



PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y ALERTA DE LEISHMANIASIS

Actualizado a Julio 2012

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD	3
Introducción	3
Agente	4
Modo de transmisión	4
Reservorio	5
Período de incubación	5
Periodo de transmisibilidad	5
Susceptibilidad/inmunidad	5
VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD	6
Objetivos	6
Definición de caso	6
Criterio clínico	6
Criterio de laboratorio	6
Criterio epidemiológico	7
Clasificación de los casos	7
DEFINICION DE ALERTA	7
MODO DE VIGILANCIA	7
MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA	8
Organización de recursos	8
Medidas generales	9
BIBLIOGRAFÍA	10
ANEXO. ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA DE LEISHMANIASIS	11

Protocolo de Vigilancia y Alerta de LEISHMANIASIS

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

Las leishmaniasis son un grupo de enfermedades parasitarias extendidas a nivel mundial y que presentan una gran variedad de manifestaciones clínicas que van desde la leishmaniasis visceral que es la forma más grave de enfermedad, con una letalidad próxima al 100% sin tratamiento, a la leishmaniasis cutánea de evolución usualmente benigna. Entre ambas existe una amplia gama de posibilidades clínicas. Estas enfermedades son producidas por especies patógenas para el hombre del género *Leishmania*. Las diferentes formas clínicas dependen de la especie de *Leishmania* causante de la enfermedad y de la respuesta inmune que establece cada hospedador.

Desde 1993, se han extendido de manera significativa las regiones con endemia de leishmaniasis en el mundo, y esta extensión se ha acompañado de un aumento considerable de los casos notificados de esta enfermedad. La prevalencia es de 12 a 14 millones de enfermos, con una incidencia de 2 millones de nuevos casos anuales de los que 1,5 millones serían cutáneos (suroeste de Asia, norte de África y Latinoamérica) y 500.000 viscerales (subcontinente Indio, este de África y Brasil). La extensión geográfica de la enfermedad a nivel mundial afecta a 88 países y se debe a factores ligados al desarrollo, como las emigraciones masivas del campo a la ciudad, los proyectos agroindustriales y las modificaciones medioambientales producidas por el hombre (creación de pantanos, sistemas de riego y pozos que potencian la aparición de reservorios e insectos vectores involucrados en la enfermedad).

La pandemia de VIH+/sida ha modificado la historia natural de la leishmaniasis pues sida (VIH+) y leishmaniasis visceral tiene un efecto sinérgico negativo sobre la respuesta inmunitaria celular al estar dirigidas al mismo tipo de células. La infección por VIH aumenta el riesgo de desarrollar leishmaniasis visceral en áreas endémicas, reduce la probabilidad de respuesta terapéutica, aumentando las recaídas, asimismo la leishmaniasis visceral adelanta la progresión clínica en las personas VIH+ y por lo tanto el desarrollo de las condiciones que definen el SIDA.

En el mundo, la mayor parte de los focos de leishmaniasis visceral se encuentran distribuidos en la India y en los países vecinos Bangladesh y Nepal; en África (Sudán, Etiopía y Kenia) donde la forma visceral antropozoonótica está causada por la *L. donovani* y, en el Nordeste de Brasil y parte de Centro América donde la forma infantil zoonótica de leishmaniasis visceral está producida por *L. infantum*. Con respecto a la leishmaniasis cutánea, la mayor parte de los focos se encuentran en Iberoamérica, Norte de África, y Oriente Medio. Las formas muco-cutánea y cutánea difusa son más frecuentes en Sudamérica.

En la Unión Europea hay 2 ciclos endémicos de transmisión, la forma zoonótica cutánea y visceral de leishmaniasis producida por *L. infantum* en toda la región Mediterránea y la forma antropozoonótica cutánea de leishmaniasis causada por *L. tropica*, que se distribuye esporádicamente en Grecia y probablemente en países vecinos.

