



Gobernación de

# Casanare

[www.casanare.gov.co](http://www.casanare.gov.co)



# Programa de Leishmaniasis

Mónica Alexandra Orozco Cruz  
Profesional de Apoyo Parasitología  
Laboratorio Salud Pública Casanare  
[parasitologia1lspcasanare@Gmail.com](mailto:parasitologia1lspcasanare@Gmail.com)  
Celular: 3115101755

[www.casanare.gov.co](http://www.casanare.gov.co)



# Generalidades

- Las Leishmaniasis es una zoonosis que afectan la piel, las mucosas y las vísceras
- Agente etiológico: *Leishmania* sp  
Parásito protozoario pertenecientes a la familia Trypanosomatidae, género *Leishmania*
- Vector es insecto flebotomíneo hembra, que pertenece al género *Lutzomyia*



# Generalidades

- **Modo de Transmisión:** Todas las leishmaniasis comienzan con la picadura de un flebotomíneo vector (*Lutzomyia*) infectado con la forma de promastigote del parásito; estas picaduras ocurren en sitios expuestos y dejan pequeñas pápulas rojas



# Generalidades

- **Periodo de Incubación:**

- ✓ Leishmaniasis cutánea: fluctúa entre 3 semanas y 6 meses
- ✓ Leishmaniasis mucosa: las lesiones mucosas pueden presentarse simultáneamente con la lesión primaria en piel (leishmaniasis mucocutánea)
- ✓ Leishmaniasis visceral: el período de incubación es muy variable y puede ir de 3 a 8 meses



# Formas Clínicas de la Enfermedad

**Leishmaniasis cutánea:** Las lesiones se inician como pápulas que se convierten gradualmente en pequeños nódulos firmes que se van ulcerando gradualmente.

Las úlceras típicas son redondeadas, con un fondo limpio de aspecto granular y bordes elevados y eritematosos, que usualmente son indoloras.



# Formas Clínicas de la Enfermedad

**Leishmaniasis mucosa:** Presenta lesiones en mucosa nasal, faringe, laringe, paladar o labio. Al examen físico se puede encontrar eritema y edema, y en estados más avanzados, ulceración, perforación y destrucción de tabique y mutilaciones. Los síntomas específicos son congestión, obstrucción nasal, prurito y epistaxis



# Formas Clínicas de la Enfermedad

**Leishmaniasis visceral:** Al picar el flebótomo el parásito invade las células del sistema retículo – histiocitario, se reproduce y se disemina por vía linfática o sanguínea hasta los macrófagos de médula ósea, hígado y bazo.





# Definición de Caso

- Caso confirmado de leishmaniasis cutánea

Paciente con lesiones cutáneas procedente de áreas endémicas que cumpla con tres o más de los siguientes criterios: sin historia de trauma, evolución mayor de dos semanas, úlceras, lesiones nodulares, lesiones satélites o adenopatía localizada en quien se demuestra por métodos parasitológicos, histopatológicos o moleculares, parásitos del género *Leishmania*.

# Definición de Caso

- Caso confirmado de leishmaniasis mucosa

Paciente procedente de área endémica con lesiones en mucosa de nariz u orofaringe que puede presentar una o más de las siguientes criterios: cicatrices o lesiones cutáneas compatibles con leishmaniasis, signos de acuerdo con los de la descripción clínica (Lesiones vegetantes, deformantes o ulcerativas de mucosa nasal, oral, faringe, labios, ojos, paladar y genitales.

Eritema, edema o ulceración o perforación del tabique nasal.

Cicatriz de lesión por leishmaniasis cutánea) y reacción de Montenegro positiva.

Confirmación mediante histología, métodos parasitológicos o prueba de inmunofluorescencia indirecta (IFI) con títulos mayores o iguales a 1:16.

# Definición de Caso

- Caso probable de leishmaniasis visceral

Paciente procedente o no de área endémica, con fiebre de siete o más días de duración, con esplenomegalia y /o hepatomegalia asociada a por lo menos una citopenia; anemia, leucopenia o trombocitopenia.



