han tenido que ajustarse con el tiempo debido al aumento de las recidivas.

Antes de iniciar el tratamiento, todo paciente deberá evaluarse clínicamente para descartar alteraciones cardiacas o renales. Si hay medios disponibles, a los mayores de 60 años y a quienes se les detecten alteraciones clínicas, deberán practicárseles los exámenes para clínicos correspondientes, incluyendo electrocardiograma, pruebas de función renal y hepática.

Como en leishmaniasis cutánea y mucosa el tratamiento debe hacerse en forma ambulatoria, sistémica y prolongada, deberá efectuarse bajo supervisión del personal de los servicios de salud.

Al considerar el esquema terapéutico óptimo para leishmaniasis cutánea nos remitimos a los estudios de la literatura y a las pautas de la OM.

7. CASOS CLINICOS REPORTADOS POSITIVOS A LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA EN EL MUNICIPIO DE MARIPI

7.1 MARTHA RUBIELA YEMAYUSA 23731254

DATOS DE LA CONSULTA: ULCERA EN MANO

Enfermedad actual: paciente refiere cuadro de i mes de evolución consistente en aparición de lesión.

Examen físico : comentarios : cara y cuello , amígdalas no hipertróficas , sin placas, otoscopia bilateral sin alteraciones, cardio pulmonar ruidos cardiacos rítmicos sin soplos , ruidos respiratorios sin agregados, abdomen blando no doloroso a la palpacion, sin signos de irritación peritoneal, extremidades sin edemas, con evidencia de lesión de fondo sucio tipo ulcera a nivel de dorso de la mano de mas o menos 4,2 cm , con costra, eritema perilesional , sin supuración activa, neurológico sin déficit

Lesión con fondo sucio en el momento, de aparición reciente, decido enviar tto antibiótico y citar en 8 días para evaluar la posibilidad de leishmaniosis cutánea

7.2 CAREN CASTILLO CASTRO

EDAD 5 AÑOS

DATOS DE LA CONSULTA: LESIÓN EN PIERNA

Enfermedad actual: cuadro clínico de 2 meses de evolución consistente en aparición de lesión ulcerosa a nivel de tercio distal de pierna derecha, manejada con antibiótico sin mejoría del mismo.

Examen físico: cara y cuello , amígdalas no hipertróficas , sin placas, otoscopia bilateral sin alteraciones, cardio pulmonar ruidos cardiacos rítmicos sin soplos , ruidos respiratorios sin agregados, abdomen blando no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, extremidades, lesión ulcerosa de 2 por 4 cm de bordes definidos y de fondo con tejido de granulación leve edema y descamación perilesional a nivel de tercio distal región anterior pierna derecha, neurológico sin déficit.

7.3 LUIS CASTRO CAÑON

9 AÑOS

DATOS DE LA CONSULTA: ULCERA EN BRAZO

Enfermedad actual: paciente refiere cuadro de 90 días de aparición de lesión ulcerosa a nivel de brazo derecho sin secreción activa

Examen físico: normocefalo mucosa oral húmeda cuello móvil sin adenopatías tórax sin tiraje, a la auscultación se evidencia sibilancia inspiratoria acompañado de movilización de secreciones, ritmo cardiaco normal abdomen blando depresible no mas no megalia peristalsis positiva gu: diuresis normal extre: eutróficas sin edema , piel se evidencia lesión ulcerosa de 1 * 1 cm a nivel tercio superior de brazo derecho, neurológico rot ++/+++, fuerza conservada.

7.4 JOSE EUTIMIO CORTES

Edad: 44 años

Motivo de consulta: ulcera en antebrazo

Enfermedad actual: paciente refiere cuadro de 2 meses de aparición de lesión ulcerosa a nivel de antebrazo izquierdo, no pruriginosa sin secreción.

Examen físico : consciente, alerta, orientado, cuello móvil sin adenopatías, orofaringe sin alteraciones, mucosa oral húmeda, pupilas isocóricas normoreactivas a la luz, otoscopia sin alteraciones, murmullo vesicular presente en ambos hemitorax, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, abdomen blando depresible, no doloroso, no signos de irritación peritoneal, puñopercusión negativa bilateral, ext simétricas, sin edemas, ni limitación funcional, lesión tipo úlcera de bordes bien definidos, fondo limpio a nivel de 1/3 medio de antebrazo izquierdo, de aprox 3,3cm, pulsos distales simétricos, buen llenado capilar distal, snc sin déficit x edad, ni signos meníngeos.

