



## LEISHMANIASIS

Código	Diagnóstico / Actividad
B551	Leishmaniasis Cutánea
B552	Leishmaniasis Mucocutánea
B550	Leishmaniasis Visceral
B559	Leishmaniasis no especificada (Grave)
Y4182	Reacción Adversa a Medicamentos antileishmaniasicos
U2624	Evaluación y entrega de resultados de Leishmaniasis

Código	Diagnóstico / Actividad
U2142	Toma de muestra diagnóstico
U310	Administración de Tratamiento Supervisado
U3111	Administración de Tratamiento Supervisado 1ra. Línea / Fase
U3112	Administración de Tratamiento Supervisado 2da. Línea / Fase

### LOCALIZACION DE CASOS

**Definición Operacional.**- La localización de casos es una actividad estratégica en la prevención y control de la Leishmaniasis, que asociado al tratamiento oportuno previene y reduce la aparición de complicaciones, secuelas y de la mortalidad.

Los recursos y actividades de atención en los servicios de salud deben ser organizados de tal modo que permita diagnosticar oportunamente los casos de Leishmaniasis. Se realizará en todos los establecimientos de la red de servicios de salud y niveles de atención (Puestos, Centros de Salud y Hospitales), a través de la identificación de la persona con lesión sospechosa de Leishmaniasis y se procederá a tomar una muestra de la lesión para frotis, o de ser necesario para cultivo u otro tipo de pruebas, remitiendo las muestras al laboratorio con la solicitud debidamente llenada.

### TOMA DE MUESTRA DE DIAGNÓSTICO

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el tipo de Leishmaniasis
- En el 2º casillero Toma de Muestra de diagnóstico

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque

- En el 1º casillero "P"
- En el 2º casillero "D"

En el ítem: Lab anote

- En el 2º casillero: Registre el tipo de examen
  - **FRT** = Frotis
  - **CTV** = Cultivo
  - **IGM** = Elisa IgM
  - **IGG** = Elisa IgG
  - **IFI** = Inmunofluorescencia Indirecta
  - **MON** = Montenegro (Leishmanina)

#### Toma de muestra diagnóstico con Frotis

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R		B551
	06252348								2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	FRT	U2142
									3.	P	D	R		

#### Toma de muestra diagnóstico con Cultivo

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R		B551
	06252348								2. Toma de muestra diagnóstico	P	D	R	CTV	U2142
									3.	P	D	R		



## EVALUACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS DE MUESTRA DE DIAGNÓSTICO

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el tipo de Leishmaniasis
- En el 2º casillero Evaluación y entrega de resultados de Leishmaniasis

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque “D” en ambos casos

En el ítem, Lab anote:

- En el 1º casillero: Registre el resultado del examen:
  - **RP**=Resultado Positivo
  - **RN**=Resultado Negativo
- En el 2º casillero: Registre el tipo de examen
  - **FRT** = Frotis
  - **CTV** = Cultivo
  - **IGM** = Seroconversión IgM
  - **IGG** = Seroconversión IgG
  - **IFI** = Inmunofluorescencia Indirecta
  - **MON** = Montenegro (Leishmanina)

### SI EL RESULTADO ES POSITIVO

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	<del>D</del>	R	RP	B551
	06252348								2. Evaluación y entrega de resultado de Leishmaniasis	P	<del>D</del>	R	FRT	U2624
									3. Administración de tratamiento 1º línea	P	<del>D</del>	R	1	U3111

### SI EL RESULTADO ES NEGATIVO

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	<del>P</del>	D	R	RN	B551
	06252348								2. Evaluación y entrega de resultado de resultado de Leishmaniasis	P	<del>D</del>	R	FRT	U2624
									3.	P	D	R		

## CASO PROBABLE DE LEISHMANIASIS

**Definición Operacional.**- Se considera como caso probable de Leishmaniasis a todo paciente que cumple con el **criterio epidemiológico** y/o **criterio clínico**, siempre y cuando se haya realizado la toma de muestra de diagnóstico y evaluado con resultado negativo. A este tipo de casos también se les administra el tratamiento correspondiente.

### Evaluación y entrega de resultados de muestra de diagnóstico con resultado negativo.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	1192	1	80	Iquitos	25A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	<del>P</del>	D	R	RN	B551
	06252348								2. Evaluación de resultado de resultado de Leishmaniasis	P	<del>D</del>	R	FRT	U2624
									3. Administración de tratamiento 1º línea	P	<del>D</del>	R	1	U3111



## ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO

El registro de esta actividad debe hacerlo el personal de salud que administra y supervisa el tratamiento. Se tiene los siguientes tratamientos:

- Administración de Tratamiento U310
- Administración de Tratamiento de 1ra línea U3111
- Administración de Tratamiento de 2da. línea U3112

Para el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero: El diagnóstico según el tipo de Leishmania
- En el 2º casillero:
  - Administración de Tratamiento para Leishmania Grave o
  - Administración de Tratamiento de 1º o 2º línea para Leishmania Cutánea y Mucocutánea según corresponda

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero marque "R"
- En el 2º casillero marque "D"

### ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA LEISHMANIA CUTANEA O MUCOCUTANEA

**Definición Operacional.**- Conjunto de intervenciones que realiza el personal de salud profesional y técnico capacitado, con el objetivo de garantizar el tratamiento farmacológico supervisado, recuperar la salud de las personas diagnosticadas de Leishmaniasis. Estas intervenciones incluyen administración de tratamiento primera línea, 20 días para Leishmaniasis cutánea y 30 días para Leishmaniasis mucocutánea.

