



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA
PROGRAMA DE CARRERA ENFERMERIA

Título de Tesis de Grado previo a la obtención del
Licenciada en Enfermería

TEMA:

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE
CASOS DE LEISHMANIA EN LA PARROQUIA PUERTO LIMÓN, CANTÓN
SANTO DOMINGO, PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS.**

AUTORA:

JULIA EDITH VINCES REZABALA

DIRECTOR DE TESIS:

LIC. GLORIA GOIBURO FUENTES

QUEVEDO– LOS RÍOS – ECUADOR

2014

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **JULIA EDITH VINCES REZABALA**, declaro que el trabajo que aquí describo es de mi autoría, que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional: y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondiente a este trabajo, según establecido por la Ley de Propiedad Intelectual por su Reglamento y por normatividad institucional vigente.

VINCES REZABALA JULIA EDITH

CERTIFICACIÓN

Lic. Gloria Goiburo Fuentes, Docente de la Unidad de Estudios a Distancia, Programa De Carrera Enfermería de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifico que la Egresada **JULIA EDITH VINCES REZABALA**, realizo la tesis de grado titulada **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE CASO DE LEISHMANIA EN LA PARROQUIA PUERTO LIMON, CANTON SANTO DOMINGO, PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILA 2014**. Bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.

LIC. GLORIA GOIBURO FUENTES
DIRECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA
PROGRAMA DE CARRERA ENFERMERIA

TEMA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE CASOS DE LEISHMANIA EN LA PARROQUIA PUERTO LIMÓN, CANTÓN SANTO DOMINGO, PROVINCIA SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS.

Presentado al Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de: LICENCIADA EN ENFERMERÍA:

Aprobado:

Lcda. Ramona Montes Msc.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Ps. Mariana Solís Msc.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lcda. Mariuxi Zurita Msc.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

QUEVEDO - LOS RÍOS – ECUADOR

2014

AGRADECIMIENTO

Los resultados de este tema de investigación, están ofrendados a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de su culminación.

Mis espontáneos agradecimiento están dirigidos hacia mi familia por siempre brindarme su apoyo, tanto sentimental, como moralmente.

Agradecimiento a mi tutor de tesis, Lic. Gloria Goiburo Fuentes por brindar sus conocimientos hacia la culminación de este trabajo investigativo con éxito.

A mis Docentes a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa Universidad la cual abrió y abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

Gracias a Dios, por todo.

Julia Edith Vinces Rezabala

DEDICATORIA

La concepción de este proyecto de tesis está dedicada a Dios, y mi madre, pilar fundamental en mi vida.

Sin ella, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora soy. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mi familia en general.

También dedico este proyecto a mis hijos y esposo que sin su apoyo, no hubiese podido culminar mi carrera.

Julia Edith Vincés Rezabala

(DUBLIN CORE) ESQUEMA DE CODIFICACIÓN			
1	Título / Title	M	Intervención de enfermería para disminuir la incidencia de caso de leishmania en la Parroquia Puerto Limón, Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas 2014.
2	Creador / Creator	M	Julia Edith Vincés Rezabala; Universidad Técnica Estatal de Quevedo
3	Materia / Subject	M	Licenciatura en Enfermería
4	Descripción / Descripción	M	La investigación desarrollada en esta tesis, se la realizó en la Parroquia Puerto Limón del Cantón Santo Domingo, provincia Santo Domingo de los Tsáchilas, consistió en realizar una indagación en la Incidencia de casos de leishmania en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo, provincia Santo Domingo de los Tsáchilas 2014.
5	Editor / Publisher	M	UED; Carrera de Licenciatura en Enfermería.
6	Colaborador / Contributor	O	Ninguno
7	Fecha / Date	M	Octubre 2014
8	Tipo / Type	M	Tesis
9	Formato / Format	R	Doc. MS Word 2010; pdf.
10	Identificador / Identifier	M	http://biblioteca.uteq.edu.ec
11	Fuente / Source	O	Intervención de enfermería para disminuir la incidencia de caso de leishmania en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo, provincia Santo Domingo de Los Tsáchilas 2014.
12	Lenguaje / Language	M	Español
13	Relación / Relacion	O	Ninguno
14	Cobertura / Coverage	O	Intervención de enfermería para disminuir la incidencia de caso de leishmania
15	Derechos / Rights	M	Ninguno
16	Audiencia / Audiencia	O	Tesis de Grado / Licenciada en Enfermería

INDICE GENERAL

PORTADA.....	i
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	ii
CERTIFICACIÓN.....	iii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
DUBLIN CORE – ESQUEMA DE CODIFICACIÓN.....	vii
INDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
INDICE DE ANEXOS.....	xiv
RESUMEN EJECUTIVO.....	xv
ABSTRACT.....	xvi
CAPITULO I.....	1
MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 INTRODUCCIÓN	2
1.2 PROBLEMATIZACIÓN	4
1.2.1 Diagnóstico del Problema	4
1.2.2 Formulación del Problema	5
1.2.3 Sistematización Del Problema	5
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	6
1.4 OBJETIVOS.....	8
1.4.1 Objetivo General	8
1.4.2 Objetivos Específicos.....	8
1.5 HIPÓTESIS.....	9
1.5.1 Hipótesis General	9

1.5.2 Hipótesis Específicas	9
1.5.3 Variables	9
CAPITULO II.....	10
MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	10
2.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	11
2.1.1 Antecedentes	11
2.1.2 ¿Qué es la Leishmania?	12
2.1.3 ¿Formas de transmisión?	13
2.1.4 ¿Otras Formas de transmisión?.....	14
2.1.5 ¿Patogenia?.....	16
2.1.6 Leishmania Visceral	16
2.1.7 Recomendaciones y medidas preventivas.....	27
2.2 MARCO CONCEPTUAL O REFERENCIAL	32
2.2.1 Factores de Riesgo	32
2.2.2 Epidemiología	32
2.2.3 Área endémica.....	32
2.2.4 Brote cutáneo maculo – papula	33
2.2.5 Cepa	33
2.2.6 Endémico.....	33
2.2.7 Dolor	33
2.2.8 Huésped Reservorios	33
2.2.9 Larva de mosquito	34
2.2.10 Protozoo.....	34
2.2.11 Prurito	34
2.2.12 Lesión Nodular	34
2.2.13 Mácula	34

2.2.14 Lesión Ulcerosa	34
2.2.15 Nódulo.....	35
2.2.16 Pápula.....	35
2.2.17 Prevalencia	35
2.2.18 Endémico	35
2.2.19 Incidencia.....	35
2.2.20 Eritema.....	35
2.2.21 Adenopatía.....	35
CAPITULO III.....	36
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
3.1 TIPOS DE INVESTIGACIÓN	37
3.1.1 Investigación de campo	37
3.1.2 Investigación Bibliográfica.....	37
3.1.3 Investigación Descriptiva	37
3.1.4 Investigación Explicativa	37
3.1.5 Criterios de inclusión.....	37
3.2 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.2.1 Método Deductivo	38
3.2.2 Método Inductivo.....	38
3.2.3 Método sintético	38
3.2.4 Método Analítico	38
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN	39
3.3.1 Observación Directa	39
3.3.2 Entrevista	39
3.3.3 Encuestas	39
3.3.4 Materiales	39

3.3.5 Población y Muestra	39
CAPITULO IV.....	41
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	41
4.1 RESULTADO DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A LOS USUARIOS CON LEISHMANIA DE LA PARROQUIA PUERTO LIMÓN DEL CANTÓN SANTO DOMINGO.	42
4.2 COMPROBACIÓN Y DISCUSIÓN DE HIPOTESIS	52
CAPITULO V.....	53
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
5.1 CONCLUSIONES	54
5.2 RECOMENDACIONES	55
CAPÍTULO VI.....	56
BIBLIOGRAFÍA	56
6.1 LITERATURA CITADA	57
CAPÍTULO VII.....	62
ANEXOS	62

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Resultados de la pregunta uno de la encuesta realizada.....	42
Cuadro 2: Resultados de la pregunta dos de la encuesta realizada.....	43
Cuadro 3: Resultados de la pregunta tres de la encuesta realizada.....	44
Cuadro 4: Resultados de la pregunta cuatro de la encuesta realizada.....	45
Cuadro 5: Resultados de la pregunta cinco de la encuesta realizada.....	46
Cuadro 6: Resultados de la pregunta seis de la encuesta realizada.....	47
Cuadro 7: Resultados de la pregunta siete de la encuesta realizada.....	48
Cuadro 8: Resultados de la pregunta ocho de la encuesta realizada.....	49
Cuadro 9: Resultados de la pregunta nueve de la encuesta realizada.....	50
Cuadro 10: Resultados de la pregunta 10 de la encuesta realizada.....	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1: Resultados de la pregunta uno de la encuesta realizada.....	42
Grafico 2: Resultados de la pregunta dos de la encuesta realizada.....	43
Grafico 3: Resultados de la pregunta tres de la encuesta realizada.....	44
Grafico 4: Resultados de la pregunta cuatro de la encuesta realizada.....	45
Grafico 5: Resultados de la pregunta cinco de la encuesta realizada.....	46
Grafico 6: Resultados de la pregunta seis de la encuesta realizada.....	47
Grafico 7: Resultados de la pregunta siete de la encuesta realizada.....	48
Grafico 8: Resultados de la pregunta ocho de la encuesta realizada.....	49
Grafico 9: Resultados de la pregunta nueve de la encuesta realizada.....	50
Grafico 10: Resultados de la pregunta 10 de la encuesta realizada.....	51

INDICE DE ANEXOS

Anexo # 1. Cuestionarios de Preguntas para aplicar Encuesta al Personal de Enfermería.....	62
Anexo # 2. Matriz de Relaciones de Problemas, Objetivos e Hipótesis....	64
Anexo # 3. Imágenes de la encuesta y casos de leishmania.....	65

RESUMEN EJECUTIVO

El real objetivo de este tema de investigación fue establecer la Incidencia de casos de leishmania, en la Parroquia Puerto Limón del Cantón Santo Domingo en el año 2014 y el perfil en que actúa en el estado de bienestar de todos los individuos, familia y la comunidad. Este trabajo de investigación fue realizada desde un punto de vista analítico, descriptivo, sintético y deductivo, por lo que para procesar la actual investigación se afanara en el lugar donde se origina la investigación, este es la Parroquia Puerto Limón del Cantón Santo Domingo, con el propósito de alcanzar toda la investigación de fuentes inequívocas. De esta manera la investigación determino la Incidencia de casos de leishmania; y la obtención de las más importantes causas que problematizan el mismo. En la investigación se pudo concluir la necesidad de estar al tanto de las principales causas de la Incidencia de casos de leishmania, en la Parroquia Puerto Limón del Cantón Santo Domingo, provincia Santo Domingo de los Tsáchilas en el año 2014, a la totalidad de los servicios que brinda en el campo epidemiológico.

ABSTRACT

The real objective of this investigation topic was to establish the Incidence of cases of leishmania, in the Parish Port Lemon of the Sacred Canton Domingo in the year 2014 and the profile in that it acts in the state of all the individuals' well-being, family and the community. This investigation work was carried out from an analytic, descriptive, synthetic and deductive point of view, for what toiled in the place to process the current investigation where he/she originates the investigation, this it is the Parish Port Lemon of the Sacred Canton Domingo, with the purpose of reaching the whole investigation of unequivocal sources. This way the investigation the Incidence of cases of leishmania; and the obtaining of the most important causes that problematizan the same one. In the investigation you could conclude the necessity to be the so much of the main causes of the Incidence of cases of leishmania, in the Parish Port Lemon of the Sacred Canton Domingo in the year 2014, to the entirety of the services that toasts in the epidemic field.

CAPITULO I.
MARCO CONTEXTUAL DE LA
INVESTIGACIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud calcula que hay una prevalencia a nivel mundial de 12 millones de personas infectadas con leishmaniasis que es producida por la picadura de la (Manta blanca), que deposita el parásito de la leishmania.

El Ecuador por encontrarse ubicada en una zona tropical se ha detectado numerosos casos de leishmaniasis, siendo más visibles a nivel de la costa como es la provincia de los Tsáchilas que según datos de la Servicio Nacional de Erradicación de la malaria (SNEM), existen 148 casos confirmados. Tomado los datos desde Enero del 2011 hasta Diciembre del 2014.