Plan: se explican signos de alarma, recomendaciones, manejo con cefalexina, control en 10 días para definir toma de frotis

7.5 SEGUNDO CORTES

Edad: 45 años

Motivo de consulta: lesión en tórax

Enfermedad actual: paciente refiere cuadro de varias semanas de aparición de lesiones costrosas a nivel de tórax en región anterior que no desaparecen.

Examen físico: cara y cuello, amígdalas no hipertróficas, sin placas, otoscopia bilateral sin alteraciones, cardio pulmonar ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados, se evidencia lesión ulcerada de bodes bien definidos de 1*1 cm a nivel de región pectoral derecha sin signos de infección activa abdomen blando no doloroso a la palpación, sin signos de irritación

peritoneal, extremidades sin edema, llenado capilar adecuado, neurológico sin déficit para la edad.

Se formula antibiótico y revaloración en 8 días para definir conducta.

7.6 RUDENCINDO RODRIGUEZ

Edad: 62 años.

Motivo de consulta: lesión en mano derecha

Enfermedad actual: paciente refiere cuadro de mas de un mes de aparición de lesión a nivel de dorso de mano derecha que aumenta de tamaño.

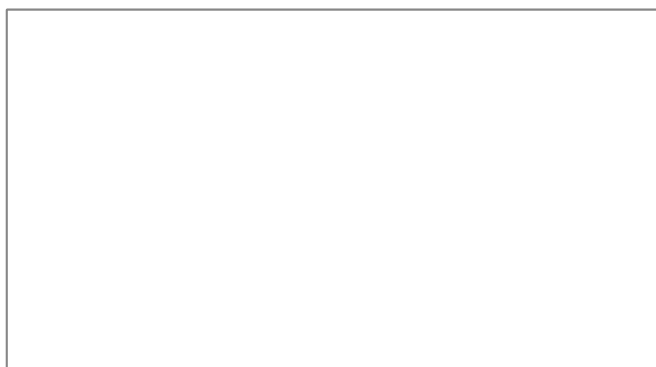
Examen físico: cara y cuello, amígdalas no hipertróficas, sin placas, otoscopia bilateral sin alteraciones, cardio pulmonar ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados, abdomen blando no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, extremidades se evidencia lesión ulcerosa de bordes bien definidos a nivel de tercio distal antebrazo derecho de mas o menos 2 por 2 cm, neurológico sin déficit

7.7 EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DE LOS CASOS DE LEISHMANIASIS EN EL MUNICIPIO DE MARIPI BOYACA



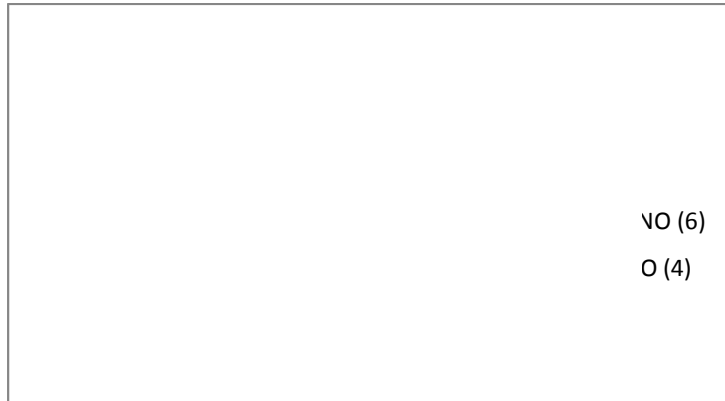
7.8 RESULTADOS ESTADISTICOS EN EL CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO DEL MUNICIPIO DE MARIPÍ

El Centro de Salud Rafael Salgado del municipio de Maripí arrojo los siguientes datos estadísticos según los casos de Leishmaniasis reportados positivos a la Secretaria de salud de Boyacá, durante el periodo comprendido de Enero de 2009 a octubre de 2010:



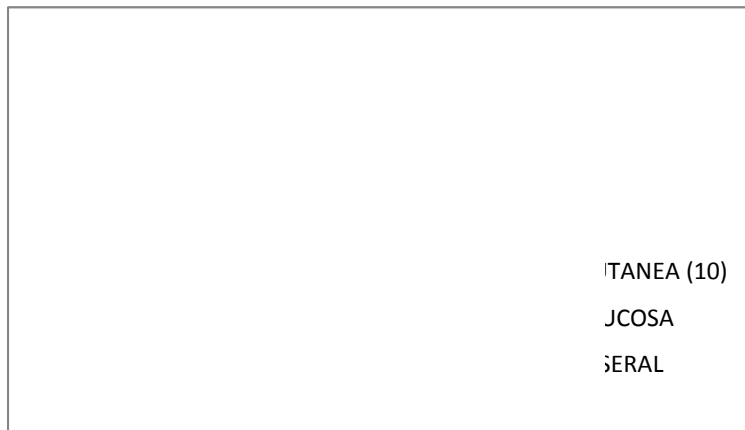
FUENTE: Propia

Fig N° 1: Los casos reportados de leishmaniasis según edad presentaron un 20% para la edad comprendida entre 1 a 10 años correspondientes a 2 casos, un 40% para la edad entre 30 a 40 años correspondientes a 4 casos, un 30% para la edad entre 40 a 50 años correspondientes a 3 casos y un 10% para la edad comprendida entre 60 a 70 años correspondiente a 1 caso.



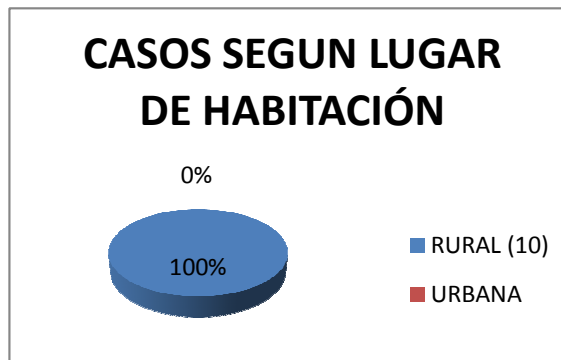
FUENTE: Propia

Fig. N° 2: Los casos de Leishmaniasis según género presentaron un 60% para el género masculino correspondiente a 6 casos y un 40 % en el género femenino correspondiente a 4 casos.



FUENTE: Propia

Fig. N° 3: Los casos de Leishmaniasis según tipo de leishmaniasis presentaron un 100% para la leishmaniasis tipo cutánea correspondiente a 10 casos y un 0% para la leishmaniasis tipo mucosa y visceral.



Fuente: Propia

Fig.: N°4: Los casos de Leishmaniasis según lugar de habitación presentaron un 100% para los pacientes que habitaban en área rural correspondiente a 10 casos y un 0% para los pacientes que habitaban el perímetro urbano.

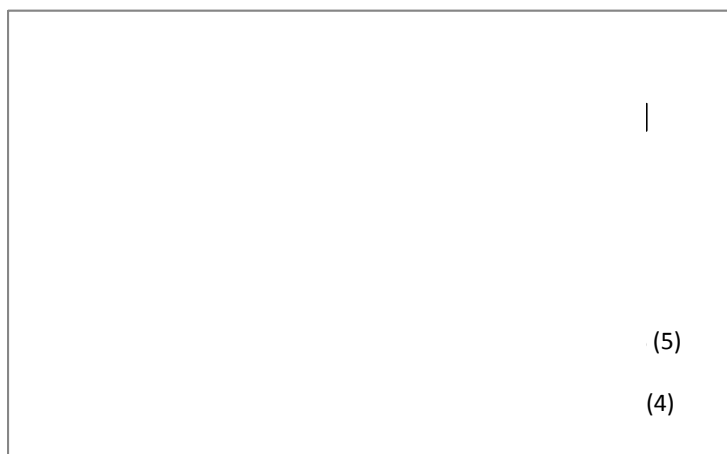
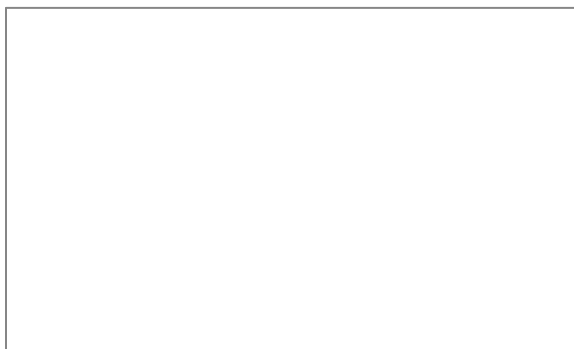