En caso de presentar una inadecuada respuesta al tratamiento al término de dos meses, después de haber culminado el primer ciclo se repite el esquema por un segundo ciclo bajo el mismo esquema. De persistir el fracaso terapéutico al término del segundo ciclo, se procede a la administración supervisada de tratamiento de segunda línea.

En el campo Lab: registre según corresponda

- En el 1º casillero registre "1" para indicar el primer ciclo de tratamiento y "2" para el segundo.
- En el 2º casillero el número de tratamiento 1, 2,..., "TA" según corresponda, donde "1" indica el inicio de Tratamiento y "TA" el fin del mismo
- En el 3º casillero, sólo cuando se finalice el tratamiento, indicar el número total de ampollas utilizadas.

#### Primer ciclo de tratamiento

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
03	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R	1	B551
	29134032								2. Administración de tratamiento 1º línea	P	D	R	2	U3111
									3.	P	D	R		

#### Primer ciclo de tratamiento (TA fin de tratamiento)

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
23	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R	1	B551
	29134032								2. Administración de tratamiento 1º línea	P	D	R	TA	U3111
									3.	P	D	R	28	



**Segundo ciclo de tratamiento**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
04	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R	2	B551
	29134032								2. Administración de tratamiento 1º línea	P	D	R	1	U3111
									3.	P	D	R		

**Segundo ciclo de tratamiento (TA fin de tratamiento)**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
24	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R	2	B551
	29134032								2. Administración de tratamiento 1º línea	P	D	R	TA	U3111
									3.	P	D	R	23	

**ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA LEISHMANIA CUTANEA O MUCOCUTANEA, CON FALTA DE RESPUESTA A SALES ANTIMONIALES PENTAVALENTES**

**Definición Operacional.**- Conjunto de intervenciones que realiza el personal multidisciplinario capacitado, con el objetivo de garantizar el tratamiento farmacológico supervisado en personas con falta de respuesta al tratamiento con sales antimoniales. Estas intervenciones incluyen administración supervisada de tratamiento de segunda línea entre 25 y 30 días para Leishmania Cutánea, y entre 25 y 45 días para Leishmania Mucocutánea.

En el campo Lab: registre, según corresponda:

- En el 2º casillero el número de tratamiento 1, 2,..., "TA" según corresponda, donde "1" indica el inicio de Tratamiento y "TA" el fin del mismo
- En el 3º casillero, sólo cuando se finalice el tratamiento, indicar el número total de ampollas utilizadas.

**INICIO DE TRATAMIENTO**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
03	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R		B551
	29134032								2. Administración de tratamiento 2º línea	P	D	R	1	U3112
									3.	P	D	R		

**FIN DE TRATAMIENTO**

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis cutánea	P	D	R		B551
	29134032								2. Administración de tratamiento 2º línea	P	D	R	TA	U3112
									3.	P	D	R	42	



### ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO PARA LEISHMANIA CUTANEA O MUCOCUTANEA GRAVE

**Definición Operacional.**- Conjunto de intervenciones que realiza el equipo multidisciplinario para el manejo especializado de los casos diagnosticados con Leishmaniasis cutánea o cutáneo mucosa grave.  
Estas intervenciones incluyen administración supervisada de tratamiento de 25 a 45 días.

En el campo Lab: Registre, según corresponda

- En el 2º casillero el número de tratamiento 1, 2,..., "TA" según corresponda, donde "1" indica el inicio de Tratamiento y "TA" el fin del mismo
- En el 3º casillero, sólo cuando se finalice el tratamiento, indicar el número total de ampollas utilizadas.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
03	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis grave	P	D	<del>R</del>		B559
	2. Administración de tratamiento								P	<del>D</del>	R	2	U310	
	3.								P	D	R			

#### FIN DE TRATAMIENTO

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Leishmaniasis grave	P	D	<del>R</del>		B559
	2. Administración de tratamiento								P	<del>D</del>	R	TA	U310	
	3.								P	D	R	45		



**CUANDO SE FINALICE EL TRATAMIENTO, SE REGISTRARA EL TOTAL DE AMPOLLAS USADAS**

### REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS ANTILEISHMANIASICOS

A continuación se muestra las reacciones adversas más comunes a medicamentos antileishmaniasicos:

- Mialgia M791
- Artralgia (dolor en articulación) M255
- Cefalea R51X
- Nausea y vómito R11X

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud anote:

- En el 1º casillero el diagnóstico que motiva la reacción adversa
- En el 2º casillero la reacción adversa

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE-NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	S E X O	ES TA BLE	SER VI CIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
13	43492	1	80	Iquitos	16 A	M	N	N	1. Mialgia	P	<del>D</del>	R		M791
	2. Reacción adversa a medicamento antileishmaniasico								P	<del>D</del>	R		Y4182	
	3.								P	D	R			