En España, a partir de 1982, año que fue incluida como enfermedad de declaración obligatoria, se notifican unos 80-120 casos por año. Estas cifras hacen sospechar una importante subdeclaración, valorada del 25-40% para la leishmaniasis visceral y de casi el 100% para la cutánea. La mayor incidencia se da en el litoral mediterráneo y en la Meseta Central. En Europa, actualmente hay una rápida expansión de esta enfermedad hacia latitudes más septentrionales, especialmente en países endémicos como España o Italia, por lo que se puede hablar de una enfermedad emergente.

Agente

El género *Leishmania* es un grupo de la familia Trypanosomidae dividido en dos subgéneros, *Leishmania* y *Viannia*. Existen más de 20 especies de *Leishmania* indistinguibles morfológicamente, por lo que se usan métodos bioquímicos (caracterización con isoenzimas, anticuerpos monoclonales) y genotípicos (análisis de fragmentos de DNA y amplificación del genoma) para diferenciarlas. En España la enfermedad es debida a *L infantum*, especie que junto a *L donovani*, forman el complejo *L donovani*.

Modo de transmisión

La transmisión depende de la presencia de un reservorio apropiado, un vector adecuado y una población susceptible.

En nuestro medio el vector responsable de la transmisión es un díptero del género *Phlebotomo*, produciéndose ésta por picadura de la hembra de un flebotomo hematófago. El ciclo de la transmisión se inicia cuando la hembra del flebotomo succiona sangre de un vertebrado en la que se encuentran amastigotes de *Leishmania*. Éstos se multiplican y transforman en promastigotes en el tubo digestivo del mosquito. Los promastigotes pasan a la probóscide del insecto para su posterior inoculación a otro hospedador. Este ciclo dura de 4 a 20 días.

Cuando el insecto pica en la piel (intradérmica) de un vertebrado, inocula los promastigotes que son fagocitados por los macrófagos del tejido conectivo y en el interior de los lisosomas de éstos se produce la transformación a amastigote y su multiplicación posterior. En la transformación de promastigote a amastigote influyen varios factores, siendo los más importantes la temperatura (35° C) y el pH. Los amastigotes se replican en los macrófagos y los destruyen, e infectan progresivamente un número siempre mayor de fagocitos. La diseminación del parásito en el organismo del hospedador y el desarrollo de la enfermedad dependen del tipo y de la eficiencia de la respuesta inmunitaria del hospedador infectado. Sólo las hembras de flebotomo se alimentan de sangre, y por tanto son las únicas transmisoras de la enfermedad.

Las especies de flebotomos responsables en España son *P. perniciosus* y *P. ariasi*. Los flebotomos ponen los huevos en lugares arenosos, en penumbra, húmedos, con temperatura constante y ricos en materia orgánica (madrigueras, huecos de los árboles, leñeras, vertederos. Requieren para su desarrollo temperaturas en torno a los 20 - 25° C y humedades relativas superiores al 90%. Su período de actividad de la fase adulta va de mayo a octubre, pudiendo variar en función de las condiciones climáticas locales existente. *P. perniciosus* presenta dos máximas de densidad de población en los meses de julio y septiembre. Su máxima actividad es crepuscular y nocturna, siempre que las temperaturas superen los 16-18°C y la lluvia y el viento no estén presentes. Poseen un marcado fototropismo. Es típico su vuelo silente y limitado en su alcance a menos de 2 Km.

El área de distribución de la leishmaniasis está condicionada no solo por la presencia del flebotomo sino por su abundancia y por su afinidad. Por debajo de ciertos límites de densidad de población de los vectores no se mantiene la transmisión. De la misma manera existe una apetencia del flebotomo por algunas especies de mamíferos.

Se han descrito otras vías de transmisión, de forma muy ocasional, como percutánea, vertical y por transfusión sanguínea.

Reservorio

La leishmaniasis es una zoonosis pues habitualmente el reservorio es un animal, sin embargo en algunos casos es una antropozoonosis (transmisión persona a persona mediada por un vector). Se ha descrito la transmisión del parásito entre inmunodeprimidos usuarios de drogas por vía parenteral que comparten jeringuillas o por trasfusión de sangre.

El reservorio más conocido en nuestro país es el perro, se ha descrito el importante papel que juegan otros canidos, gatos, roedores y otras especies silvestres.