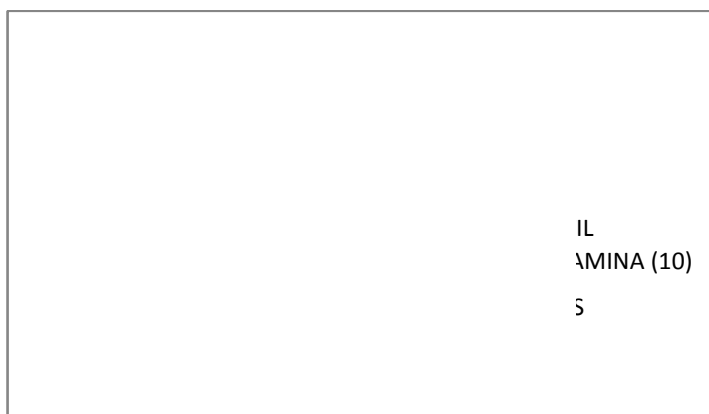
Fig. N° 5: Los casos de Leishmaniasis según la localización de la lesión presentaron un 0% para los pacientes que presentaron lesiones en cara, un 10% para los pacientes que presentaron lesiones en el área del tronco correspondientes a 1 caso, un 40% para los pacientes que presentaron lesiones en los miembros inferiores correspondientes a 4 casos y un 50% para los

pacientes que presentaron lesiones en los miembros superiores correspondientes a 5 casos.



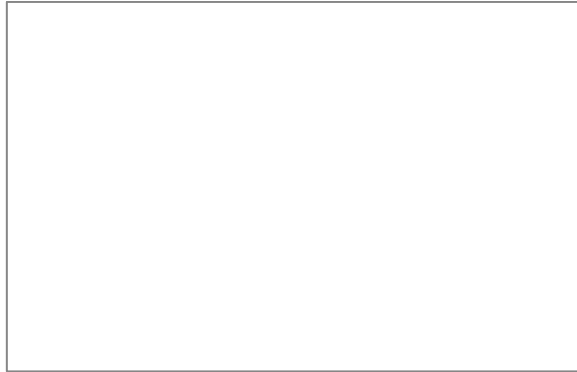
Fuente: Propia

Fig. 6: Los casos de Leishmaniasis según antecedentes de Leishmaniasis presentaron un 100% para los pacientes que no habían cursado la enfermedad anteriormente correspondiente a 10 casos y un 0% para los pacientes que habían cursado con la enfermedad anteriormente.



Fuente: Propia

Fig. N° 7: Los casos de Leishmaniasis según los medicamentos suministrados para el tratamiento presentaron un 100% para los pacientes que fueron tratados con N-Metil glucamina y un 0% para otros tipos de medicamentos.



Fuente: Propia

Fig. N° 8: Se observó que el 40% de los casos de Leishmaniasis no presentaban historias clínicas en el Centro de Salud Rafael Salgado de Maripí, correspondientes a 4 casos y el 60% sí contaba con el historial clínico, correspondiente a 6 casos.