Los habitantes que se encuentran en zonas tropicales están expuestos a ser picados por este insecto y a contraer la enfermedad que inicia con la aparición de lesiones ,posterior a la picada del insecto, localizadas, únicas o múltiples en zonas expuestas de la piel que, típicamente, se ulceran la cual puede ser grave y requiere de atención médica y tratamiento médico; debido a esta problemática el Ministerio de Salud Pública conjuntamente con otras organizaciones como tenencia política ,gobierno parroquial y presidentes de recintos, brindan ayuda y crean programas de intervención de enfermería para disminuir la incidencia de casos de leishmaniasis en la Parroquia “Puerto Limón”.

Para diagnosticar los casos de leishmaniasis cutánea en la parroquia de “Puerto Limón” se realiza mediante tiraje de campo en el sub-centro y mediante las visitas domiciliarias realizadas a la población mencionada. Se utiliza la metodología deductiva, inductiva, sistemática y analítica, lo que hace racional que define supuestos de las investigaciones las cuales tienen experiencias propias para poder explicar lo sucedido y que se pueda dar la validación en cualquier tiempo.

Con el presente proyecto se detectó quince casos en los últimos 4 años, en “Puerto Limón”, a los cuales se realiza visitas a los domicilios y las capacitaciones realizadas en el sub-centro “Puerto Limón”, para la población general, se realizan acciones de prevención y promoción de salud con la finalidad de disminuir la incidencia de la leishmaniasis cutánea.

1.2 PROBLEMATIZACIÓN

1.2.1 Diagnóstico del Problema

La prestación de salud, junto a la prevención y promoción, son productos a brindar y garantizar en las comunidades para compensar el desarrollo social de la población, pero por lo general han sido constituidos por personas o instituciones que no conocen y/o no tienen relaciones con la comunidad, lo cual puede llevar a que estos servicios no tengan aceptación y no cumplan sus objetivos ya que la población al no intervenir en ello le resta efectividad a los esfuerzos que se hagan por garantizar la educación y la salud de los habitantes.

Por esto la comunidad debe jugar un rol activo de autogestión, participación, compromiso y ánimo en la solución de sus problemas de salud y el alcance de los objetivos, el desarrollo de la comunidad y con ello el desarrollo social.

De un modo general, los marcos legales de las constituciones de los países, los decretos o leyes del sistema de salud y la propia reforma del sector, delinean principios que, si se pusieran realmente en práctica, garantizarían, por sí solos, la calidad de la atención ofrecida a la población por los servicios de salud.

Anterior a este derecho es el derecho a tener calidad de vida, presente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos artículo del 21 al 30, firmada por todos los países, y presente también, por supuesto, en las propias leyes de los respectivos países. De modo que, si es importante el marco jurídico y legal, más importante aún es transformarlo en realidad, lo cual sólo se conseguirá a través de la lucha continua de los pueblos.

La evolución política del país en los últimos años se ha caracterizado por una gran inestabilidad de las instituciones y alto grado de conflictividad social, lo que ha generado una profunda crisis de gobernabilidad. Entre 1996 y el 2000

se sucedieron cuatro Gobiernos.

Los principales problemas políticos y sociales que afectan directamente la situación de salud, incluyen los altos niveles de pobreza y el aumento significativo de la indigencia; el hecho de que entre un 25-30% de la población ecuatoriana no tiene acceso a los servicios institucionales de salud y tres cuartas partes no tiene protección de seguridad social. Incide en ello la falta de un Sistema Nacional de Salud organizado conforme lo establece la Constitución Política del Estado.

Para alcanzar lo arriba expuesto, es decir, para que la comunidad pueda desempeñar un papel verdaderamente activo y consciente con relación a su salud es necesario conocer profundamente estos procesos, sus particularidades, determinantes y los elementos que en él intervienen, además de la educación en salud de la misma.

1.2.2 Formulación del Problema

¿En qué medida es determinante las intervenciones de enfermería para disminuir la incidencia de casos de leishmania en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo 2014?

1.2.3 Sistematización Del Problema

¿Cuáles serían las intervenciones de enfermería para disminuir la incidencia de leishmania, en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo, Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas 2014?

¿Qué estrategia de prevención se aplicaría en la incidencia de leishmania en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo, Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas 2014?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Las intervenciones de enfermería en los pacientes con leishmania en la en la Parroquia Puerto Limón del Cantón Santo Domingo, ayuda a determinar a la población con datos epidemiológicos y clínicos sospechosos de estas intervenciones, la misma que puede contribuir a controlar las endemias de leishmania, para determinar precozmente y proporcionar una atención oportuna a la gente, también ayudará a formular estrategias locales, para el manejo del problema y por último ayudará a la integración comunitaria.

En perspectiva de que en la parroquia de Puerto Limón existe enfermedades de notificación obligatoria como la leishmania, que está bajo la cobertura del Sub-centro de Salud Puerto Limón se encuentra con parámetros que si es bien cierto no son tan críticos pero que se observa incidencia prevalencia que afecta el bienestar de las personas, así como a su patrimonio.

La relación que juega la leishmania en la distribución del perfil de la morbilidad y la mortalidad como consecuencia de contacto ocupacional , se presentan como determinante en el Ecuador lo que nos obliga a profundizar el conocimiento y su intervención directa en la trama de las relaciones con factores decisorios e intervinientes de corte económico y social.

Por ello se ha previsto realizar el tema de investigación Intervención de enfermería para disminuir los casos de leishmania en la Parroquia Puerto Limón del Cantón Santo Domingo.

Por lo tanto el presente trabajo investigativo va orientado hacia una visión compartida de desarrollo para construir y mejorar las condiciones de vida familiar.

La parroquia Puerto Limón tiene 12.588 habitantes, que presenta el 2,54% de la población total de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas.

La cabecera parroquial posee 5529 habitantes, y el resto de la parroquia 7059 habitantes.

Distribuida de la siguiente manera por grupo Etéreo.

RUPOS ETÁREOS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Menores de 1 año	288	386	674
1 y 4 años	429	429	858
5 y 9 años	575	676	1251
10 y 14 años	758	830	1588
15 a 19 años	675	764	1439
20 y 64años	3478	2149	5627
Más de 65 años	593	558	1115
TOTAL	6796	5792	12588

Fuente: INEC 2013

La Parroquia Puerto Limón cuenta con una superficie de 238,40 km y se encuentra ubicada, en el extremo suroccidental, a 30 km de Santo Domingo, entrando por el km 7 de la vía a Quevedo margen derecho.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Determinar las intervenciones de enfermería en la disminución de la incidencia de casos de leishmania en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo 2014?

1.4.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar las intervenciones de enfermería para disminuir la incidencia de leishmania, en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo 2014.
- ✓ Establecer las estrategias de prevención para disminuir la incidencia de leishmania en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo de los Tsáchilas 2014?

1.5 HIPÓTESIS

1.5.1 Hipótesis General

Si se establecieran las intervenciones de enfermería disminuiría la incidencia de leishmania, en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo, Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas 2014.

1.5.2 Hipótesis Específicas

- ✓ Al identificar las intervenciones de enfermería disminuiría la incidencia de leishmania, en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo 2014.
- ✓ ¿Será que al delinear una estrategia de prevención disminuiría la incidencia de leishmania, en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo 2014?

1.5.3 Variables

Variable Independiente: Intervenciones de Enfermería

Variable Dependiente: Disminución de casos de Leishmania Estrategia de prevención

CAPITULO II.

**MARCO TEÓRICO DE LA
INVESTIGACIÓN**

2.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1.1 Antecedentes

La leishmania origina importantes problemas de salud pública y producen un gran impacto social, es una parasitosis de evolución crónica.

Según la Organización Mundial de la Salud para fines del siglo XX la Leishmania tiene una distribución mundial estando presente en 4 de los 5 continentes del planeta (África, Asia, América y Europa); extendiéndose por 88 países, (21 de América); la población en riesgo es de aproximadamente 350 millones de habitantes y anualmente un millón y medio de personas (adultas y niños) enferman de Leishmania en todas sus formas, estas cifras son de difícil evaluación debido a que su distribución es focal en zonas alejadas y dispersas, existiendo casos no diagnosticados, casos asintomáticos y porque los Sistemas de Salud generalmente no consideran la declaración obligatoria de la enfermedad (OMS, 2010).

Es una enfermedad parasitaria causada por varias especies de protozoos del género Leishmania, que se transmite por la picadura de mosquitos flebótomos invadiendo piel, mucosas y vísceras del humano y de otros animales silvestres y domésticos en las regiones tropical y subtropical de Bolivia (Bolivia, MS, 2006).

El origen de la Leishmania Tegumentaria es considerado autóctono del continente americano, situación revelada por las cerámicas antropomorfas (huacos) en la que las culturas pre incaicas (Moche y Chimú, 100 a.c. - 750 d.c.) quienes reflejaron las dolencias de sus enfermos en su alfarería.

En Bolivia circulan 4 especies parasitarias: Leishmania braziliensis; Leishmania amazonensis; Leishmania chagasi y L. lainsoni; la primera especie es agente de la Leishmania Cutáneo Mucosa; la segunda de Leishmania Cutánea y Leishmania Cutáneo Difusa, estas dos especies tiene un claro predominio en

los índices epidemiológicos nacionales; la tercera es agente de Leishmaniosis Visceral y la cuarta produce raros casos de Leishmaniosis Cutánea, estas dos últimas especies generan casos clínicos esporádicos. Se han descrito más de 112 especies de flebótomos en Bolivia, dentro de estas se ha comprobado a 5 especies como vectores de algún tipo de parásito (Bolivia, MS, 2006).

En Venezuela, en el estado de Trujillo, la leishmania tegumentaria es una enfermedad endémica. Actualmente existe una alta incidencia, de 120 a 130 casos nuevos/año, procedentes de distintos sectores en la entidad, afectando a todos los grupos etarios. Una herramienta utilizada para su diagnóstico es el test de Montenegro o "leishmanina", que permite evidenciar la exposición al parásito causante de esta enfermedad, protozoo del género *Leishmania*, subgénero *Viannia*, que puede generar respuestas diferentes en el paciente ante un antígeno preparado como base de la leishmanina (JV, 2004).

En el Ecuador se ha calculado que la prevalencia es del 16%, esta parasitosis es endémica en las tres regiones geográficas. Solo la provincia de Galápagos no ha reportado casos, la tendencia también es a aumentar al igual que el resto del mundo; la *Leishmania* se presenta hasta una altitud de 2.400 m.s.n.m.; la situación geográfica que tiene el Ecuador lo hace extremadamente diverso en muchos aspectos, uno de ellos por ejemplo es la presentación clínica de la enfermedad, en cada región es diferente: en el oriente es más agresiva que en otras zonas y en la sierra es de menos manifiesto su cuadro clínico, tanto que muchas de las veces no se lo diagnostica (Manual de organización y procedimientos, 2010).

2.1.2 ¿Qué es la Leishmania?

Es una enfermedad infecciosa provocada por parásitos protozoarios flagelados del género *Leishmania*, que puede afectar a la piel y a las mucosas, o a tejidos y órganos hematopoyéticos (proceso de formación de las células sanguíneas), como la médula ósea, el hígado y el bazo. Es transmitida a los seres humanos

mediante la picadura de insectos dípteros hematófagos (que se alimentan de sangre) infectados, principalmente de los géneros *Phlebotomus* y *Lutzomyia*.

Las leishmaniasis en el ser humano se presentan con manifestaciones clínicas diferentes: tegumentaria y visceral. La leishmaniasis tegumentaria ocurre como leishmaniasis cutánea localizada (LCL), leishmaniasis muco-cutánea (LMC) y leishmaniasis cutánea difusa (LCD). La forma cutánea localizada (LCL) se presenta como una lesión única o unas pocas lesiones, como expresión de un granuloma inmune típico, o como lesiones no ulcerosas que se alteran a medida que aumenta su cronicidad, observándose intensa reacción ulcerativa destructiva, que puede producir necrosis significativa y otras alteraciones histopatológicas.

La forma tegumentaria de la leishmaniasis, se encuentra diseminada en cuatro continentes. Mundialmente, su incidencia se estima en unos 600.000 casos nuevos por año reportados oficialmente, con una prevalencia global de 350 millones de personas expuestas al riesgo de contraer la enfermedad.

2.1.3 ¿Formas de transmisión?

Las leishmaniasis son transmitidas por la picadura de flebotomos, pequeños insectos de 2 a 3 mm, en América del género *Lutzomyia*.

Existen más 500 especies de flebotomos, aunque son pocos los que transmiten leishmaniasis, y cada especie de *Leishmania* tiene una o pocas especies de flebotomos capaces de mantenerlas en el ciclo silvestre, y de ellas las antropofágicas son las que pueden transmitirla al hombre, que siempre es un huésped accidental de estas zoonosis.