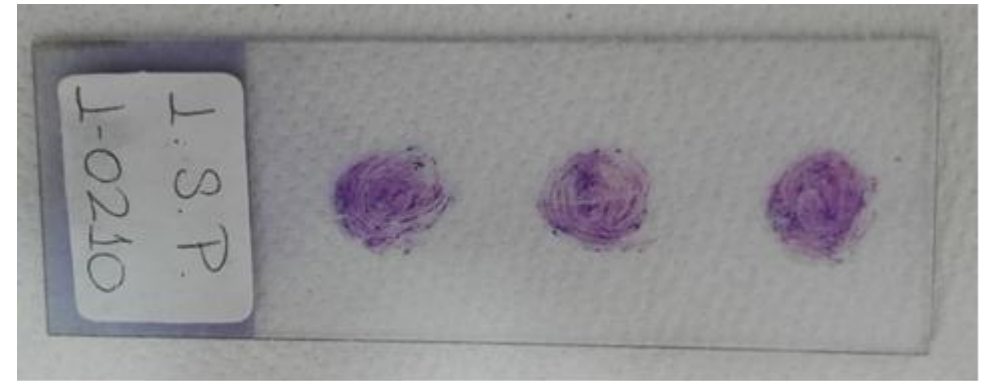
# Definición de Caso

- Caso confirmado de leishmaniasis visceral

Caso con prueba de antígeno rK39 Positiva o caso confirmado parasitológicamente a partir de aspirado de médula ósea o de bazo y/o prueba de Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) reactiva (positiva), con títulos de anticuerpos IgG anti Leishmania iguales o mayores a 1:32.



Toma, coloración,  
lectura y reporte  
del EXAMEN DIRECTO  
para identificación de  
*Leishmania spp.*





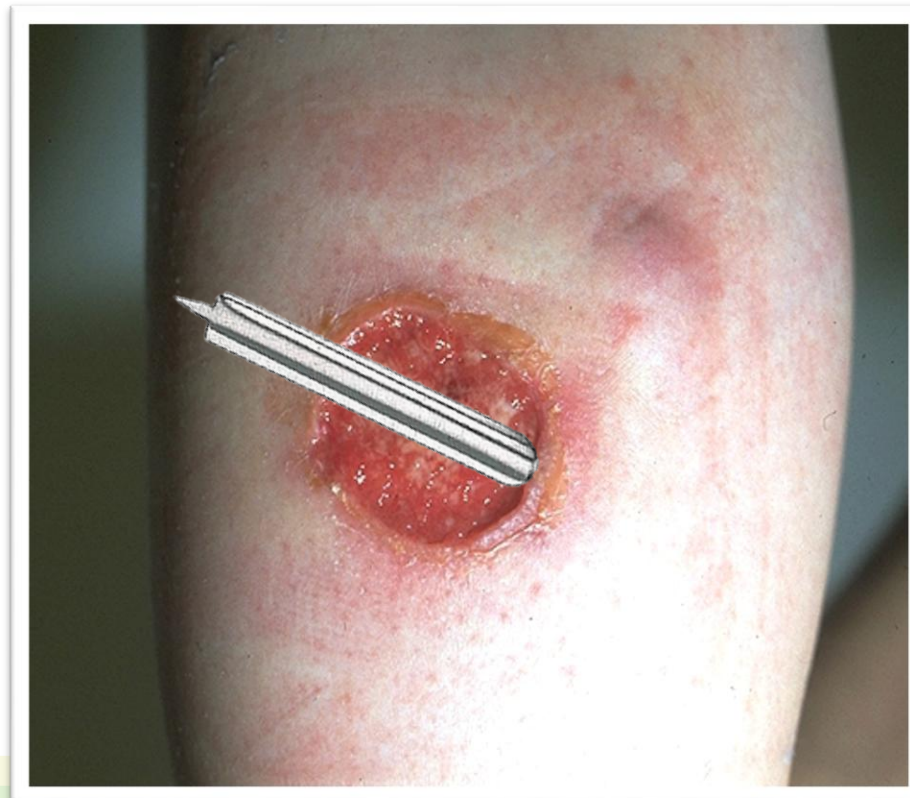
# Examen Directo

## TOMA DE MUESTRA

- Si la úlcera presenta signos de sobre-infección bacteriana, se debe administrar tratamiento antibiótico por 5 días previo al examen directo.
- Si existen 2 o más lesiones, debe escogerse la que tenga menor tiempo de evolución.
- Para la limpieza de la lesión NO se debe utilizar solución yodada, ya que puede interferir en la lectura del examen.