Las personas se comportan como reservorios principal en dos formas de la enfermedad: la leishmaniasis visceral causada por *L. donovani* y la leishmaniasis cutánea causada por *L. tropica*. Los seres humanos también han desempeñado un papel como reservorio en algunos brotes causados por *L. braziliensis*, *L. guyanensis* y *L. panamensis*. No está muy claro el papel de las personas infectadas asintomáticas en el ciclo de transmisión.

Los pacientes coinfectados por el VIH son conocidos por ser altamente infecciosos para los mosquitos ya que presentan una alta carga parasitaria y pueden desempeñar un importante papel en la transmisión en algunas áreas de las formas de leishmaniasis causada por *L. donovani* y *L. infantum*, por lo que los casos deben ser activamente buscados y tratados. Lo mismo puede decirse de las formas recurrentes de leishmaniasis cutánea causada por *L. tropica*. Además, es posible que los seres humanos actúen como fuentes de infección humana con *L. major* y en leishmaniasis cutánea causada por *L. infantum*, debido a la naturaleza persistente de la lesiones.

En un único foco pueden coexistir varias especies de *Leishmania*, produciendo formas clínicas aparentemente idénticas pero producidas en diferentes ciclos epidemiológicos. Esto pone de relieve la necesidad de la identificación exacta de los parásitos.

Período de incubación

En la leishmaniasis cutánea es de 1 semana a varios meses y en la visceral es de 2 a 4 meses, aunque puede oscilar entre diez días y dos años.

Periodo de transmisibilidad

No hay transmisión directa entre personas sin embargo hay un ciclo antroponótico mediado por el vector. Para los vectores la infecciosidad persiste mientras haya parásitos en las lesiones. En los casos no tratados puede haber parásitos en las lesiones hasta dos años, aunque la tasa de curación varía según la especie y por lo tanto posibilidad de infección.

Susceptibilidad/inmunidad

La susceptibilidad al desarrollo de la enfermedad depende de las condiciones de las personas afectadas, y varía dependiendo de las áreas endémicas y de la especie de *Leishmania* implicada. Se calcula que en Etiopía hay 6 casos asintomáticos por cada caso clínico de leishmaniasis visceral, en Brasil hay entre 8 y 18 individuos asintomáticos por cada uno sintomático, mientras que en España se calcula que hay 50 casos sin clínica por cada uno con clínica de leishmaniasis visceral. Debido al importante papel que juega la inmunidad celular en la protección frente a *leishmania* son las personas con inmunodeficiencias (tratamientos inmunosupresores, neoplasias hematológicas, enfermedades

autoinmunes y seropositivos para el VIH), y los niños los que con mayor frecuencia desarrollan la enfermedad.

Puede quedar inmunidad permanente después de curar las lesiones *L. tropica* o *L. major* pero se desconoce si protegen frente a otras especies.

Meses o años después de la infección primaria con *Leishmania* y haber padecido leishmaniasis visceral pueden producirse reactivaciones, los factores que las desencadenan parecen ser nutricionales e inmunogenéticos, en estos casos con implicaciones dermatológicas y que se denomina leishmaniasis dérmica post kala-azar (PKDL según las siglas del nombre en inglés)

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Conocer y describir el patrón de presentación de la leishmaniasis en la población.
2. Detectar precozmente los casos con el fin de tomar las medidas de control que eviten la propagación de la enfermedad al tratarse de una enfermedad con posibilidad de difusión a aéreas indemnes.

Definición de caso

Criterio clínico

- *Leishmaniasis Cutánea:*

Aparición de una o más lesiones en zonas no cubiertas del cuerpo. La cara, cuello, brazos y piernas son las zonas más frecuentemente afectadas. En el punto de inoculación aparece un nódulo, que puede aumentar de tamaño para convertirse en una úlcera no dolorosa. A veces permanece así por un tiempo variable antes de curarse espontáneamente dejando una cicatriz deprimida.

- *Leishmaniasis Mucocutánea:*

Afectación de mucosas por diseminación de la forma cutánea. Ciertas cepas pueden diseminarse en mucosas y causar lesiones deformantes al implicar la destrucción de los tejidos nasofaríngeos.