En Argentina, los vectores de *Leishmania braziliensis*, agente epidémico de la leishmaniasis cutánea, son *Lutzomyia neivai* y *Lutzomyia whitmani* (sólo en el noreste), el vector de *Leishmania infantum* (sinonimia *chagasi*), agente de la leishmaniasis visceral, es *Lutzomyia longipalpis*, mientras podrían ser vectores de

ambas *Lu. cortezzi* y *Lu. migonei* en situaciones no epidémicas, lo que aún requiere confirmación.

Estos flebótomos se crían en tierra húmeda, rica en materia orgánica (como hojarasca, frutos, guano y desechos de animales domésticos), aunque no sobreviven al anegamiento total. Cuando son adultos, se alimentan de jugos vegetales, pero las hembras también se alimentan de sangre, por lo que son las responsables de la transmisión de la enfermedad.

Los flebótomos reposan durante el día en lugares húmedos y oscuros cubiertos de vegetación, rincones, paredes o troncos de los árboles, y durante la noche vuelan buscando alimento, encontrándose en general hasta 200 metros de los sitios de reposo.

Los reservorios de las *Leishmania* son diferentes según la región y la especie de *Leishmania*; en América el reservorio principal de la *leishmania* visceral urbana es el perro doméstico infectado (tenga o no síntomas), y en el ciclo rural del norte de América del Sur podrían estar involucrados también roedores y marsupiales.

El perro, los equinos y los humanos serían sólo huéspedes accidentales de la *leishmania* cutánea por *Leishmania braziliensis*, y se han encontrado numerosos roedores infectados que son reservorios potenciales en diferentes focos del continente.

2.1.4 ¿Otras Formas de transmisión?

Las *leishmania* transmiten través de la picadura de la hembra de diferentes especies de flebótomos del género *Lutzomyia*, que deben estar previamente infectados con el parásito.

La *Leishmania* tiene dos ciclos: el silvestre en el que circula entre los reservorios naturales a través de las especies de vectores propias de la zona, y

el doméstico en el que los vectores infectados pueden picar al hombre y a los animales domésticos o sinantrópicos.

El ciclo comienza cuando el flebótomo se alimenta de un animal infectado, ingiriendo glóbulos blancos (macrófagos) infectados con parásitos (amastigotes) presentes en la piel. Durante las siguientes 24 a 48 horas, el amastigote pasa a ser promastigote. De estos, algunos quedan libres en la luz del intestino del flebótomo y otros se adhieren a la pared del mismo. Dicha localización varía de acuerdo a la especie de vector y de Leishmania.

Los parásitos se multiplican en el intestino del flebótomo y algunos de ellos irán al área bucal del mismo y serán inoculados con la picadura. Cuando el vector infectado pica a un huésped le inoculará entre 10 y 100 promastigotes.

Cuando los vectores están excesivamente infectados, les resulta difícil alimentarse, por lo que realizan múltiples picaduras e inoculaciones, lo que aumenta la transmisión de la enfermedad.

Aunque muchos promastigotes son destruidos por el sistema del Complemento del huésped, unos pocos se transforman en amastigotes dentro de los macrófagos, y al cabo de alrededor de 36 horas comienzan a reproducirse, llegando hasta 200, lo que ocasiona la distensión y ruptura del macrófago.

Los amastigotes libres entran en nuevos leucocitos, donde se multiplican de nuevo. El ciclo se reanuda cuando el flebótomo pica a un huésped para alimentarse de sangre.

La duración del ciclo en el flebótomo es de cuatro a siete días, luego del cual el mismo será capaz de infectar a un individuo susceptible, permaneciendo infectante el resto de su vida. Los flebótomos pueden infectarse mientras haya parásitos circulantes en la sangre o en la piel del reservorio, independientemente de si el mismo presenta o no síntomas de la enfermedad.

La enfermedad no se transmite de persona a persona, ni a través de objetos. Los humanos no transmiten la infección a los insectos.

La enfermedad tiene 4 formas clínicas principales, dependiendo de la especie parasitaria y de la respuesta inmune del paciente. Estas son: la leishmania cutánea, la cutánea difusa, la mucocutáneas y la visceral.

2.1.5 ¿Patogenia?

La infección por Leishmania puede resultar en tres tipos de respuesta del huésped:

- Destrucción del microorganismo a nivel del sitio de ingreso.
- Fagocitosis por histiocitos y persistencia del microorganismo en el huésped en forma latente.
- Fagocitosis y multiplicación de los parásitos dentro de macrófagos, generando, de acuerdo al huésped afectado, un espectro de patologías variable, desde formas oligo sintomáticas hasta cuadros clínicos poli sintomáticos.

En la leishmania la inmunidad celular desempeña un papel fundamental, mientras que la inmunidad humoral tiene un papel poco importante.

La interacción parásito-huésped determinara la infección causada por la Leishmania: algunas cepas de Leishmania pueden resistir a la acción microbicida del sistema del Complemento y en el humano hay fenotipos que se correlacionan con la intensidad de la respuesta inmune.

2.1.6 Leishmania Visceral

En el mundo hay aproximadamente 500.000 casos nuevos por año de leishmania visceral y más de 50. 000 muertes por año por esta enfermedad. La

migración junto a los reservorios, falta de medidas de control, y la co infección con el VIH, son las principales causas del aumento de su incidencia.

Los perros infectados, con o sin manifestaciones clínicas, son el principal reservorio urbano y transmisor de la enfermedad al humano. Las altas tasas reproductivas en la población de perros y el creciente abandono de éstos, junto a la adaptación al ámbito urbano y dispersión del vector, han contribuido a que, en los últimos años, su incidencia, letalidad y dispersión geográfica en América Latina haya aumentado de manera preocupante y se observe un cambio en la epidemiología de la enfermedad que se ha instalado en áreas urbanas y peri-urbanas (OPS, 2009).

2.1.6.1 Manifestaciones clínicas

La leishmania visceral es una zoonosis grave, potencialmente fatal, que aparece en forma epidémica, tanto en zonas urbanas como rurales.

Por su alta letalidad es imprescindible diagnosticar y atender oportunamente a las personas enfermas para evitar casos graves o letales.

La leishmania visceral es producida por la por la *Leishmania chagasi* (sinonimia *infantum*), y transmitida por la *Lutzomyia longipalpis*, es la forma más grave de la enfermedad, y resulta fatal en casi todos los casos, si no se la trata.

En esta leishmania los perros son los principales reservorios urbanos y constituyen la principal fuente de infección de los vectores. (Bolivia, MS, 2006)

La proporción de perros infectados asintomáticos varía entre los focos y la historia de la enfermedad de la región. La incidencia en los perros es siempre superior a la de los hombres y usualmente la infección en perros precede a los brotes en humanos (JV, 2004).

El período de incubación varía de 10 días a 24 meses (en promedio de 2 a 6 meses) luego de la picadura del vector, aunque se registran tiempos superiores

y puede extenderse a varios años.

Luego del periodo de incubación, la infección puede evolucionar a las siguientes formas clínicas, que se describen a continuación:

- **Forma asintomática:** Esta forma, que no presenta sintomatología solo se diagnostica por la presencia de serología positiva.

En estos pacientes asintomáticos con serología positiva no debe realizarse tratamiento.

- **Forma oligo sintomática o subclínica:** es frecuente en áreas endémicas.

Se caracteriza por presentar un cuadro de Síndrome Febril Prolongado acompañado de síntomas inespecíficos como adinamia, tos seca, diarrea y leve agrandamiento del hígado y del bazo (OPS, 2009).

- **Forma sintomática. Se puede presentar como:**

- ✓ Forma aguda: Se caracteriza por fiebre alta, similar a un cuadro séptico, alteraciones hematológicas, y agrandamiento del hígado y del bazo. En general el estado general del paciente es bueno.
- ✓ Forma clásica o kala-azar: la fiebre se torna persistente y ondulante. Hay hepatoesplenomegalia masiva: la esplenomegalia puede llegar hasta la fosa iliaca derecha, y como consecuencia presentarse una distensión importante del abdomen. Además se presentan adenopatías generalizadas, signos de sangrado (epistaxis, hemorragia gingival), anorexia, pérdida de peso, caquexia, debilidad progresiva, y signos de desnutrición calórico-proteica como edemas y ascitis. Hay alteraciones en la piel, que puede ser grisácea, oscura o pálida, reseca y escamosa, y en el pelo que aparece adelgazado.

En los niños (el 90% de los casos ocurre en menores de 10 años), la leishmania visceral puede aparecer de manera súbita con vómitos, diarrea,

fiebre y tos. También puede presentarse con una forma clínica conocida como síndrome hemofagocítico caracterizada por la presencia de fiebre, hepatoesplenomegalia, pancitopenia y coagulopatía con proliferación histiocítica benigna generalizada y hemofagocitosis en bazo, médula ósea, ganglios linfáticos e hígado asociado en ocasiones a hipertrigliceridemia e hipofibrinogenemia (OPS, 2009).

El riesgo de desarrollar enfermedad sintomática es mayor en pacientes con desnutrición, co-infección con VIH, y en los niños inmunocomprometidos.

En alrededor de un 10% de los pacientes con leishmania visceral co-infectados con VIH, se presentan manifestaciones atípicas, con afectación gastrointestinal frecuente, manifestada por síntomas esofágicos, epigastralgia, diarrea, tenesmo rectal o sin ninguna manifestación, pero con biopsias donde se hallan leishmania.

La identificación precoz de los pacientes que pudieran tener una mala evolución, es de fundamental importancia para disminuir su letalidad. (OMS, 2010)

Se define como caso sospechoso de leishmania visceral a toda persona que proviene de un área endémica o de otra donde esté ocurriendo un brote y presenta alguno de estos síntomas:

- ✓ Fiebre de más de 2 semanas de duración (síndrome febril prolongado)
- ✓ Esplenomegalia
- ✓ Hepatomegalia
- ✓ Adenomegalia
- ✓ Anemia

- ✓ Pérdida de peso

Los casos sospechosos de leishmania visceral deben ser evaluados para identificar la presencia o no de signos de alerta que definan si el paciente requiere tratamiento hospitalario o puede ser tratado en forma ambulatoria.

Los signos de alerta que deben evaluarse en toda persona con sospecha de leishmania visceral son los que se detallan a continuación:

2.1.6.2 Signos de alerta

- ✓ Edad menor de 1 año
- ✓ Adultos de entre 50 y 65 años,
- ✓ Recidiva de la enfermedad,
- ✓ Presencia de diarrea o vómitos,
- ✓ Edema localizado,
- ✓ Signos de sobreinfección bacteriana
- ✓ Fiebre de más de 60 días

2.1.6.3 Signos de gravedad

Si uno o más de los signos de alerta que se mencionaron antes está presente, el paciente con leishmania visceral debe ser referido a un Hospital para su internación.

Según la presencia o no de determinadas condiciones, conocidas como Signos de Gravedad, los pacientes con leishmania visceral, pueden requerir en su evolución la internación en la Unidad de Cuidados Intensivos, por lo que

deberían estar internadas en centros de mayor complejidad con rápido acceso a la misma (OPS, 2009).

Los signos de gravedad para determinar si un paciente con leishmania visceral pueden requerir la internación en la Unidad de Cuidados Intensivos se presentan a continuación:

- ✓ Edad menor a 6 meses o mayor a 65 años.
- ✓ Desnutrición grave.
- ✓ Presencia de co morbilidades.
- ✓ Presencia de ictericia.
- ✓ Manifestaciones hemorrágicas (excepto epistaxis).
- ✓ Edemas generalizados.
- ✓ Signos de toxemia: Letargia, mala perfusión periférica, cianosis, taquicardia o bradicardia, hipoventilación o hiperventilación o inestabilidad hemodinámica.

2.1.6.4 Exámenes complementarios en la leishmania visceral

El hematocrito y el recuento de plaquetas son los exámenes de laboratorio clínico indispensables y sus hallazgos incluyen anemia (normocítica normocrómica), neutropenia y trombocitopenia.

El resto de los exámenes complementarios que deben solicitarse son: coagulograma, proteínas totales, albúmina, urea, creatinina y hepatograma.

Las infecciones son una de las complicaciones más frecuentes de la enfermedad por lo que, ante la sospecha clínica, deben realizarse cultivos de sangre y orina y radiografía de tórax para descartar la presencia de dichos cuadros (OPS, 2010).

Es conveniente además, realizar serología para Chagas (reacciones cruzadas serológicas) y una prueba para descartar HIV, por la posibilidad de presencia de co-infecciones que dificultan la respuesta al tratamiento.