## - RASPADO DEL BORDE INTERNO DE LA ÚLCERA.

Sobre la cara interna del borde de la úlcera se realiza raspado con el borde romo de una lanceta o de una hoja de bisturí, presionando el sitio de la lesión hasta hacer isquemia.



## - INCISIÓN Y RASPADO DEL BORDE ACTIVO DE LA LESIÓN.

Incisión de 3-6 mm de longitud x 1-3 mm de profundidad y raspado del borde activo de la lesión, previa infiltración de 0.1-0.2 mL de xilocaína, presionando con los dedos para lograr isquemia. Luego se toma la muestra por raspado.





# Examen Directo

## COLORACIÓN

- Deje secar las muestras a temperatura ambiente.
- Fije con metanol y deje secar.
- Tiña las láminas con colorante de Giemsa, Wright o Field.

(Tiempo y concentración estandarizados al iniciar el lote).





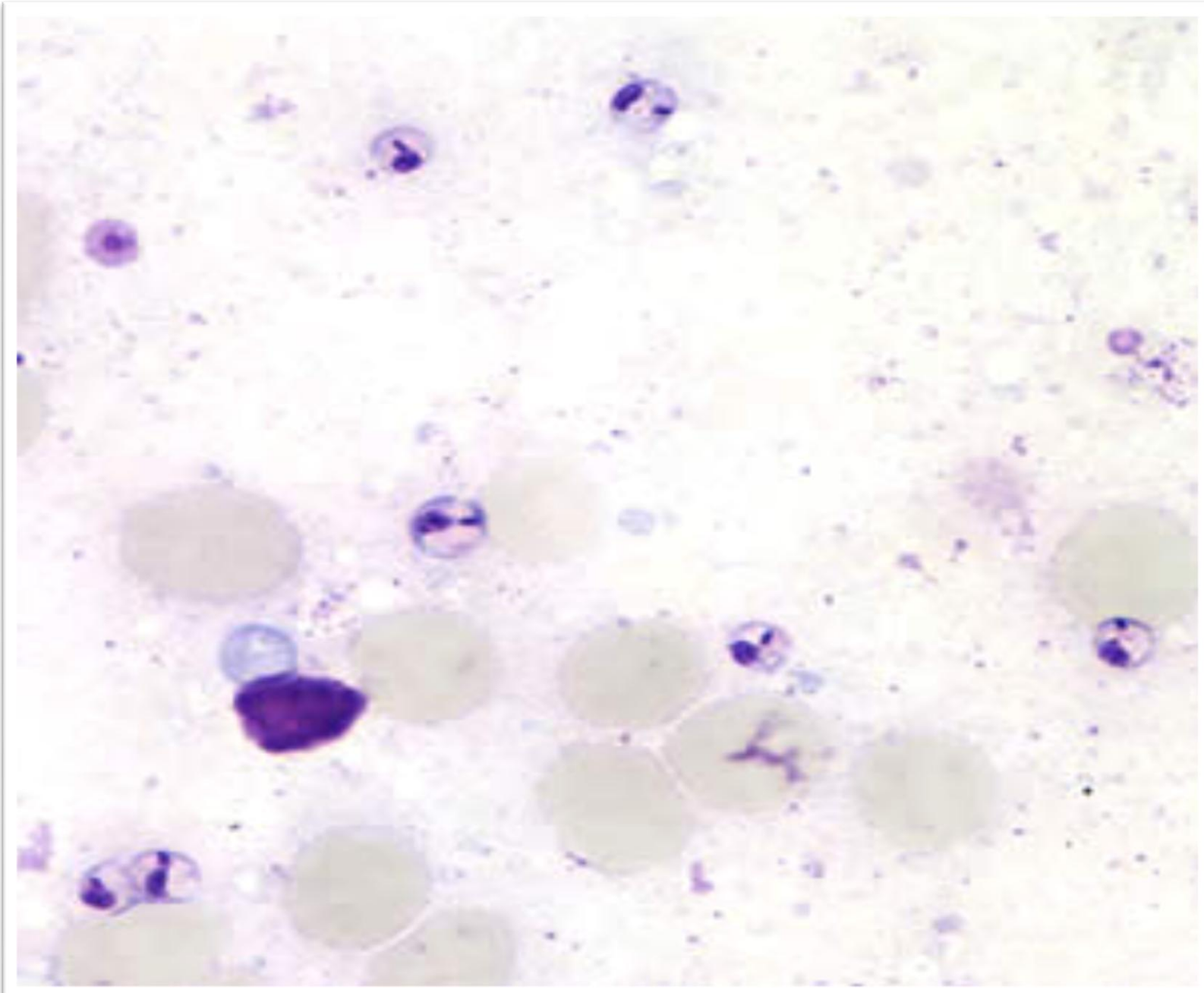
# Examen Directo

## LECTURA

Observe al microscopio con objetivo de 100X, para buscar los amastigotes que pueden encontrarse intra o extra celularmente.