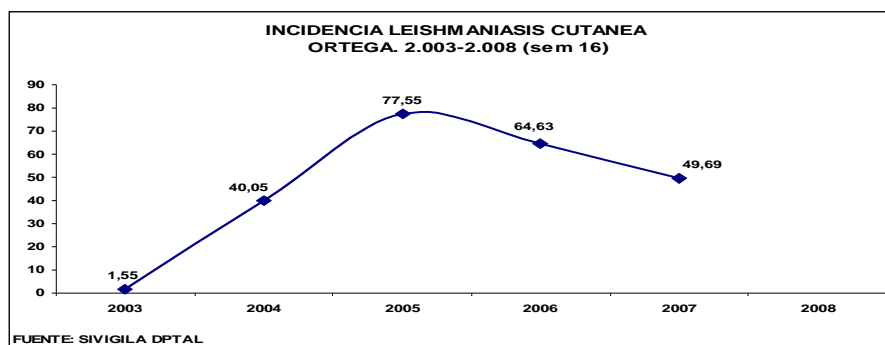
8. RESULTADOS ESTADISTICOS DEL HOSPITAL SAN JOSE DEL MUNICIPIO DE ORTEGA

LEISHMANIASIS CUTANEA

**TABLA 1.
MORBILIDAD POR NOTIFICACION OBLIGATORIA-SIVIGILA**

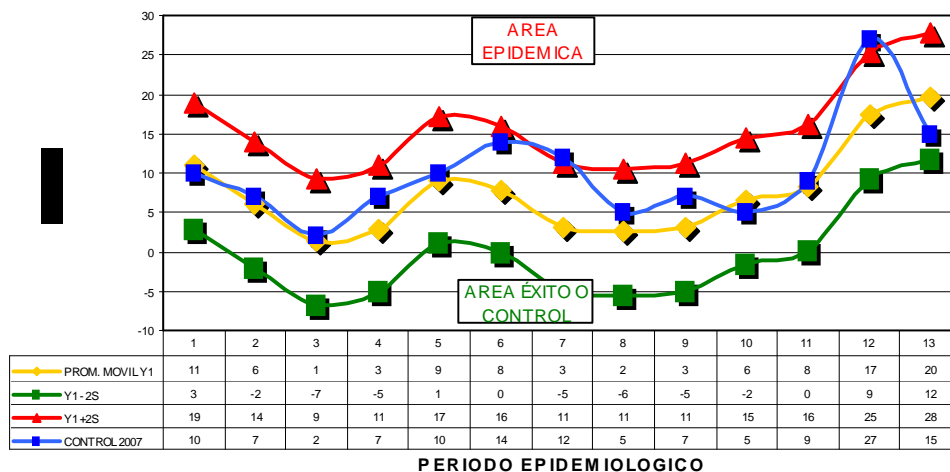
| No. | CAUSAS DE MORBILIDAD | No. Casos | MAGNITUD |
|-----|--|-----------|-------------|
| | Priorización de mayor a menor según tasa | | Tasa x 1000 |
| | POBLACION 2007 | | 33468 |
| 1 | LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA | 128 | 4.9 |
| 2 | LEISHMANIASIS MUCOSA | 1 | 0,03 |

GRAFICA 1. COMPORTAMIENTO DE LEISHMANIA CUTANEA 2003- 2008



En el periodo 2003- 2007 se observa una tendencia al aumento en Leishmaniasis cutánea hasta el 2005 con una tasa de 77,56 X 10.000 hab, año en el que empieza un descenso significativo hasta llegar a una tasa de 49,69 en el año 2007.

GRAFICO 2. INDICE ENDEMIKO DE LEISHMANIA CUTANEA – ORTEGA 2007



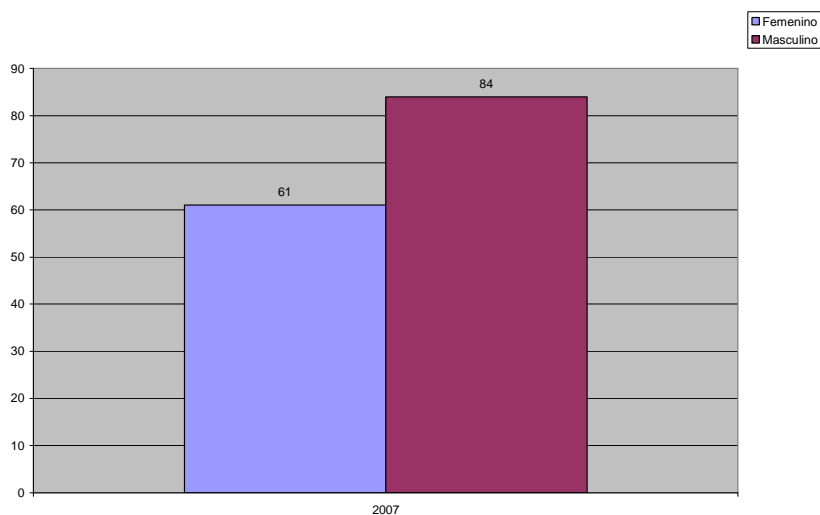
El comportamiento endémico de la leishmaniasis cutánea se ubico en el corredor de alerta epidémica en 10 periodos, llegando en el 12 al área de epidemia y disminuyendo significativamente los casos en el periodo epidemiológico 13.

Distribución absoluta de casos confirmados de leishmaniasis cutánea, según genero Ortega, Hospital San José E.S.E. de Enero a Diciembre de 2007.