2.1.6.5 ¿Cuándo sospechar leishmania visceral?

Se debe sospechar leishmania visceral en todo paciente que provenga de un área endémica y presente fiebre de más de dos semanas de duración con o sin otras manifestaciones clínicas como hepatoesplenomegalia, distensión abdominal, adenopatías generalizadas, signos de sangrado, edemas, ascitis. (OPS, 2009).

2.1.6.6 ¿Cómo confirmar la sospecha diagnóstica de leishmania visceral?

Se considera Caso Confirmado a todo paciente sospechoso que tenga un diagnóstico confirmatorio de leishmania por serología o por confirmación parasitológica en tejidos.

Métodos de diagnóstico directo (parasitológicos), en material de lesión:

- ✓ Frotis de médula ósea, bazo, hígado, ganglio linfático, sangre.
- ✓ Cultivo de material in vivo o in Vitro en medio de Senekjie.

El diagnóstico de la infección activa por Leishmania se basa en la demostración de parásitos en material de biopsia de ganglios, médula ósea o del bazo. La mayor sensibilidad, corresponde a las muestras de bazo, pero por la posibilidad de complicaciones, no es el material analizado habitualmente.

- ✓ Métodos de diagnóstico indirecto.
- ✓ Inmune cromatografía con antígeno Rk39, es el estudio de elección
- ✓ PCR- Test de Aglutinación directa (DAT)

En pacientes post mortem:

- ✓ Histopatología de hígado, bazo, ganglio linfático y duodeno.

2.1.6.7 ¿Cómo se tratan los pacientes con leishmania visceral?

Deben ser internados todos los pacientes que presenten signos de gravedad o de alerta. El lugar de tratamiento del paciente será:

✓ ✓ Signos de alerta <u>Internación en sala general</u>	✓ ✓ Signos de gravedad: <u>Evaluar necesidad de internación en sala de cuidados intensivos</u>
Edad menor a 1 año o adultos de entre 50 y 65 años, Recidiva de la enfermedad, Presencia de diarrea o vómitos, Edemas localizados, Signos de sobreinfección bacteriana Fiebre de más de 60 días de evolución.	Edad menor a 6 meses o mayor a 65 años Desnutrición grave Presencia de comorbilidades Presencia de ictericia Manifestaciones hemorrágicas Edemas generalizados Signos de toxemia: Letargia, mala perfusión periférica, cianosis, taquicardia o bradicardia, hipoventilación o hiperventilación o inestabilidad hemodinámica.

El tratamiento temprano es beneficioso para el paciente y la comunidad. Los pacientes que presenten los signos de alarma o de gravedad mencionados en el cuadro anterior, tendrán un mayor riesgo de muerte en forma secundaria a la toxicidad del tratamiento o las complicaciones de la enfermedad (OPS, 2009).

2.1.6.8 ¿Qué se debe hacer si se confirma caso sospechoso de leishmania visceral?

Si Ud. se encuentra en una zona de riesgo de leishmania:

- ✓ Informar al paciente, la familia y la comunidad sobre la enfermedad, el flebótomo, el modo de transmisión y los métodos de prevención.
- ✓ Vigilar la aparición de los casos de Síndrome Febril Prolongado en áreas de riesgo potencial, y donde se hubiere detectado un caso sospechoso.
- ✓ Controlar clínicamente a los convivientes y si hay pacientes que cumplan con el criterio de caso sospechoso proceder de acuerdo a las indicaciones brindadas antes para confirmar la sospecha diagnóstica, tratar al paciente y notificar la situación a las autoridades sanitarias.
- ✓ Informar de la importancia de los perros en la transmisión de la enfermedad y recomendar su control veterinario y uso de medidas que eviten el contacto con el vector.

Si Ud. NO se encuentra en una zona de riesgo de leishmania:

- ✓ Informar al paciente, la familia y la comunidad sobre la enfermedad, el flebótomo, el modo de transmisión y los métodos de prevención.
- ✓ Controlar clínicamente a los convivientes y si hay pacientes que cumplan con el criterio de caso sospechoso, proceder de acuerdo a las indicaciones brindadas antes para confirmar la sospecha diagnóstica, tratar al paciente y notificar la situación a las autoridades sanitarias.

2.1.6.9 Prevención en la familia y la comunidad

- **Con relación al control del vector:**

El control del vector de leishmania visceral está dirigido a la población adulta de dicho vector en el ámbito domiciliario y peri domiciliario incluyendo hasta 150 metros alrededor del mismo, en todas las estructuras potenciales donde habite el vector (troncos, gallineros, paredes, etc.).

No es posible el control de las larvas debido a que es casi imposible ubicar los sitios de puesta de huevos de estos vectores.

El control de vectores mediante insecticidas es de muy corta duración y rango espacial, por lo que se debe restringir a bloquear focos con transmisión activa a humanos y por personal idóneo.

- **Con relación a la reducción del contacto hombre-flebótomo:**

Se debe promover en la población hábitos para prevenir picaduras de los vectores, explicando:

- ✓ Los hábitos del flebótomo, su proliferación, el modo de transmisión y los métodos de prevención.
- ✓ La importancia del uso de repelentes y telas mosquiteras, que deben ser de menos de 1x1mm o estar impregnadas con insecticida.
- ✓ Utilizar repelente, especialmente durante el crepúsculo, y las primeras y últimas horas de la noche.
- ✓ Que se debe evitar la exposición al flebótomo, en las horas de mayor actividad, desde el crepúsculo hasta el amanecer.

- ✓ La utilidad del uso de ropas adecuadas, de mangas largas y claras y pantalones y de colocar repelente en el caso de transitar por zonas selváticas o con mucha vegetación.
- ✓ Que se debe evitar ir a sitios de cría/atracción de vectores durante la noche, como gallineros, caniles, fuentes de humedad lugares con hojarasca y frutos, acumulación de guano y desechos de animales domésticos.
- ✓ Que se debe mantener los sitios de dormir de animales domésticos y mascotas por lo menos 5 metros alejados del sitio de dormir de las personas.
- ✓ La importancia de mantener las viviendas de los animales limpias
- ✓ Las medidas para disminuir los sitios de proliferación de los flebótomos, como disminuir los residuos, y limpiar el terreno alrededor de la vivienda, para mantenerlo libre de malezas, escombros, cualquier material que pueda descomponerse como hojarasca y frutos y de acumulación de guano y desechos de animales domésticos.

Las zanjas y sitios con agua no significan ningún riesgo para la leishmania pues los insectos vectores se crían en tierra, pero la limpieza de áreas comunes, basureros y costados de las zanjas sí deben contemplarse para evitar el riesgo de esta enfermedad.

• **Con relación al control del reservorio:**

- ✓ El principal reservorio es el perro, por lo que se deben estimular las estrategias de control de poblaciones caninas con prácticas como:
- ✓ Castración de los animales sueltos,

- ✓ Notificación a las autoridades de perros sin dueño.
- ✓ Práctica de sacrificio humanitario de los perros con serología específica reactiva y/o parasitológico positivo.
- ✓ Restricción del tránsito de perros desde zonas con transmisión de leishmania.
- ✓ Detección de perros infectados con confirmación parasitológica (reservorios) y eutanasia de los mismos para interrumpir la cadena de transmisión.
- ✓ Control periódico de los perros por médicos veterinarios, controlando si presenta caída del pelo alrededor de los ojos y orejas, fatiga e inactividad, adelgazamiento, seborrea escamosa y crecimiento de las uñas.
- ✓ Uso en animales sanos de productos repelentes, rociado de cuchas, telas mosquiteras y cuidado especial en horas de actividad del vector de los perros sanos.
- ✓ Evitar el traslado de perros de zonas endémicas a zonas no endémicas.

2.1.7 Recomendaciones y medidas preventivas

Las medidas preventivas primordiales son erradicar los sitios de cría del flebótomo de los hogares (principalmente en jardines y patios), evitar que los perros se infecten, y detectar los síntomas que en el perro pueden hacer sospechar leishmania, así como la detección temprana y activa de casos sospechosos humanos (OPS, 2009).

El personal de todos los servicios de salud deberá estar capacitado en todo lo relativo a la prevención y atención de la leishmania. Por esta razón, el personal de salud deberá realizar las siguientes actividades:

Para informar a la población:

Promover actividades educativas con los distintos actores sociales, para lograr la participación comunitaria en tareas de prevención y control, comunicando que actividades se deben realizar para reducir el riesgo de adquirir la enfermedad y los signos para captar precozmente los pacientes.

Informar al paciente, la familia y la comunidad sobre la enfermedad, el flebótomo, el modo de transmisión y los métodos de prevención, explicando:

- ✓ Que la leishmania se transmite siempre por la picadura de un flebótomo.
- ✓ Que la leishmania se presenta como un cuadro de fiebre prolongada acompañada de cansancio, agrandamiento de ganglios, y falta de apetito y que si se presentan estos síntomas se debe concurrir a un servicio de salud.
- ✓ Que el reservorio de la enfermedad es el perro y que si está enferma, a pesar del tratamiento no deja de contagiar a las personas, por lo que se debe vigilar si los perros tienen algún síntoma de enfermedad, y consultar al veterinario.
- ✓ Que no existe en la actualidad una vacuna para prevenir la enfermedad.
- ✓ Que las medidas de prevención son:
 - Disminuir la proliferación del vector, limpiando el terreno alrededor de la vivienda, para mantenerlo libre de malezas, escombros y cualquier material que pueda descomponerse, como hojarasca y desechos de animales, y servir para que se desarrollen los flebótomos.

- Evitar la picadura de flebótomos, con el uso de ropas adecuadas y de repelentes y de telas mosquiteras, espirales o tabletas repelentes.
- Controlar la salud de los perros en forma periódica, concurriendo al veterinario para su control.

Para el control del vector:

- ✓ Se debe reforzar la vigilancia entomológica, para determinar las áreas de mayor riesgo de transmisión de la enfermedad.
- ✓ Promover en la población el hábito de erradicar hojas y malezas de los alrededores de las viviendas y la basura acumulada en las casas (OPS, 2009).

Para la vigilancia epidemiológica:

- ✓ Vigilar la aparición de otros casos de leishmania en zonas donde se han presentado casos, a los fines de identificar un probable brote.
- ✓ Notificar los casos de acuerdo con la modalidad de vigilancia prevista.

Leishmania cutánea difusa.-

Es una forma rara de la enfermedad caracterizada por la ausencia en el huésped de una respuesta inmune mediada por células frente al parásito, lo que lleva a una reproducción incontrolada del mismo, originando la aparición de gran cantidad de pápulas, placas o nódulos, diseminados por toda la superficie corporal.

Su evolución es lenta y no cura espontáneamente; además, los enfermos tienden a la recaída después del tratamiento (2005).

2.1.7.1 Principales factores de riesgo

Condiciones socioeconómicas

La pobreza aumenta el riesgo de leishmania. Las malas condiciones de vivienda y las deficiencias de saneamiento de los hogares (por ejemplo, la ausencia de sistemas de gestión de residuos, alcantarillado abierto) pueden promover el desarrollo de los lugares de cría y reposo de los flebótomos y aumentar su acceso a la población humana. Los flebótomos se ven atraídos por el hacinamiento, ya que constituye una buena fuente de ingesta de sangre. Las pautas de comportamiento humano (por ejemplo, dormir a la intemperie o en el suelo) también es probable que aumenten el riesgo. El uso de mosquiteros tratados con insecticida reduce el riesgo.

Malnutrición

Las dietas bajas en proteínas, hierro, vitamina A y cinc aumentan el riesgo de que la infección progrese hacia el kala-azar.

Movilidad de la población

Las epidemias de las dos formas principales de leishmania a menudo se asocian con la migración y el desplazamiento de personas no inmunizadas a zonas donde ya existen ciclos de transmisión. La exposición en el trabajo y el aumento de la deforestación siguen siendo factores importantes. Por ejemplo, asentarse en zonas previamente boscosas significa acercarse al hábitat del flebótomo, lo que puede llevar a un aumento rápido del número de casos.

Cambios ambientales

Los cambios ambientales que pueden influir en la incidencia de la leishmania son, entre otros, la urbanización, la integración del ciclo de

transmisión en el hábitat humano y la incursión de las explotaciones agrícolas y los asentamientos en las zonas boscosas.

Cambio climático

La leishmania es sensible a las condiciones climáticas, y los cambios en las precipitaciones, la temperatura y la humedad influyen en gran medida en la enfermedad. El calentamiento de la Tierra y la degradación del suelo afectan en muchos aspectos a la epidemiología de la leishmania (OMS, 2015).