Para identificar un amastigote deben observarse formas ovaladas o redondeadas y distinguirse claramente sus estructuras celulares : Membrana, Citoplasma, Núcleo y Cinetoplasto.



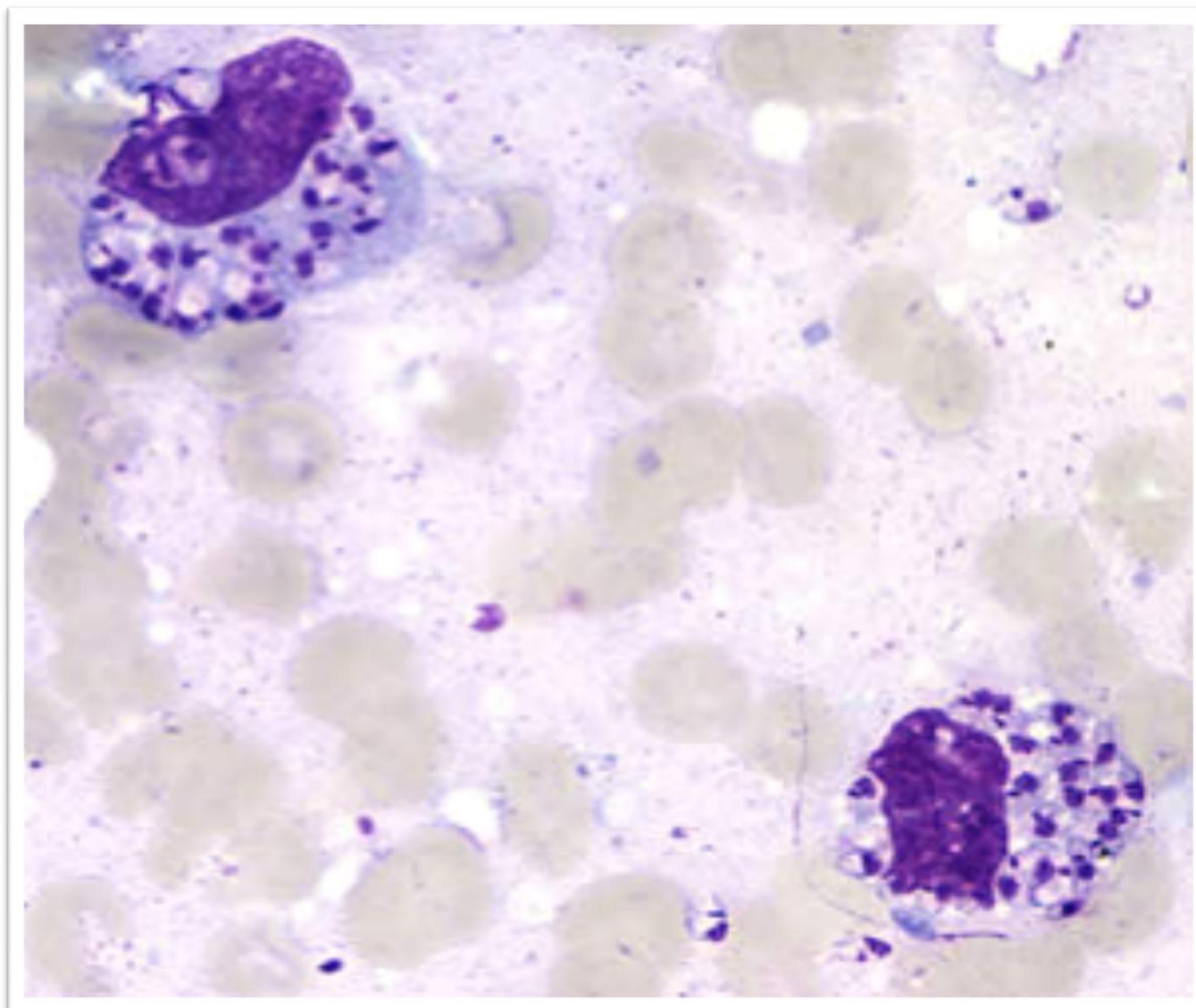


[www.casanare.gov.co](http://www.casanare.gov.co)



