



Ministerio  
de Salud

Centro Nacional de Epidemiología,  
Prevención y Control de  
Enfermedades



## ENFERMEDAD DE LEISHMANIASIS

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA



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

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

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

### I. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: (Distrito, Provincia, Departamento) \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

#### Residencia habitual:

Dirección: Av. / Jr. / Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Mz \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

### II. ANTECEDENTE EPIDEMIOLÓGICO

#### Lugar de contagio

Localidad: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

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

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

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

### III. DATOS CLÍNICOS

Síntomas: Dolor en la lesión ( ) Fiebre ( ) Prurito local ( ) Tupidez nasal ( ) Disfonía leve ( ) Disfonía moderada ( ) Disfonía grave ( )

Dificultad respiratoria leve ( ) Dificultad respiratoria moderada ( ) Dificultad respiratoria severa ( ) Tos ( ) Pérdida de peso ( )

**Antecedente de otras enfermedades:** TBC ( ) VIH ( ) Enf. De Chagas ( ) Otras: Especificar \_\_\_\_\_

Alergia medicinas: **SI** **NO** ☐ \_\_\_\_\_

Fecha de última regla: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MAC usado: \_\_\_\_\_

Medicinas usadas actualmente: \_\_\_\_\_

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

# de Cicatrices:

#	FECHA DE INICIO	TIPO	LOCALIZACION	GANGLIOS SI/NO	INFECCIÓN SI/NO	DIAMETROS (mm)	SUPERFICIE (MM2)

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

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

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



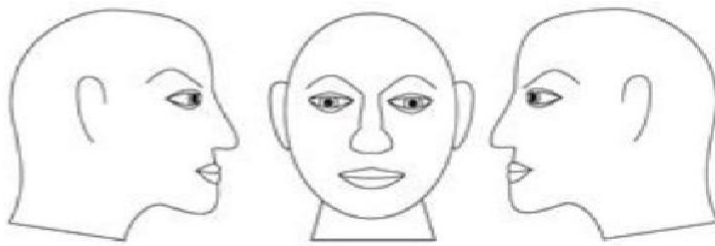
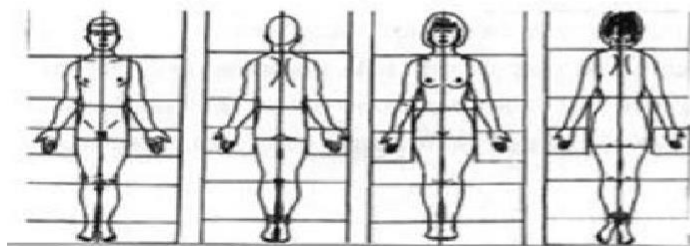
PERÚ

Ministerio  
de Salud

Centro Nacional de Epidemiología,  
Prevención y Control de

## ENFERMEDAD DE LEISHMANIASIS

MARCAR Y NUMERAR LAS LESIONES

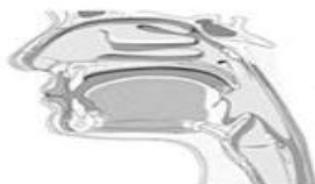


ENFERMEDAD MUCOSA SI ( )

NO ( ) Fecha de inicio de síntomas

Tiempo años

Meses



### COMPROMISO DE ESTRUCTURAS

**Compromiso**

**o**

**Erit**

**Edema**

**Inf**

**Ulc**

N° de lesiones y  
características

#### Nariz

Narinas

1/3 anterior

Septo Nasal

Cornetes

#### Boca

Labios

Arcada

Paladar

Uvula

Faringe

Epiglotis

Cuerdas vocales

Otros

#### Signos leishmaniasis visceral

Hepatomegalia

Esplenomegalia

Adenomegalia

Anemia

Pérdida de peso

Anorexia

Adenopatías

Epistaxis

Hemorragia gingival

Debilidad progresiva

desnutricion

edema

Alteraciones de la piel

Ascitis

### VI. PRUEBAS DE LABORATORIO

FROTIS DIRECTO		CULTIVO			HISTOPATOLOGIA			IDR		ELISA		PCR
FECHA	RESULT	FECHA	TIPO	RESULT	FECHA	TIPO	RESULT	FECHA	RESULT	FECHA	RESULT	

#### DIAGNOSTICO

LEISHMANIA CUTANEA

LEISHMANIA MUCOSA

LEISHMANIA VISCERAL

Primer episodio

Reinfección

Recai

Falla al tratam.

Trat. adecuado

Trat.Inadec.

Ficha llenada por: médico ( )

Otros :

enfermera ( ) Otros profes. Salud ( ) Téc. Enfermería ( )

Especificar:

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Correo electrónico: [notificacion@dge.gob.pe](mailto:notificacion@dge.gob.pe) Teléfono 01-6314500

Calle Daniel Olavechea N° 199 Jesús María Lima 11

Dirección electrónica: <http://www.dge.gob.pe>

INFOSALUD 0800-10828