2.2 MARCO CONCEPTUAL O REFERENCIAL

2.2.1 Factores de Riesgo

(Ministerio De Desarrollo Humano, 1994) Manifiesta la Secretaria Nacional de Salud, en el marco de la misión y visión de salud en el plan de todos, ha marcado como prioridad el tomar acciones sobre la LEISHMANIASIS, los principales factores de riesgo. Es una enfermedad Traumática (M.D.H 1994).

2.2.2 Epidemiología

(Patrick Vaughan Richard h. Morrow, 1989) Los integrantes del equipo, aunque no sean epidemiólogos de tiempo completo, precisan saber cómo sustentar su trabajo con bases en las necesidades de la población del SILOS y a las de subgrupos especiales de las mismas. Para esto, necesitan información de la salud, no solamente de aquellos que acuden a los servicios de salud sino también de quienes no lo hacen.

La mayor importancia en la epidemiología lo constituye la población en riesgo total, a la cual también se le denomina denominador poblacional. Es de suma importancia tener información tanto de la gente en riesgo de enfermar o de sufrir algún problema como aquella que se encuentra enferma. El concepto de denominador es clave para generar la información que se necesita para la planificación, gestión de los programas de salud y la evaluación de las actividades de promoción de salud y de control de enfermedades.

2.2.3 Área endémica

(MARTHA C BOXADA SILVIA FERNANDEZ CASTELO, 1992) El ser humano comparte la tierra con especies equipadas con aparatos de caza o defensa que le son hostiles. A medida que aumentan los viajes. Las exploraciones, el cuidado de mascotas y las actividades al aire libre. También crecen los riesgos de mordeduras y picaduras de animales. Las lesiones pueden resultar

de traumatismo directo, sobreinfección. Alergia (sin duda la que posee mayor morbilidad y toxinas inyectadas o aplicadas.

2.2.4 Brote cutáneo maculo – pápula

(Richard W. Ashford, 2010)Se caracteriza por maculas, pápulas, módulos o placas cutáneas muy diseminadas , o infiltración difusa de la piel sobre todo en las superficies extensoras de los miembros y en la cara, donde el engrosamiento de las cejas y los lóbulos de las orejas pueden aparecer en las lepras Lepromatosa.

2.2.5 Cepa

Para Identificar los aislados de leishmanias con métodos isoenzimaticos, moleculares u otros. Ya que son de suma importancia, en la tipificación se deben utilizar sistemáticamente las cepas de referencia

2.2.6 Endémico

Presente en una comunidad en todo momento, pero en baja frecuencia relativamente. Algo que es endémico es típicamente restringido o peculiar a una localidad o región.

2.2.7 Dolor

Es un término que procede del latín y que señala una sensación molesta, aflictiva y por lo general desagradable en el cuerpo o el espíritu. Puede tratarse, por lo tanto, de una experiencia sensorial y objetiva (el dolor físico) o emocional y subjetiva (el dolor anímico). (Avedis Donabedian, 2010)

2.2.8 Huésped Reservorios

Las Leishmaniasis pueden agruparse en dos grandes categorías, dependiendo

de la fuente de la infección humana; zoonóticas, cuyos huéspedes reservorios son animales salvajes, comensales o animales domésticos, y antroponóticas, cuyo huésped reservorio es el ser humano

2.2.9 Larva de mosquito

Es una forma intermedia entre el huevo y la pupa. Vive en el agua y se mueve mucho (OPS, 2010).

2.2.10 Protozoo

Se dice de los organismos microscópicos, cuyo cuerpo está formado por una sola célula.

2.2.11 Prurito

Sensación habitualmente en la piel, que incita a rascarse. Molesta sensación de picor en una zona de la piel que hace desear a rascarse.

2.2.12 Lesión Nodular

Presente en un 5 % de LC, son lesiones eritematosas con induración extensa, no dolorosas, tienden a ser múltiples y se pueden acompañar de adenopatías regionales.

2.2.13 Mácula

Es un área cutánea coloreada, visible y plana que tiene menos de 10 milímetros de diámetro y no incluye un cambio en la textura o grosor de la piel.

2.2.14 Lesión Ulcerosa

Presente en el 90 % de los casos, es una lesión redondeada, de bordes regulares, elevados, eritematosos, indurados con fondo granulomatoso; por lo general indoloras, no purulentas, con tejido perilesional sano.

2.2.15 Nódulo

Crecimiento o masa que puede ser maligna (cancerosa) o benigna (no cancerosa).

2.2.16 Pápula

Una pápula es una lesión pequeña, sólida, elevada. Por definición, las pápulas son de menos de un centímetro de diámetro, y la porción principal se proyecta encima del plano de la piel.

2.2.17 Prevalencia

Número de casos nuevos de una enfermedad o de veces que ha aparecido un caso durante un período de tiempo determinado.

2.2.18 Endémico

En relación a una enfermedad o microorganismo propio de una zona geográfica o una población.

2.2.19 Incidencia

Número de casos nuevos durante un período concreto de tiempo.

2.2.20 Eritema

Enrojecimiento o inflamación de la piel o las membranas mucosas como resultado de la dilatación y congestión de los capilares superficiales.

2.2.21 Adenopatía

Cualquier enfermedad de un ganglio linfático; la costumbre utiliza esta palabra como sinónimo de agrandamiento de un ganglio linfático.

CAPITULO III.
METODOLOGÍA DE LA
INVESTIGACIÓN

3.1 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 Investigación de campo

Para levantar la vigente investigación se trabajara en el lugar donde se brinda la indagación este es en la Parroquia Puerto Limón del Cantón Santo Domingo.

3.1.2 Investigación Bibliográfica

Se emplearon los textos, tesis, folletos, internet y demás documentos impresos que se relacionan con el tema de investigación para dar sustento al tema de investigación.

3.1.3 Investigación Descriptiva

Basado en la explicación detallada de las características del objeto que se está evaluando, normalmente se describen procedimientos, registros, formularios, archivos empleados y personas y departamentos que intervienen en el sistema.

3.1.4 Investigación Explicativa

A través de esta investigación se facilitó el sentido de la problemática que existe en la Parroquia Puerto Limón del Cantón Santo Domingo de los Tsáchilas.

3.1.5 Criterios de inclusión

El estudio está centrado en las personas que han obtenido la enfermedad en estudio que residen en la Parroquia Puerto Limón del Cantón Santo Domingo de los Tsáchilas y que estén activos durante el período del estudio y que acepten participar.

3.2 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 Método Deductivo

Nos permitió abordar las necesidades de las zonas rurales, para así hacer un estudio y establecer conclusiones sobre la lutzomiya. Ya que es una enfermedad ya que al ser humano lo afecta Físico, Psicológico y mentalmente.

3.2.2 Método Inductivo

Establecer reglas y normas en cuanto a los hábitos diarios, ya que esto nos causa problemas en cuanto a la población agrícola, y a la vez evitando que este parasito se siga propagando por medio de la picadura de la manta blanca (insecto) permitiendo así obtener una afirmación general, sobre la LEISHMANIASIS que nos dio como resultado un concreto análisis de lo investigado.

3.2.3 Método sintético

Este Análisis nos permitió darnos cuenta la problemática que transige la población Agrícola. Por no llevar un correcto estilo de vida.

3.2.4 Método Analítico

Nos permitirá identificar y comprobar la prevalencia de los resultados como determinantes de alerta preventiva, para el evento blanco de nuestra investigación.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1 Observación Directa

Este método además de resultar de gran significación en toda investigación, cobra una doble importancia en nuestra profesión, el mismo se realiza con el objetivo de disminuir la incidencia de casos de leishmania en la Parroquia Puerto Limón del Cantón Santo Domingo.

3.3.2 Entrevista

Tiene como objetivo la obtención de información del paciente en cuanto a datos sociodemográficos y en cuanto a la calidad de la atención proporcionada.

3.3.3 Encuestas

Tiene como objetivo la obtención de información del paciente en cuanto a incidencia de casos de leishmania en la Parroquia Puerto Limón del Cantón Santo Domingo.

3.3.4 Materiales

Los materiales que se utilizarán para realizar la investigación son los siguientes:

- ✓ Recursos Humanos.
- ✓ Recursos Económicos.
- ✓ Recursos Materiales.

3.3.5 Población y Muestra

Según datos del Sub-centro de Salud Puerto Limón en la Parroquia hay 50 casos de pacientes con leishmania.

Universo

La población o universo a considerar corresponde a las personas que han tenido la patología en la Parroquia Puerto Limón del Cantón Santo Domingo que son 50 usuarios.

Muestra

Se realizó un cálculo con un universo finito que es de 20 usuarios con la patología en estudio, dando como resultado de nuestra muestra a investigar de: 20 usuarios de la comunidad siendo el 100% del recurso humano.

CAPITULO IV.
RESULTADOS DE LA
INVESTIGACIÓN

4.1 RESULTADO DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A LOS USUARIOS CON LEISHMANIA DE LA PARROQUIA PUERTO LIMÓN DEL CANTÓN SANTO DOMINGO.

1. ¿Sexo de los usuarios?

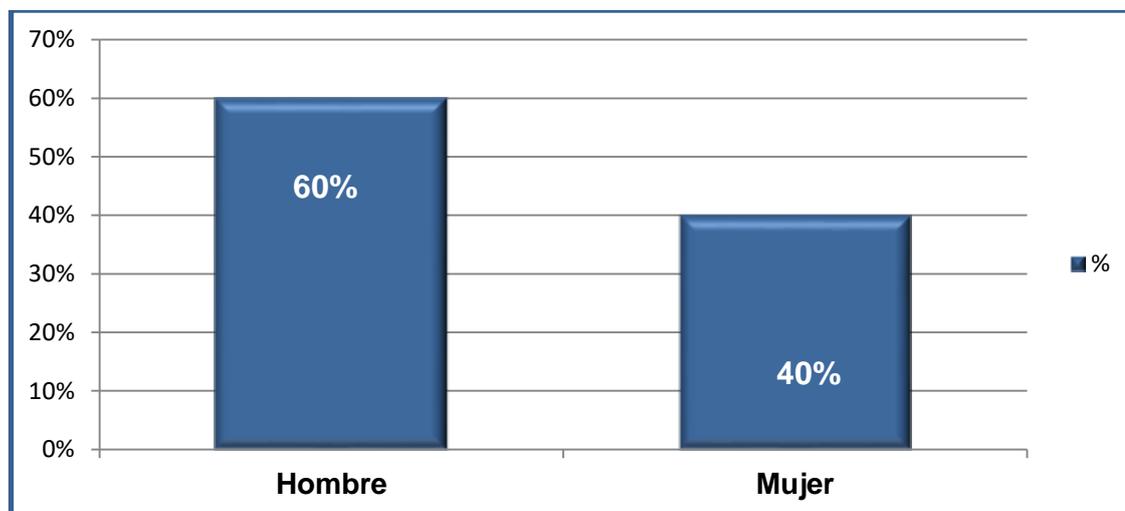
Cuadro 1: Resultados de la pregunta uno de la encuesta realizada.

CATEGORÍA	# USUARIOS	%
Hombre	6	60%
Mujer	4	40%
Total	10	100%

Elaborado por: Julia Vines Rezabala

Fuente: Encuesta

Gráfico 1. Resultados de la pregunta uno de la encuesta realizada a los usuarios.



Elaborado por: Julia Vines Rezabala

Fuente: Encuesta.

Análisis:

Según la encuesta realizada a 10 usuarios se determina que un porcentaje del 60%, pertenecen al sexo hombre en la investigación.

2. ¿Edad de los usuarios?