LEISHMANIA





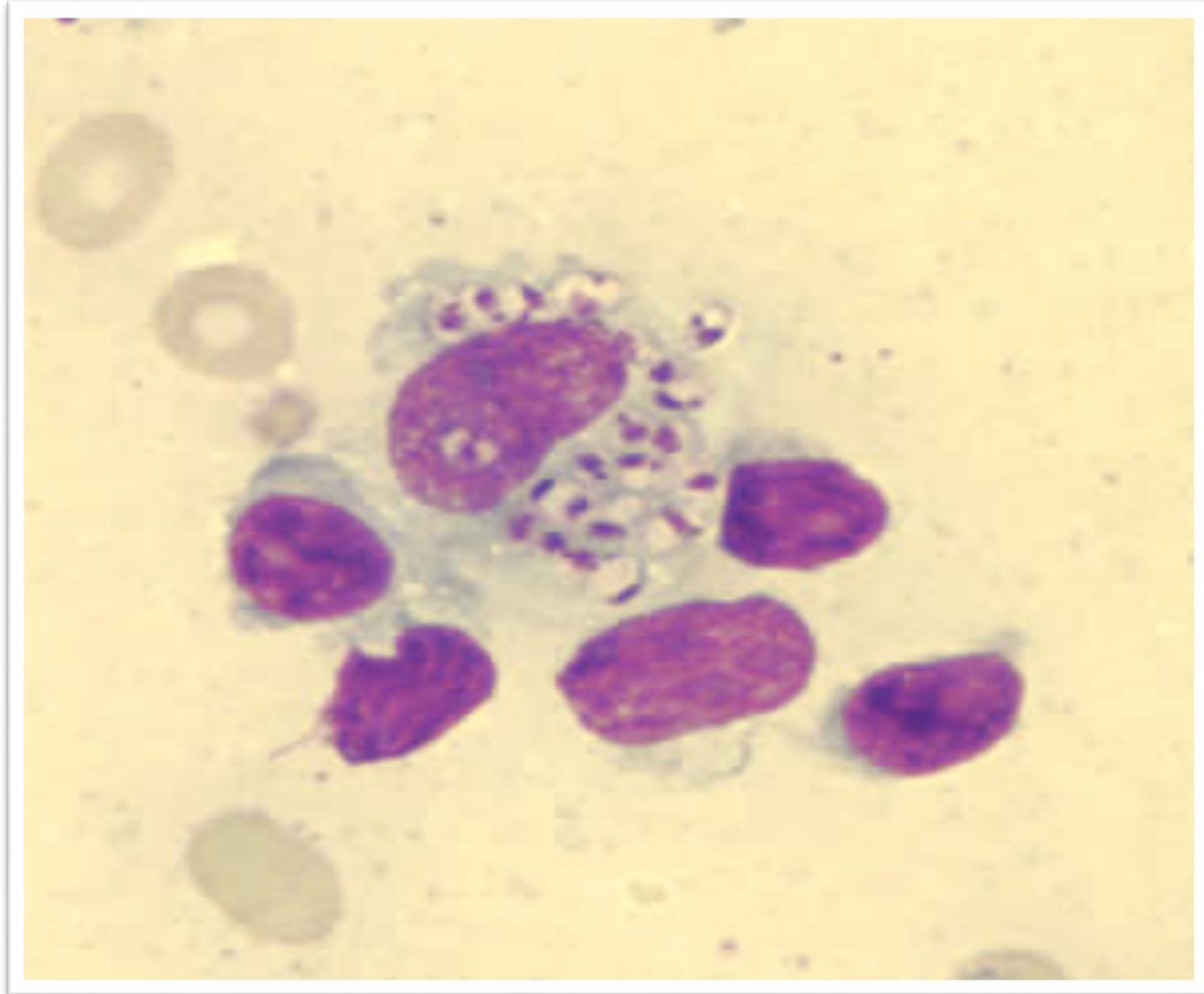
[www.casanare.gov.co](http://www.casanare.gov.co)