TABLA 2. INDICE ENDEMIKO DE LEISHMANIA SEGÚN GENERO

| GENERO | TOTAL |
|---------------|--------------|
| Femenino | 61 |
| Masculino | 84 |
| TOTAL | 145 |

**GRAFICO 3.DISTRIBUCION DE LA LEISHMANIA CUTANEA POR GENERO ORTEGA
NOVIEMBRE 2004-2007**

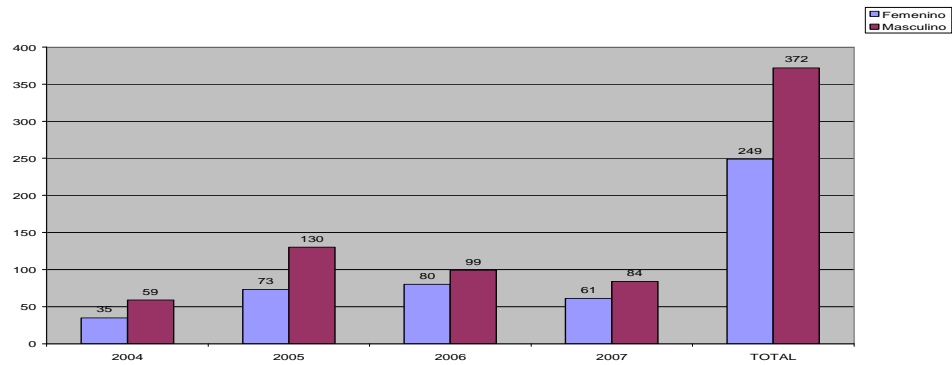


Distribución absoluta y porcentual de casos confirmados de leishmaniasis cutánea, según genero de Ortega, Hospital San José E.S.E de Noviembre de 2004 a Diciembre de 2007.

**TABLA 3.
INDICE ENDEMICO DE LEISHMANIA SEGÚN GENERO 2004 – 2007**

| GENERO | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | TOTAL | % |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|----------------|
| Femenino | 35 | 73 | 80 | 61 | 249 | 40,10% |
| Masculino | 59 | 130 | 99 | 84 | 372 | 59,90% |
| TOTAL | 94 | 203 | 179 | 145 | 621 | 100,00% |

**GRAFICO 4. DISTRIBUCION DE LA LEISHMANIA CUTANEA POR GÉNERO ORTEGA
NOVIEMBRE 2004-2007**



**GRAFICO 5. DISTRIBUCION DE LA LEISHMANIA CUTANEA POR EDADES ORTEGA
2007**

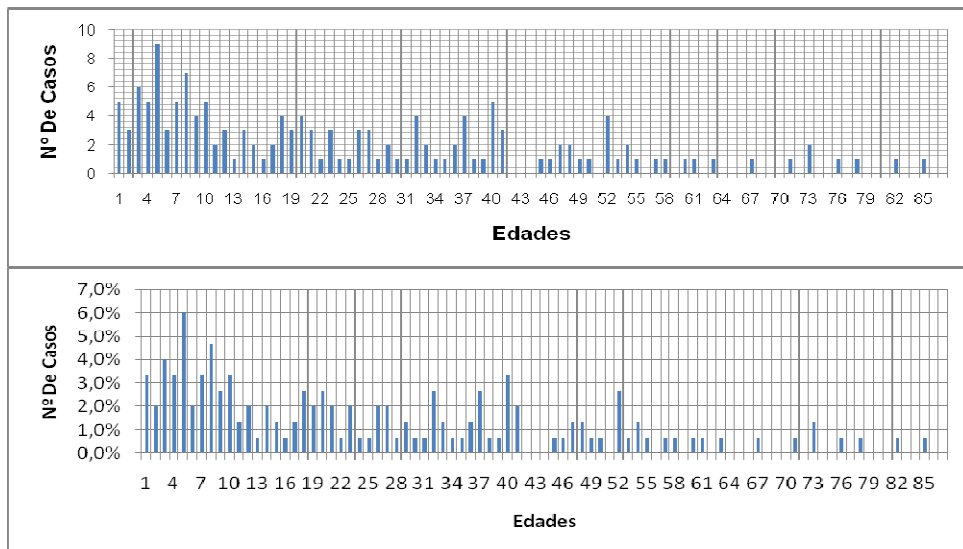


TABLA 4. Distribución absoluta y porcentual de casos confirmados de leishmaniasis cutánea, por grupos quinquenales, Ortega, Hospital San José E.S.E de enero a Diciembre de 2007.