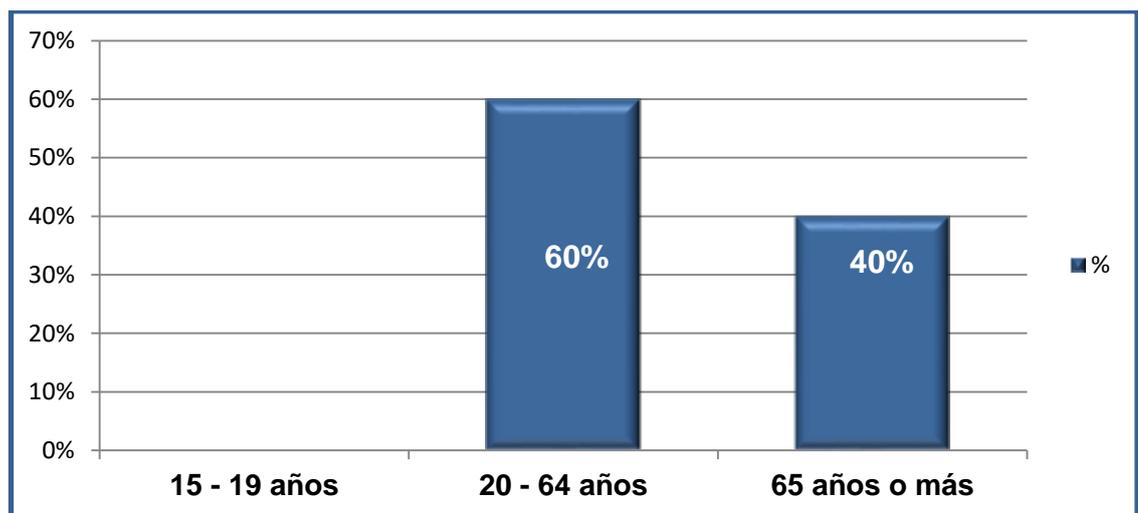
Cuadro 2: Resultados de la pregunta dos de la encuesta realizada.

CATEGORÍA	# USUARIOS	%
15 – 19 años	0	0%
20 - 64 años	6	60%
65 años o más	4	40%
Total	10	100%

Elaborado por: Julia Vincés Rezabala

Fuente: Encuesta

Gráfico 2. Resultados de la pregunta 2 de la encuesta realizada a los usuarios.



Elaborado por: Julia Vincés Rezabala

Fuente: Encuesta

Análisis:

Según la encuesta realizada a 10 usuarios de la comunidad se logró determinar que el 60% oscilan entre los 20 y 64 años de edad agravando la incidencia de la patología.

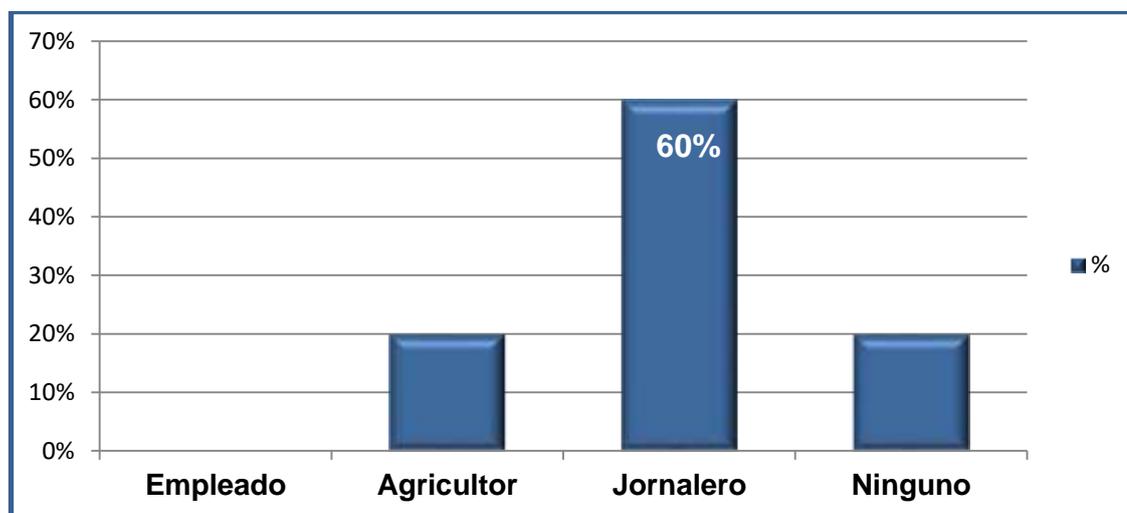
3. ¿Ocupación de los usuarios?

Cuadro 3: Resultados de la pregunta tres de la encuesta realizada.

CATEGORÍA	# USUARIOS	%
Empleado	0	0%
Agricultor	2	20%
Jornalero	6	60%
Ninguno	2	20%
Total	10	100%

Elaborado por: Julia Vincés Rezabala
Fuente: Encuesta

Gráfico 3. Resultados de la pregunta tres de la encuesta realizada a los usuarios.



Elaborado por: Julia Vincés Rezabala
Fuente: Encuesta

Análisis:

Según la encuesta realizada a 10 usuarios de la comunidad se logró determinar que el 60% de ellos laboran en el campo como jornaleros, y agravando la situación el 20% no se dedica a ninguna actividad laboral.

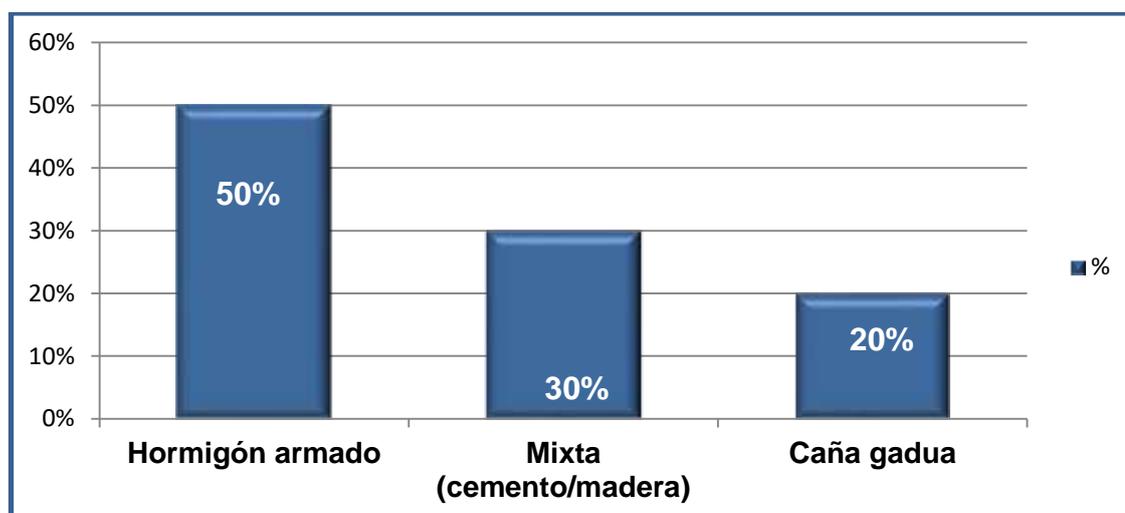
4. ¿Características de su vivienda?

Cuadro 4: Resultados de la pregunta cuatro de la encuesta realizada.

CATEGORÍA	# USUARIOS	%
Hormigón armado	5	50%
Mixta (cemento/madera)	3	30%
Caña gadua	2	20%
Total	10	100%

Elaborado por: Julia Vines Rezabala
Fuente: Encuesta

Gráfico 4. Resultados de la pregunta cuatro de la encuesta realizada a los usuarios.



Elaborado por: Julia Vines Rezabala
Fuente: Encuesta

Análisis:

Según la encuesta realizada a 10 usuarios se logró establecer que el 20% de ellos prefieren vivir en casas construidas de caña gadua, el 30% en viviendas mixtas (cemento/madera).

5. ¿Tiene disponibilidad de servicios básicos en su domicilio?

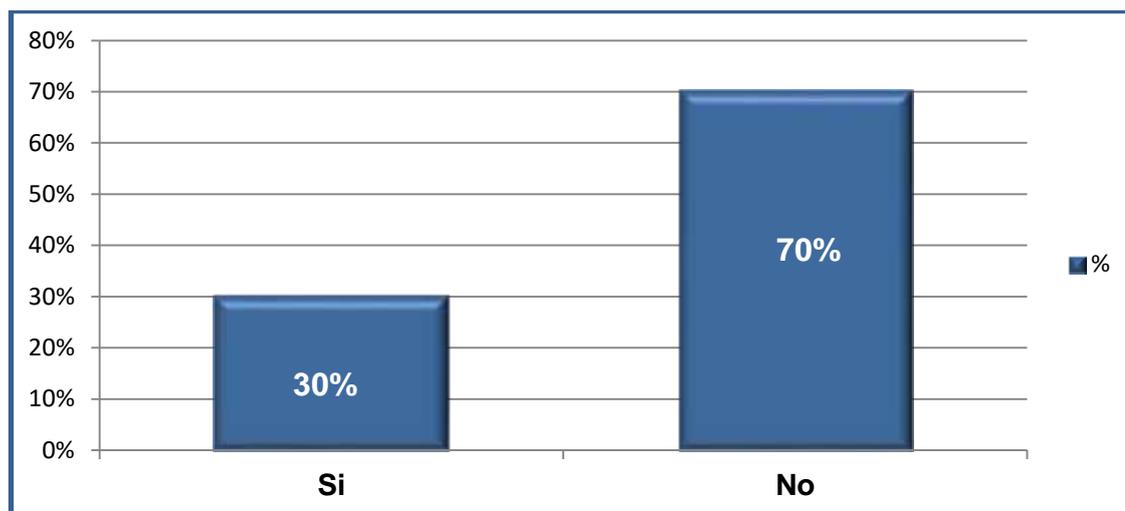
Cuadro 5: Resultados de la pregunta cinco de la encuesta realizada.

CATEGORÍA	# USUARIOS	%
Si	3	30%
No	7	70%
Total	10	100%

Elaborado por: Julia Vines Rezabala

Fuente: Encuesta

Gráfico 5. Resultados de la pregunta cinco de la encuesta realizada a los usuarios.



Elaborado por: Julia Vines Rezabala

Fuente: Encuesta

Análisis:

Según la encuesta realizada a 10 usuarios se logró establecer que el 70% de ellos no poseen servicios básicos en sus domicilios, por lo tanto perjudicando directamente la salud de la comunidad.

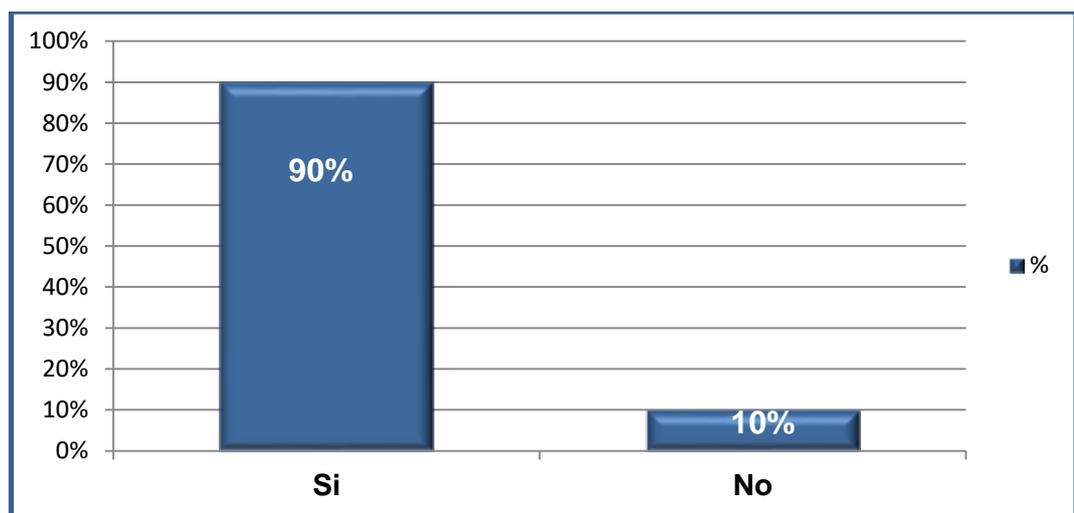
6. ¿Posee animales domésticos en su vivienda?

Cuadro 6: Resultados de la pregunta seis de la encuesta realizada.

CATEGORÍA	# USUARIOS	%
Si	9	90%
No	1	10%
Total	10	100%

Elaborado por: Julia Vínces Rezabala
Fuente: Encuesta

Gráfico 6. Resultados de la pregunta seis de la encuesta realizada a los usuarios.



Elaborado por: Julia Vínces Rezabala
Fuente: Encuesta

Análisis:

Según la encuesta realizada a 10 usuarios se logró obtener en la información que el 90% de ellos poseen animales domésticos en su vivienda (gatos, perros, pollos, chanchos).

7. ¿Utiliza mosquiteros (toldos) en sus dormitorios para dormir?