LEISHMANIA





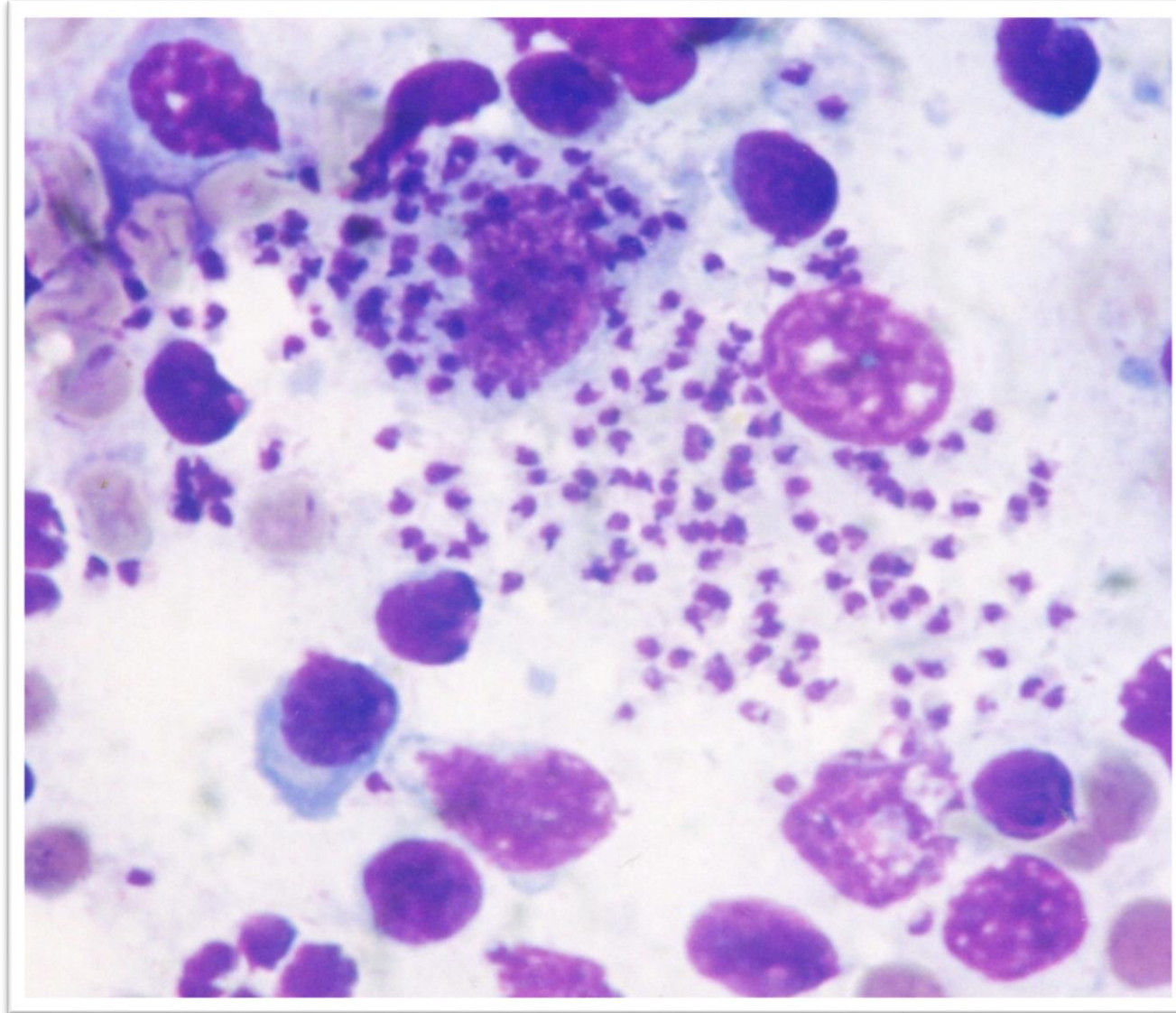


[www.casanare.gov.co](http://www.casanare.gov.co)



LEISHMANIA





[www.casanare.gov.co](http://www.casanare.gov.co)



LEISHMANIA





# Examen Directo

## INTERPRETACIÓN

Positivo: Cuando se encuentran uno o más amastigotes al recorrer toda la lámina.

Negativo: Cuando no se encuentran amastigotes al recorrer toda la lámina.