- *Leishmaniasis Visceral:*

Los principales síntomas son: fiebre irregular prolongada, esplenomegalia y pérdida de peso. Más tarde aparece una hepatomegalia moderada, adenopatías en regiones inguinal y cervical, leucopenia, anemia y trombocitopenia.

Criterio de laboratorio

- *Criterio de laboratorio leishmaniasis cutánea y cutáneo-mucosa:*

- Visualización del parásito (parasitología positiva por tinción, cultivo de la lesión,
ó
- Detección del ADN del parásito (PCR) en sangre.

Los test serológicos no suelen ser útiles para leishmaniasis cutánea debido a que los niveles de anticuerpos son indetectables o muy bajos. Solamente para leishmaniasis mucocutánea se puede admitir como diagnóstico la serología positiva (IFAT, ELISA)

- *Criterio de laboratorio leishmaniasis visceral*

- Parasitología positiva (frotis teñidos de la médula ósea, el bazo, el hígado, los ganglios linfáticos, la sangre o el cultivo del microorganismo de una biopsia o aspirado)
- Serología positiva (IFAT, ELISA, inmunocromatografía rK39, prueba de aglutinación directa)*.
- Detección de ADN del parásito por PCR,

Todas las pruebas serológicas tienen dos limitaciones: primero los anticuerpos, específicos siguen siendo detectables hasta varios años después de la curación. Por lo tanto, en las recaídas el diagnóstico serológico no es fiable, en segundo lugar, una proporción significativa de las personas sanas que viven en zonas endémicas, sin antecedentes de leishmaniasis visceral son positivos para anticuerpos antileishmania debido a infecciones asintomáticas. Por lo tanto el diagnóstico serológico siempre debe ser utilizado combinándolo con la definición de caso clínico de leishmaniasis visceral

La inmunocromatografía con antígeno rK39 es un test rápido para realizar en el campo y que puede tener valor pronóstico.

Criterio epidemiológico

Al menos una de las relaciones epidemiológicas siguientes:

- Antecedente de contacto con perros infectados.
- Usuario de drogas vía parenteral SIDA/VIH+

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: No procede

Caso probable: Persona que cumple los criterios clínicos y existe vínculo epidemiológico.

Caso confirmado: Persona que cumple los criterios clínicos de definición de caso y los criterios de laboratorio.

DEFINICION DE ALERTA

Se define alerta por brote cuando se producen dos o más casos de Leishmaniasis que tengan una relación epidemiológica.

MODO DE VIGILANCIA

Según la Orden de 11 de diciembre de 2008, un caso de esta enfermedad se considera de declaración ordinaria.

Notificación de alerta por brote o cluster.

La sospecha de alerta se debe investigar y comunicar de manera urgente a SVEA.

En días laborables, en horario de 8:00 a 15:00 horas si la detección de la sospecha de la alerta se produce en Atención primaria la notificación se efectuará a Epidemiología de Atención Primaria (EAP) del Distrito Sanitario o Área de Gestión Sanitaria, mediante teléfono. Si se produce en Atención Hospitalaria se realizará a Medicina Preventiva (MP), que contactará telefónicamente con EAP del

Distrito Sanitario correspondiente. EAP o MP grabarán la ficha correspondiente en la aplicación RedAlerta con los datos disponibles, e informarán vía telefónica a la Delegación Provincial, Sección de Epidemiología.

- Desde EAP se pondrán en contacto con el Centro de Salud correspondiente.
- La Sección de Epidemiología de la Delegación, tras comunicarlo al Jefe de Servicio, valorará la necesidad de comunicarlo a otra unidad de la Delegación, u otros organismos, según características y magnitud de la alerta.

Entre las 15.00 y las 8:00 horas del día siguiente, los fines de semana y festivos, la comunicación se realizará:

- A la EPES, utilizando el número de teléfono **902.220.061**.
- La EPES avisará a través del teléfono provincial de alerta a epidemiología, que grabará el caso en la aplicación redalerta y lo comunicará, si procede, al teléfono central de alertas.