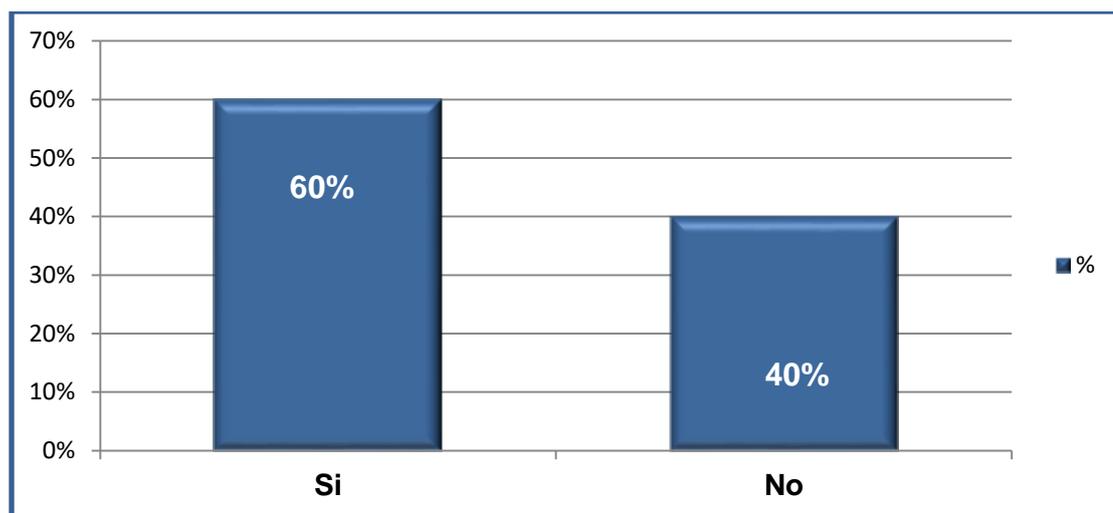
Cuadro 7: Resultados de la pregunta siete de la encuesta realizada.

CATEGORÍA	# USUARIOS	%
Si	6	60%
No	4	40%
Total	10	100%

Elaborado por: Julia Vines Rezabala

Fuente: Encuesta

Gráfico 7. Resultados de la pregunta siete de la encuesta realizada a los usuarios.



Elaborado por: Julia Vines Rezabala

Fuente: Encuesta

Análisis:

Según la encuesta realizada a 10 usuarios de la comunidad se logró obtener la información de que el 40% no utilizan toldos o mosquiteros para protegerse contra los insectos (mosquitos), agravando la salud de la comunidad de la Parroquia Limón.

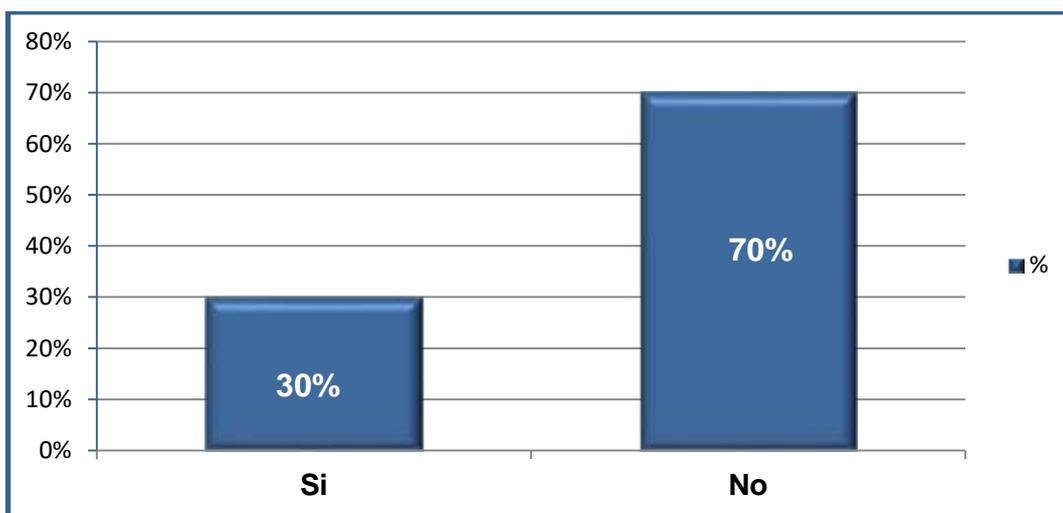
8. ¿Sabe usted y su familia como se puede prevenir la Leishmania?

Cuadro 8: Resultados de la pregunta ocho de la encuesta realizada.

CATEGORÍA	# USUARIOS	%
Si	3	30%
No	7	70%
Total	10	100%

Elaborado por: Julia Vines Rezabala
Fuente: Encuesta

Gráfico 8. Resultados de la pregunta ocho de la encuesta realizada a los usuarios.



Elaborado por: Julia Vines Rezabala
Fuente: Encuesta

Análisis:

Según la encuesta realizada a 10 usuarios de la comunidad se logró obtener la información de que el 70% desconoce cómo prevenir la enfermedad leishmania, agravando la salud de la comunidad de la Parroquia Limón.

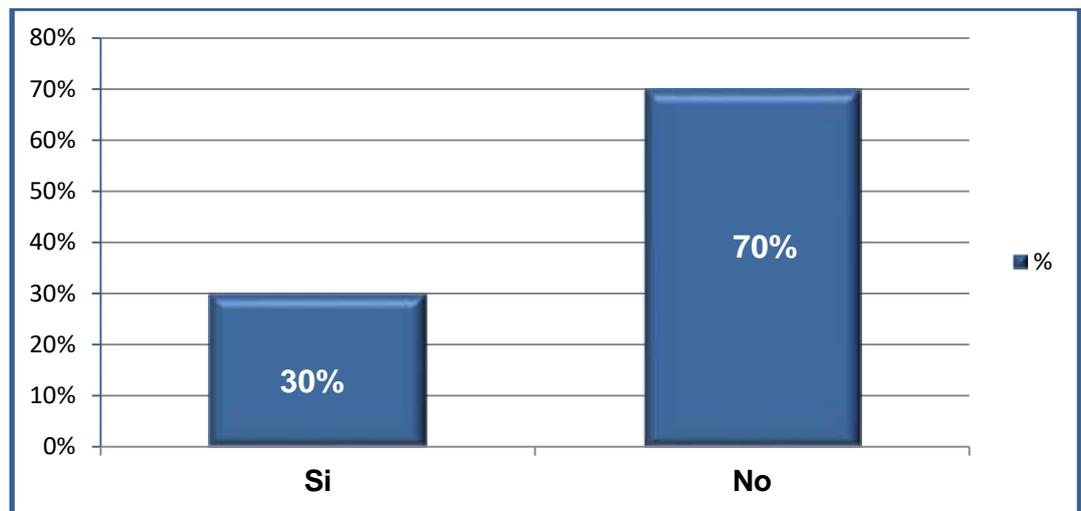
9. ¿Ud. ha Recibido folletos informativos de prevención de la enfermedad leishmania de parte del MSP?

Cuadro 9: Resultados de la pregunta 9 de la encuesta realizada.

CATEGORÍA	# USUARIOS	%
Si	1	10%
No	9	90%
Total	10	100%

Elaborado por: Julia Vinces Rezabala
Fuente: Encuesta

Gráfico 9. Resultados de la pregunta 9 de la encuesta realizada a los usuarios.



Elaborado por: Julia Vinces Rezabala
Fuente: Encuesta

Análisis:

Según la encuesta realizada a 10 usuarios de la comunidad se logró obtener la información de que el 90% no ha recibido folletos informativos de parte del Ministerio de Salud Pública.

10. ¿Ha recibido alguna vez capacitación sobre la leishmania en el Sub-centro de Salud más cercano?

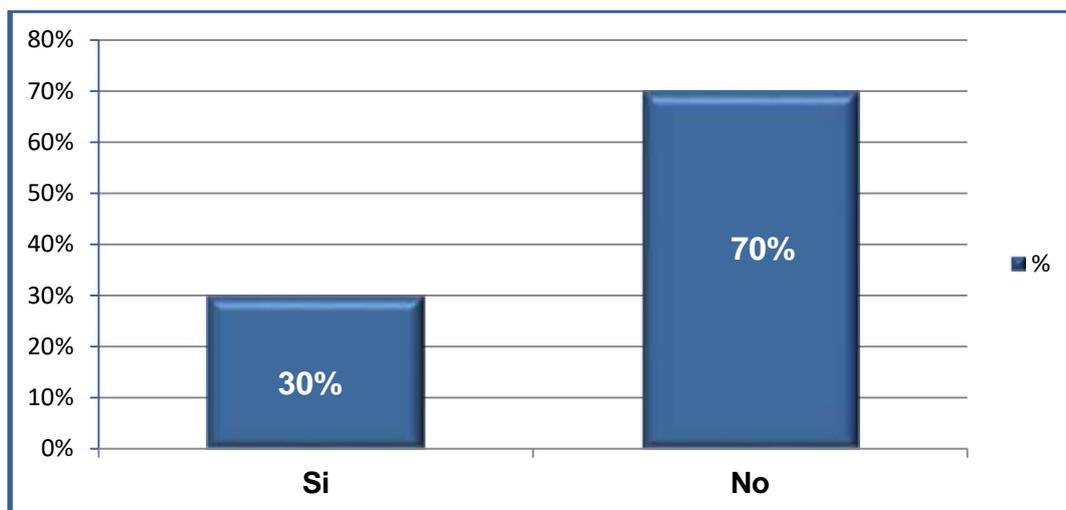
Cuadro 10: Resultados de la pregunta 10 de la encuesta realizada.

CATEGORÍA	# USUARIOS	%
Si	1	10%
No	9	90%
Total	10	100%

Elaborado por: Julia Vinces Rezabala

Fuente: Encuesta

Gráfico 10. Resultados de la pregunta 10 de la encuesta realizada a los usuarios.



Elaborado por: Julia Vinces Rezabala

Fuente: Encuesta

Análisis:

Según la encuesta realizada a 10 usuarios de la comunidad se logró obtener la información de que el 90% no ha recibido ninguna capacitación sobre leishmania de parte de un Sub-centro de Salud del Ministerio de Salud Pública más cercano a sus viviendas.

4.2 COMPROBACIÓN Y DISCUSIÓN DE HIPOTESIS

La evidencia y discusión de los resultados, inmediatamente de haber considerado los datos adquiridos durante la investigación se establece que el 60% de los usuarios son de género masculino, y el 40% del género femenino, promediando una edad entre el 20 y 64 años de edad (6 usuarios).

Teniendo en cuenta los resultados se concluyó que 60% laboran como jornaleros, el 20% son agricultores y el 20% no labora agravando la problemática de la investigación.

A su vez el 70% de los usuarios no tienen disponibilidad de servicios básicos en su domicilio, propagando la incidencia de la leishmania en el contexto local, y porque no de la comunidad de la Parroquia Puerto Limón.

Reconociendo de esta manera la presunción de que la comunidad no ha recibido capacitaciones sobre la leishmania y sus maneras de prevención de parte del Sub-centro de Salud más cercano, demostrando la falta de conocimiento en el manejo de su seguridad individual, familiar, comunitaria y por ende la falta de promoción y prevención como lo establece el nuevo modelo de atención integral de salud, familiar, comunitario e intercultural (CARINA VANCE, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, MAIS – FCI, 2011).

CAPITULO V.
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Con las encuestas aplicadas conjuntamente con la Intervención de la enfermera en el caso de incidencia con leishmania en la comunidad de Puerto Limón he llegado a las siguientes conclusiones:

1. La Intervención de enfermería en la búsqueda de casos con pacientes con leishmania. Y asistencia de paciente sin atención
2. La intervención de enfermería con acción promoción y prevención con la población para disminuir la incidencia de leishmania
3. La acción de enfermería se informa a la población sobre las causas de la enfermedad y el agente causante.
4. Se programa la acción de enfermería donde se incentiva a trabajar con la comunidad con el objetivo de disminuir la incidencia de la enfermedad y aplicar conocimientos sobre esta enfermedad q muchos desconocen.

5.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda a los agricultores quemar maleza muerta, para evitar la reproducción larval de lutzomiya y acudir al centro de salud para recibir atención e información adecuada sobre la enfermedad.

Se recomienda, a la población cambiar de hábitos al momento de realizar su higiene, del diario vivir.

Promover la importancia del cuidado integral de enfermería para el mantenimiento del equilibrio físico, psíquico, social, espiritual y la interacción con el medio ambiente y de la patología leishmania.

Plantear un proyecto de capacitación en servicio acerca de cómo manejar a los pacientes con Leishmania y su cuidado integral, dirigido a los profesionales, auxiliares de enfermería y comunidad en general de la Parroquia Puerto Limón.

CAPÍTULO VI.