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 0-5 | 6-10 | 11-15 | 16-20 | 21-25 | 26-30 | 31-35 | 36-40 | 41-45 | 46-50 | 51-55 | 56-60 | 61-65 | 66-70 | 71-75 | 76-80 | 81-85 |
| 28 | 19 | 11 | 14 | 9 | 10 | 9 | 13 | 4 | 7 | 8 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 |

GRAFICO 6. DISTRIBUCION DE LA LEISHMANIA CUTANEA POR GRUPOS QUINQUENALES ORTEGA 2007

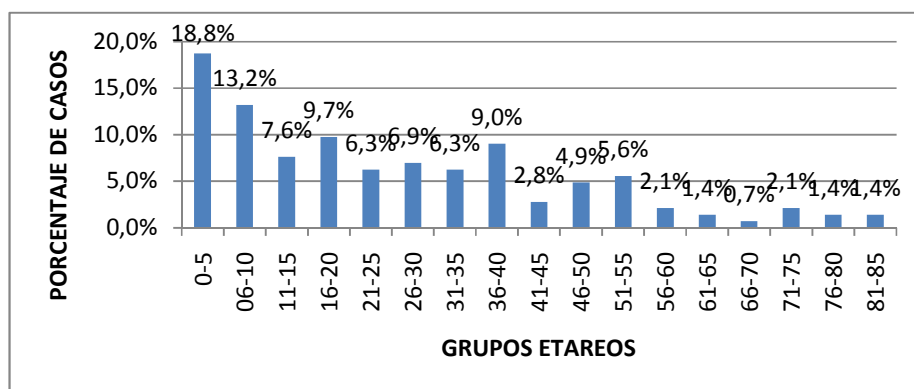


TABLA 5. Diagnostico de casos tratados y porcentaje de la evolución diagnostica de Leishmaniasis cutánea, Ortega, Hospital San José E.S.E de enero a Diciembre de 2007.

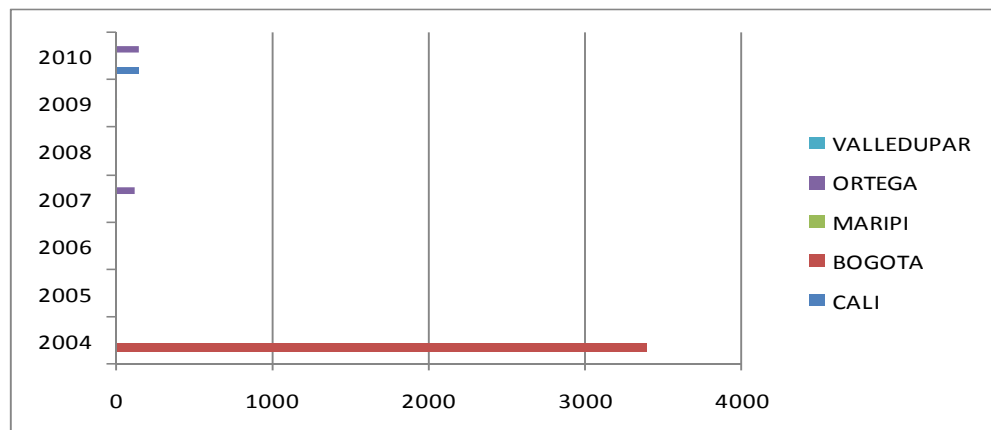
| Tipo De Diagnostico | Número de Pacientes |
|-----------------------------|---------------------|
| Cura Aparente | 9 |
| Cura Definitiva | 89 |
| Cura Parcial | 12 |
| Generación de Segundo Ciclo | 25 |
| Pacientes Renuentes | 10 |
| | 145 |

Casos Confirmados atendidos mes a mes de leishmaniasis cutánea, Ortega, Hospital San José E.S.E de enero a Diciembre de 2007.

TABLA 6. CASOS CONFIRMADOS Y ATENDIDOS 2007

| MES | NUMERO DE PACIENTES |
|-------------------|----------------------------|
| Enero | 10 |
| Febrero | 2 |
| Marzo | 3 |
| Abril | 5 |
| Mayo | 4 |
| Junio | 17 |
| Julio | 19 |
| Agosto | 14 |
| Septiembre | 5 |
| Octubre | 15 |
| Noviembre | 16 |
| Diciembre | 13 |

| MUNICIPIO | NÚMERO DE PERSONAS CONTAGIDAS DE LEISHMANIASIS Y SU RESPECTIVO AÑO | | | | | | |
|------------|--|------|------|------|------|------|------|
| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| CALI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 144 |
| BOGOTA | 3.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MARIPI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 7 |
| ORTEGA | 0 | 0 | 0 | 129 | 0 | 0 | 149 |
| VALLEDUPAR | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 | 32 | 0 |



La gráfica nos muestra que Bogotá reportó en el 2004 el mayor número de casos de Leishmaniasis, aunque se considera lógico por la cantidad de población con respecto a las otras ciudades y municipios que se reportan en la gráfica.