El SESL notificará únicamente los casos confirmados al CNE, de forma individualizada enviando la información del conjunto de variables establecido con, al menos, una periodicidad mensual. La información se consolidará anualmente. En caso de alerta por brote, la unidad de SVEA correspondiente adjuntará en la ficha de *redalerta* el informe final del brote dentro de los 40 días desde la fecha de aparición de la alerta y en todo caso antes de los 60 días. Desde el SESL, se remitirá este informe al CNE en un máximo de tres meses tras finalizar su investigación. Si se sospecha interés supracomunitario, se informará de forma urgente.

La declaración de alerta por brote complementa pero no sustituye la declaración individualizada de cada caso.

El RD 1940/2004, transposición de la Directiva 2003/99/CE, sobre la vigilancia de las zoonosis y los agentes zoonóticos, contempla la vigilancia de esta zoonosis y la integración de la información de las distintas fuentes humanas, animales y alimentarias, disponiendo la realización de un informe anual de fuentes y tendencias de las zoonosis. El informe será realizado por los órganos y organismos competentes de la Administración General del Estado, que realizarán conjuntamente el análisis de los datos e información recibida de las comunidades autónomas y cualesquiera otras fuentes. Así mismo, cuando se identifique la fuente de infección, por tratarse de una zoonosis, también se notificará a las autoridades de agricultura correspondientes.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Organización de recursos

Toda declaración de alerta por brote implica una intervención inmediata.

Tras la sospecha de alerta, el EAP, Epidemiología de distrito o Epidemiología en el Equipo de Alerta Provincial deben iniciar la intervención, que se detallan en el punto posterior.

Desde la Delegación Provincial se garantizará la realización de la intervención por las unidades implicadas.

Medidas generales

Se trata de una enfermedad de importancia en salud pública en España al ser endémica en algunas zonas. Su control se basa en la detección precoz, el tratamiento de los casos y el control de los reservorios y vectores.

- Actuaciones sobre el reservorio:

Control en los perros protegiéndolos de picaduras de mosquitos mediante el uso de lociones insecticidas repelentes o collares impregnados con insecticidas. Evitar que el perro duerma al aire libre durante las principales horas de actividad de los mosquitos flebotomos. Se recomienda, por tanto, que pasen la noche en el interior de locales, garajes, etc. Debidamente protegidos mediante redes mosquiteras. El uso de insecticidas tópicos en los perros domésticos ha reducido la incidencia de la leishmaniasis visceral canina y humana.

La infección en los perros deben ser controlada mediante serologías periódicas, y los perros infectados deben ser eliminados o puestos en tratamiento. Los perros asilvestrados y vagabundos deben ser controlados. El tratamiento en los perros no es muy eficaz. En muchos casos los perros vuelven a ser infectivos algún tiempo después. El control de la infección en los perros se realiza sobre todo para evitar la leishmaniasis canina. Sin embargo este control canino no evita del todo la posibilidad de infección debido a la presencia de reservorios animales salvajes.

En la actualidad está disponible la vacuna "Canileish" específica para leishmaniasis canina. Canileish está licenciada en Europa por la compañía Virbac y se ha comenzado a comercializar muy recientemente por lo que aun no hay datos sobre su impacto en el reservorio. La información técnica de "Canileish" indica que la vacunación evita el desarrollo de la clínica después de la infección en un 80% de los perros vacunados en condiciones de alta transmisión del parásito.

- Actuaciones sobre el vector:

Las medidas irán encaminadas a evitar en lo posible el desarrollo de mosquitos mediante la utilización de sistema de control de insectos. Debería determinarse el ciclo de transmisión local e interrumpirlo de la manera más práctica posible con la aplicación periódica de insecticidas de acción residual. Las medidas recomendadas incluyen la pulverización de insecticidas de acción residual en el interior y fuera de las casas (preferentemente no químicos), en zonas rurales endémicas la instalación de telas mosquiteras etc. al comienzo de la temporada de actividad para los flebotomos.