BIBLIOGRAFÍA

6.1 LITERATURA CITADA

- 2000.** [aut. libro] Maria Sol Caarrasco y Jose Antonio De Paz. Madrid : s.n., 2000.
- 2005.** [aut. libro] Jose Ania, Luis Del Castillo y Manuel Alés. *Celadores del servicio de salud*. Sevilla, España : s.n., 2005.
- Alberto, Rodriguez y Jimenez. 2005.** Emergencias Sanitarias. 2005.
- Alvirde A O, Rodriguez AG. 2009.** *Revision de cavidad uterina en el posparto inmediato*. s.l. : Investigación Materno Infantil Volumen I, 2009.
- Avedis Donabedian, MD Phd. 2010.** Calidad de la Atención Clínica. 2010.
- Bethlea D, (207).** *Enfermera materno infantil*. Mexico : Interamericana.
- Bolivia, MS. 2006.** *Programa Nacional de vigilancia y control de la leishmania*. Bolivia - La Paz : s.n., 2006.
- BURROUGHS MED, R.N. 1999.** *Enfermería materno infantil*. Mexico : McGraw-Hill Interamericana, 1999.
- Carpenito, L J.** *Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnosticos en enfermería y problemas asociados*. Madrid : s.n.
- Chang. 2009.** Satisfacción de los pacientes en la atención médica. [aut. libro] Chang De L a Rosa. Cuba : s.n., 2009.
- Domenech, Maria y Viteri, Veronica. 2013.** *PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DESDE LA OPTICA DE LOS PACIENTES CON EL SÍNDROME DE*. Guayaquil : s.n., 2013.
- 2005.** Embarazo, parto u puerperio. Sevilla : 2da edicion, 2005.
- FABRE E. 2005.** *Manual de asistencia al parto y puerperio normal*. Zaragoza : SEGO, 2005.
- Ferrari. 2004.** Ferrari. [aut. libro] Maria Cristina. *Calidad más Calidez formula de exitos de las organizaciones*. 2004.
- GonzalezC, Salas GA. 2010.** Conducta del cuello uterino durante el embarazo parto y puerperio. *Gineco obstetrico*. 2010.
- Guia 2010, puerperio.** [aut. libro] Hosptal del Tajo. Madrid : s.n., pág. 207.

- Gutierrez, Dominguez, Acevedo. 2007.** Medicina URGENCIAS. s.l. : Medica Panamericana, 2007.
- Infosida. 2012.** *Guia Clinica Adulto con VIH/SIDA.* Estados Unidos : s.n., 2012.
- JC, March. 2005.** La calidad y salud pública. 2005.
- Jiménez., J. Gómez. 2010.** CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. 2010.
- Joan, Guix Oliver. 2005.** *calidad en salud publica.* 2005.
- JV, Scorza. 2004.** *Cambios epidemiologicos de la leishmania tegumentaria.* Venezuela : s.n., 2004.
- LEALS C, MONTERO I, DONAT F. 2008.** Aspectos psicologicos del embarazo, parto y puerperio. 2008, págs. 493 - 498.
- 2008.** Manual de atención a multiples victimas y catastrofes. [aut. libro] Carlos Alvarez Leiva. Madrid, España : s.n., 2008.
- Manual de atención al embarazo, parto y puerperio. 2009.** 2009.
- Manual de organizacion y procedimientos, MSP. 2010.** 2010.
- MONHEIT AG, COUSINS L. 2002.** El puerperio: reajustes anatómicos y fisiológicos. *Clinica Obstetrica y ginecologicas.* 2002, págs. 1000 - 1012.
- MSP. 2008.** Normas Materno Infantil. 2008.
- MSP, Guia de Atencion Integral. 2012.** *Guia de atencion integral para adultos y adolescentes con infeccion de VIH/SIDA.* Quito : s.n., 2012.
- OMS. 2010.** Informe sobre la salud en el mundo. 2010, págs. 11 , 12.
- . **2015.** Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/>. [En línea] Febrero de 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/es/>.
- OPS. 2010.** *Cracteristicas Epidemiologicas y comportamientos.* 2010.
- . **2009.** *Epidemiologia y control de la leishmania en las Américas.* 2009.
- . **2010.** *Guías de atencion para enfermos en la región de las Américas.* La Paz - Bolivia : s.n., 2010.
- Pollak, Andrew N. 2009.** Diseño de Urgencias. *Los cuidados de Urgencias.* Canadá : s.n., 2009, págs. 28 - 30.
- 2010.** Protocolos de actuación del Tecnico en emergencias. [aut. libro] Fernando Ayuso y Miguel Ruiz. Madrid : s.n., 2010.

Rigol O, Y COLS. 2004. *Obstetricias y Ginecologia.* Mexico : Ciencias Medicas, 2004.

Ruiz-Navarro, Mercedes Diez. 2013. *Evolución del sida en España.* España : Investigación y Ciencia, 2013.

Sanchez, Miquel Sanchez. 2008. *Técnicas en el área de emergencia en Salud.* 2008.

Trauma, Programa avanzado de Apoyo Vital. 2009. 2009.

2000. [aut. libro] Maria Sol Caarrasco y Jose Antonio De Paz. Madrid : s.n., 2000.

2005. [aut. libro] Jose Ania, Luis Del Castillo y Manuel Alés. *Celadores del servicio de salud.* Sevilla, España : s.n., 2005.

Alberto, Rodriguez y Jimenez. 2005. *Emergencias Sanitarias.* 2005.

Alvirde A O, Rodriguez AG. 2009. *Revisión de cavidad uterina en el posparto inmediato.* s.l. : Investigación Materno Infantil Volumen I, 2009.

Avedis Donabedian, MD Phd. 2010. *Calidad de la Atención Clínica.* 2010.

Bethlea D, (207). *Enfermera materno infantil.* Mexico : Interamericana.

Bolivia, MS. 2006. *Programa Nacional de vigilancia y control de la leishmania.* Bolivia - La Paz : s.n., 2006.

BURROUGHS MED, R.N. 1999. *Enfermería materno infantil.* Mexico : McGraw-Hill Interamericana, 1999.

Carpenito, L J. *Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnosticos en enfermería y problemas asociados.* Madrid : s.n.

Chang. 2009. *Satisfacción de los pacientes en la atención médica.* [aut. libro] Chang De L a Rosa. Cuba : s.n., 2009.

Domenech, Maria y Viteri, Veronica. 2013. *PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DESDE LA OPTICA DE LOS PACIENTES CON EL SÍNDROME DE.* Guayaquil : s.n., 2013.

2005. *Embarazo, parto u puerperio.* Sevilla : 2da edición, 2005.

FABRE E. 2005. *Manual de asistencia al parto y puerperio normal.* Zaragoza : SEGO, 2005.

- Ferrari. 2004.** Ferrari. [aut. libro] Maria Cristina. *Calidad más Calidez formula de exitos de las organizaciones.* 2004.
- GonzalezC, Salas GA. 2010.** Conducta del cuello uterino durante el embarazo parto y puerperio. *Gineco obstetrico.* 2010.
- Guia 2010, puerperio.** [aut. libro] Hosptal del Tajo. Madrid : s.n., pág. 207.
- Gutierrez, Dominguez, Acevedo. 2007.** Medicina URGENCIAS. s.l. : Medica Panamericana, 2007.
- Infosida. 2012.** *Guia Clinica Adulto con VIH/SIDA.* Estados Unidos : s.n., 2012.
- JC, March. 2005.** La calidad y salud pública. 2005.
- Jiménez., J. Gómez. 2010.** CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. 2010.
- Joan, Guix Oliver. 2005.** *calidad en salud publica.* 2005.
- JV, Scorza. 2004.** *Cambios epidemiologicos de la leishmania tegumentaria.* Venezuela : s.n., 2004.
- LEALS C, MONTERO I, DONAT F. 2008.** Aspectos psicologicos del embarazo, parto y puerperio. 2008, págs. 493 - 498.
- 2008.** Manual de atención a multiples victimas y catastrofes. [aut. libro] Carlos Alvarez Leiva. Madrid, España : s.n., 2008.
- Manual de atención al embarazo, parto y puerperio. 2009.** 2009.
- Manual de organizacion y procedimientos, MSP. 2010.** 2010.
- MONHEIT AG, COUSINS L. 2002.** El puerperio: reajustes anatómicos y fisiológicos. *Clinica Obstetrica y ginecologicas.* 2002, págs. 1000 - 1012.
- MSP. 2008.** Normas Materno Infantil. 2008.
- MSP, Guia de Atencion Integral. 2012.** *Guia de atencion integral para adultos y adolescentes con infeccion de VIH/SIDA.* Quito : s.n., 2012.
- OMS. 2010.** Informe sobre la salud en el mundo. 2010, págs. 11 , 12.
- . 2015.** Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/>. [En línea] Febrero de 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/es/>.
- OPS. 2010.** *Cracteristicas Epidemiologicas y comportamientos.* 2010.
- . 2009.** *Epidemiologia y control de la leishmania en las Américas.* 2009.

- . 2010. *Guías de atención para enfermos en la región de las Américas*. La Paz - Bolivia : s.n., 2010.
- Pollak, Andrew N. 2009.** Diseño de Urgencias. *Los cuidados de Urgencias*. Canadá : s.n., 2009, págs. 28 - 30.
- 2010.** Protocolos de actuación del Técnico en emergencias. [aut. libro] Fernando Ayuso y Miguel Ruiz. Madrid : s.n., 2010.
- Rigol O, Y COLS. 2004.** *Obstetricias y Ginecología*. Mexico : Ciencias Medicas, 2004.
- Ruiz-Navarro, Mercedes Diez. 2013.** *Evolución del sida en España*. España : Investigación y Ciencia, 2013.
- Sanchez, Miquel Sanchez. 2008.** Técnicas en el área de emergencia en Salud. 2008.
- Trauma, Programa avanzado de Apoyo Vital. 2009.** 2009.

CAPÍTULO VII.

ANEXOS

7.1 ANEXO # 1. CUESTIONARIO DE PREGUNTAS PARA LA ENCUESTA APLICADA A LOS USUARIOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA
PROGRAMA DE CARRERA DE ENFERMERIA

SELECCIONE EL CASILLERO CORRECTO CON UNA X

1. ¿Sexo de los usuarios?

Hombre

Mujer

2. ¿Edad de los usuarios?

15 – 19 años

20 – 64 años

65 años o más

3. ¿Ocupación de los usuarios?

Empleado

Agricultor

Jornalero

Ninguna

4. ¿Características de su vivienda?

Hormigón armado

Mixta (cemento/madera)

Caña gada

5. ¿Tiene disponibilidad de servicios básicos en su domicilio?

Si

No

6. ¿Posee animales domésticos en su vivienda?

Si

No

7. ¿Utiliza mosquiteros (toldos) en sus dormitorios para dormir?

Si

No

8. ¿Sabe usted y su familia como se puede prevenir la Leishmania?

Si

No

9. ¿Ud. ha Recibido folletos informativos de prevención de la enfermedad leishmania de parte del MSP?

Si

No

10. ¿Ha recibido alguna vez capacitación sobre la leishmania en el Sub-centro de Salud más cercano?

Si

No

Elaborado por: Julia Vincés Rezabala

7.2 ANEXO # 2. MATRIZ DE RELACIONES DE PROBLEMAS, OBJETIVOS E HIPOTESIS

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLE INDEPENDIENTE
¿En qué medida es determinante las intervenciones de enfermería para disminuir la incidencia de casos de leishmania en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo 2014?	Determinar las intervenciones de enfermería para disminuir la incidencia de casos de leishmania en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo 2014.	¿Si se establecieran las intervenciones de enfermería disminuiría la incidencia de leishmania, en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo 2014?	Intervenciones de Enfermería
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECIFICAS	VARIABLE DEPENDIENTE
¿Cuáles serían las intervenciones de enfermería para disminuir la incidencia de leishmania, en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo 2014?	Identificar las intervenciones de enfermería para disminuir la incidencia de leishmania, en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo 2014.	¿Al identificar las intervenciones de enfermería disminuiría la incidencia de leishmania, en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo 2014?	Incidencia de Leishmania
¿Qué estrategia de prevención se aplicaría en la incidencia de leishmania en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo 2014?	Establecer las estrategias de prevención para disminuir la incidencia de leishmania en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo 2014	¿Sera que al delinear una estrategia de prevención disminuiría la incidencia de leishmania, en la Parroquia Puerto Limón, Cantón Santo Domingo 2014?	Estrategia de prevención

Elaborado por: Julia Vines Rezabala

7.3 ANEXO # 3. FOTOS DE LA ENCUESTA Y CASOS DE LEISHMANIA