Sin embargo se observa que el Municipio de Ortega últimamente ha reportado 300 casos lo que significa que la desviación estándar es ascendente, lo que se torna preocupante porque demuestra que en esta zona existe mayor hábitat del vector que produce la Leishmaniasis.

BIBLIOGRAFÍA

MINISTERIO PROTECCION SOCIAL, Dirección General De Promoción Y Prevención, Guía De Atención De La Leishmaniasis, 2000

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Leishmaniasis Actualización 2007
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, Subdirección De Vigilancia Y Control, Protocolo De Vigilancia De La Lesihmaniasis 2007

GARCIA RIVAS LEONARDO y cols, Estudio De La Leishmaniasis Cutánea Americana En Niños, Municipio Autónomo, Anzoátegui Del Estado Cojedes Venezuela 1995-1996

B Henry. Curso de profundización en fundamentos de salud pública
Alternativa de trabajo de grado “Tecnología en regencia de farmacia” UNAD 2008.
Bogotá

Fuente: Agencia de Noticias de la Universidad Nacional de Colombia

García-Almagro D. Leishmaniasis cutánea. Actas Dermosifiliogr. 2005; 96: 1-24
Leder K, Weller PF. Epidemiology and clinical manifestations of leishmaniasis.
UpToDate, 2008 [actualizado el 11/03/2008; consultado el 20/12/2009]. Disponible en www.uptodate.com

Kala azar. La fiebre negra de los desfavorecidos.

Ref. Diario El País de Montevideo

Wiki media Comámonos alberga contenido multimedia sobre Leishmaniasis.

Manual de lucha contra la Leishmaniasis

Leishmaniasis y Clima en Colom

ANEXO FICHA NOTIFICACION LEISHMANIASIS

| FICHA EPIDEMIOLOGICA DE LEISHMANIASIS PERIODO 2009 - 2010 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------|----------|--------------------------|--------|----------|-----------------------|----------------|----------------|-----------------------|------------------------------|--------|---------------------|---------------------|----------------------------------|------------------------------------|----|-----------------|------|--------|---------|----------|--------------------|----|----------------------------|-----------------|---------------------------|---------------|------------|-----------|-------|---|--|--|--|--|
| ITEM | EDAD (AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO DE LLENADA LA FICHA) | GENERO | | TIPO DE LEISHMANIASIS | | | AREA DE OCURRENCIA | | | NUMERO DE LESIONES | LOCALIZACION DE LA LESION | | | | ANTECEDENTES DE LEISHMANIASIS | RECIBIO TRATAMIENTO ANTERIOR | | MUCOSA AFECTADA | | | | | EMBARAZO ACTUAL | | MEDICAMENTO RECIBIDO ANTES | | | | | | | MEDICAMENTO ORDENADO PARA EL TRATAMIENTO ACTUAL | | | | |
| | | MASCULINO | FEMENINO | CUTANEA | MUCOSA | VISCERAL | CABECERA MUNICIPAL | CENTRO POBLADO | RURAL DISPERSO | | CARA | TRONCO | MIEMBROE SUPERIORES | MIEMBROE INFERIORES | | SI | NO | NASAL | ORAL | LABIOS | FARINGE | PARPADOS | SI | NO | NIMETIL GLUCAMINA | ESTIBOGLUCONATO | ISOTIANATO DE PENTAMIDINA | ANFOTERICINAB | MITEFOSINA | PENTAMINA | OTROS | | | | | |
| 1 | 62 | X | | X | | | | X | 1 | | | X | | NO | | X | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 49 | | X | X | | | | X | 2 | | | | X | NO | | X | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 32 | X | | X | | | | X | 1 | | | | X | NO | | X | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 43 | X | | X | | | | X | 1 | | | | X | NO | | X | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 5 | | X | X | | | | X | 1 | | | | X | NO | | X | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 9 | X | | X | | | | X | 1 | | | X | | NO | | X | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 31 | | X | X | | | | X | 1 | | | X | | NO | | X | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 37 | X | | X | | | | X | 1 | | X | | | NO | | X | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 43 | X | | X | | | | X | 1 | | | X | | NO | | X | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 38 | | X | X | | | | X | 1 | | | X | | NO | | X | | | | | | X | X | | | | | | | | | | | | | |