BIBLIOGRAFÍA

- Dujardin, JC; Campino L, Cañavate C, Dedet JP, Gradoni L, et al. Spread of Vector-borne Diseases and Neglect of Leishmaniasis, Europe. *Emerging Infectious Diseases* • www.cdc.gov/eid • Vol. 14, No. 7, July 2008
- Gil-Prieto R , Walter S, Alvar J, Gil de Miguel A. Epidemiology of Leishmaniasis in Spain Based on Hospitalization Records (1997–2008). *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 85(5), 2011, pp. 820–825
- Heymann, David L.ed. *Control of Communicable Diseases Manual* 19 th Edition 2008, 340-347
- Martín-Sánchez J, Morales-Yuste M, Acedo-Sanchez C, Baron S, Diaz V, Morillas-Marquez F. Canine Leishmaniasis in southeastern Spain. *Emerg Infect Dis.* 2009; 15:795-8.
- OPS definición de caso de leishmaniasis cutánea y visceral. [Boletín Epidemiológico, Vol. 23 No. 3, septiembre 2002.](http://www.paho.org/spanish/sha/be_v23n3-cover.htm)
http://www.paho.org/spanish/sha/be_v23n3-cover.htm
- Ready PD. Leishmaniasis emergence in Europe. *Euro Surveill.* 2010;15(10):pii=19505
- Ready P.D. Leishmaniasis emergence and climate change. In: S de la Roque, editor. *Climate change: the impact on the epidemiology and control of animal diseases.* *Rev Sci Tech Off Int Epiz.* 2008;27(2):399-412.
- Stanley M. Lemon, P. Frederick Sparling, Margaret A. Hamburg, David A. Relman, Eileen R. Choffnes, and Alison Mack. M. Lemon, VECTOR-BORNE DISEASES. *Understanding the Environmental, Human Health, and Ecological Connections.* *En Forum on Microbial Threats.* THE NATIONAL ACADEMIES PRESS Washington, D.C. 2008.
- WHO. Control of the leishmaniasis: report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniasis, 2010 WHO technical report series ; no. 949 Geneva.
http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_949_eng.pdf
- ORDEN de 11 de diciembre de 2008, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria.

ANEXO. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS¹

DATOS PERSONALES Y DE LA DECLARACION

ID caso redalerta: ID brote redalerta:

Apellidos: Nombre:

Edad:años ó meses

Domicilio: Localidad:

TLF. : Sexo: V M

País de origen _____ (país donde ha nacido o de donde procede)

Persona que realiza la encuesta: TLF:

DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

Fecha de inicio de los primeros síntomas: __/__/____

Presentación clínica	SI	NO	Desc
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esplenomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adenopatías inguinal y/o cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trombocitopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tipo de leishmaniasis: Visceral Cutánea Mixta

Ingreso en hospital: SI NO Desconocido

Defunción Sí No Desconocido

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de diagnóstico parasitológico: __/__/____

Primer resultado positivo de caso	SI	NO	Desconocido
• Visualización del parásito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Cultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Tinción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ A efectos de investigación.

Especificar muestra _____

• **Serología positiva**

Especificar técnica _____ **Título** _____

▪ **PCR positiva**

DATOS SOBRE EL RIESGO

Factores predisponentes personales	SI	NO	Desconocido
Enfermedad inmunosupresora o tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedente de adicción a drogas por vía parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedente de transfusión o trasplante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antecedentes de exposición (hasta 2 años antes de comienzo de síntomas)

Exposición a flebótomos SI NO Desconocido

Lugar: _____ fecha ___/___/___

Exposición a perros infectados SI NO Desconocido

Lugar: _____

Especificar en caso afirmativo:

Perro con leishmaniasis SI NO Desconocido

Exposición a otros animales infectados SI NO Desconocido

Lugar: _____

Especie _____

Especificar en caso afirmativo

Animal con leishmaniasis SI NO Desconocido

Si conoce algún caso diagnosticado recientemente de leishmaniasis humana o animal en el entorno:

Sí No Desconocido

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso: Probable Confirmado

Criterio clínico: Sí No Desconocido

Criterio epidemiológico: Sí No Desconocido

Criterio de laboratorio: Sí No Desconocido

Importado²: Sí No Desconocido

Asociado a brote: Sí No Desconocido Identificador del brote: _____

² En función del país probable de exposición del caso