## REPORTE

POSITIVO. Se observan amastigotes de *Leishmania sp.*

NEGATIVO. No se observan amastigotes de *Leishmania sp.*

«Un Examen Directo POSITIVO confirma una leishmaniasis, pero uno NEGATIVO NO la descarta»

**Datos básicos**

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1373/09 y 1296/09

1. INFORMACIÓN GENERAL		REG-R02.0000-001 V.06 AÑO 2016	
1.1 Código de la UPGD [ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ] <small>Departamento Municipio Código Sub-Índice</small>		Razón social de la unidad primaria generadora del dato	
1.2 Nombre del evento		Código del evento [ ][ ]	1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1 Tipo de documento <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> MS <input type="radio"/> AS		2.2 Número de identificación	
*RC: REGISTRO CIVIL   TI: TARJETA IDENTIDAD   CC: CÉDULA CIUDADANA   CE: CÉDULA EXTRANJERA   PA: PASAPORTE   MS: MENOR SIN ID   AS: ADULTO SIN ID			
2.3 Nombre y apellidos del paciente			
2.4 Teléfono	2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]	2.6 Edad	2.7 Unidad de medida de la edad <input type="radio"/> 1. Años <input type="radio"/> 2. Días <input type="radio"/> 3. Minutos <input type="radio"/> 4. Meses <input type="radio"/> 5. Horas <input type="radio"/> 6. No aplica
2.8 Sexo <input type="radio"/> M. Masculino <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Femenino		2.8 Sexo	
2.9 País de ocurrencia del caso [ ][ ][ ][ ] <small>Código</small>		2.10 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia Departamento: [ ][ ] Municipio: [ ][ ][ ]	2.11 Área de ocurrencia del caso <input type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 3. Rural disperso <input type="radio"/> 2. Centro poblado
2.12 Localidad de ocurrencia del caso [ ][ ][ ][ ] <small>Código</small>	2.13 Barrio de ocurrencia del caso [ ][ ][ ][ ] <small>Código</small>	2.14 Cabecera municipal/centro poblacional disperso	2.15 Veredadera
2.16 Ocupación del paciente [ ][ ][ ][ ] <small>Código</small>		2.17 Tipo de régimen en salud <input type="radio"/> P. Excepción <input type="radio"/> C. Contributivo <input type="radio"/> N. No Asegurado <input type="radio"/> E. Especial <input type="radio"/> S. Subsidado <input type="radio"/> I. Indeterminado/pendiente	2.18 Nombre de la administradora de Planos de beneficio [ ][ ][ ][ ][ ][ ] <small>Código</small>
2.19 Pertenencia étnica <input type="radio"/> 1. Indígena <input type="radio"/> 2. Ron, Gitano <input type="radio"/> 3. Racial <input type="radio"/> 4. Palenquero <input type="radio"/> 5. Negro, mulato afro colombiano <input type="radio"/> 6. Otro			
2.20 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente			
<input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Siguientes <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Protección infantil a cargo del ICSP <input type="checkbox"/> Desmovilizados <input type="checkbox"/> Víctimas de violencia armada <input type="checkbox"/> Desplazados <input type="checkbox"/> Cerebrales <input type="checkbox"/> Indígenas <input type="checkbox"/> Madres comunitarias <input type="checkbox"/> Centros psiquiátricos <input type="checkbox"/> Otros grupos poblacionales			
3. NOTIFICACIÓN			
Código del municipio [ ][ ][ ][ ]		3.1 Departamento y municipios de residencia del paciente	
3.2 Dirección de residencia			
3.3 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa) [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]		3.4 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]	
3.5 Clasificación inicial de caso <input type="radio"/> 1. Sospechoso <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 2. Probable <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 5. Conf. neo epidemiológico		3.6 Hospitalizado <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
3.7 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa) [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]		3.8 Condición final <input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 3. No sabe, no responde	3.9 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa) [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]
3.11 Causa básica de muerte [ ][ ][ ][ ]		3.10 Número certificado de defunción	
3.12 Nombre del profesional que diligenció la ficha		3.13 Teléfono	
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES			
4.1 Seguimiento y clasificación final del caso <input type="radio"/> 0. No aplica <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 6. Describido <input type="radio"/> 7. Desartado por error de digitación <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 5. Conf. neo epidemiológico <input type="radio"/> 7. Otra actualización		4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa) [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]	



# Gracias

[www.casanare.gov.co](http://www.casanare.gov.co)



LEISHMANIA