

**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**  
**Enfermedades de Declaración Obligatoria**

**PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE**  
**LEISHMANIASIS**

**2026**

## FICHA RESUMEN DE VIGILANCIA DE LEISHMANIASIS

### PERÍODO DE INCUBACIÓN

Para leishmaniasis cutánea es de 1 semana a varios meses. Para leishmaniasis visceral es de 2 a 6 meses, aunque puede ir desde 10 días a años.

### DEFINICIÓN DE CASO

#### **Criterios clínicos:**

- Leishmaniasis cutánea: Una o más lesiones en zonas no cubiertas del cuerpo (cara, cuello, brazos y piernas las más frecuentes). En el punto de inoculación aparece una lesión (mácula-pápula-nódulo), que puede aumentar de tamaño y convertirse en una úlcera indolora. Puede permanecer un tiempo variable antes de curarse espontáneamente dejando una cicatriz deprimida.
- Leishmaniasis mucocutánea: Afectación de mucosas por diseminación de la forma cutánea. Lesiones en la cavidad oral, nasofaringe o laringe.
- Leishmaniasis visceral: Los principales síntomas son fiebre irregular prolongada (>2 semanas), esplenomegalia y pérdida de peso. Más tarde aparece hepatomegalia moderada, adenopatías inguinales y cervicales, leucopenia, anemia y trombocitopenia.

#### **Criterios de laboratorio:**

- Leishmaniasis cutánea y mucocutánea: cultivo y/o visualización del parásito (tinción y visualización o cultivo de muestra clínica); o detección de ADN del parásito por PCR en muestra clínica; o serología positiva (solo para leishmaniasis mucocutánea).
- Leishmaniasis visceral: cultivo y/o visualización del parásito (tinción y visualización o cultivo de muestra clínica); o detección de ADN del parásito por PCR en muestra clínica; o serología positiva (IFI, ELISA, inmunocromatografía rK39, prueba de aglutinación directa).

#### **Criterios epidemiológicos:**

No procede.

### MODO DE VIGILANCIA

Notificación obligatoria semanal con datos individualizados.

### MEDIDAS PREVENTIVAS

Enfermedad endémica en España. Su control se basa en la prevención de la exposición al vector, la detección precoz y tratamiento de los casos y el control de los reservorios y vectores.

## DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### Introducción

Las leishmaniasis son un grupo de enfermedades parasitarias producidas por especies patógenas para el ser humano pertenecientes al género *Leishmania* y transmitidas por diferentes vectores, principalmente *Phlebotomus* y *Lutzomyia*. Las diferentes formas clínicas dependen de la especie de *Leishmania* y de la respuesta inmune del hospedador. Están extendidas por todo el mundo y pueden producir un amplio espectro de manifestaciones clínicas. La forma más frecuente es la leishmaniasis cutánea (LC), que es la primoinfección y suele tener una evolución benigna. En ocasiones puede evolucionar hasta formas generalizadas, como las formas cutáneas diseminadas, las mucocutáneas (LMC) o la leishmaniasis visceral (LV), que es la forma más grave de enfermedad, con una letalidad próxima al 100% sin tratamiento.

Según datos de la OMS, en 2022 era endémica en alrededor de 90 países. La incidencia estimada, superior a las cifras basadas en casos notificados, es de 600.000 a 1 millón de casos al año de LC (95% en América, Mediterráneo, Oriente Medio y Asia) y de 50.000 a 90.000 casos-año de LV (95% en subcontinente indio, Brasil, China, y África). La mayoría de los casos de LMC se da en América del Sur (Bolivia, Brasil y Perú) y Etiopía. La distribución geográfica de la enfermedad se asocia con áreas favorables a la presencia de vector y también a factores ligados al desarrollo, como las migraciones masivas, los cambios en el paisaje y otras modificaciones medioambientales producidas por el ser humano.

La pandemia de VIH/SIDA ha modificado la historia natural de la leishmaniasis. Esta enfermedad y la LV tienen un efecto sinérgico negativo sobre la respuesta inmunitaria celular al dirigirse al mismo tipo de células. La infección por VIH aumenta el riesgo de desarrollar LV y formas atípicas en áreas endémicas, reduce la probabilidad de respuesta terapéutica, aumenta la toxicidad de los fármacos, las recaídas y la mortalidad. Asimismo, la LV adelanta la progresión clínica en las personas con VIH y por lo tanto el desarrollo de las condiciones que definen el SIDA. Además, otras causas de inmunosupresión (fármacos inmunosupresores y otras causas médicas) han ido adquiriendo importancia como factores de riesgo de leishmaniasis, y en la actualidad se asocian con mayor frecuencia a la enfermedad.

En la Unión Europea hay dos ciclos endémicos de transmisión: la forma zoonótica de LC y LV producida por *Leishmania infantum*, en toda la región Mediterránea, y la forma antroponótica de LC causada por *Leishmania tropica*, que se distribuye esporádicamente en Grecia y probablemente en países vecinos.

En España los casos ocurren durante todo el año, con máximos entre enero y marzo. La mayor incidencia se da en zonas del Mediterráneo y en la meseta central. Existe una importante infranotificación, del 15 al 20% para LV y del 50 al 55% para LC. En la Unión Europea no es de declaración obligatoria, por lo que no se dispone de información para realizar comparaciones.

### Agente

El género *Leishmania* es un parásito de la familia *Trypanosomatidae*. Incluye más de 20 especies que afectan al ser humano, con tres subgéneros: *Leishmania*, *Mundinia* y *Viannia*. Existen numerosas especies de *Leishmania* indistinguibles morfológicamente, por lo que se usan métodos bioquímicos (caracterización con isoenzimas y anticuerpos monoclonales) y genotípicos (análisis de fragmentos de DNA y amplificación del genoma) para diferenciarlas. En España la especie causante de enfermedad es *L. infantum*, que junto a *Leishmania donovani*, se incluye en el complejo de especies de *L. donovani*.

### Reservorio

El reservorio más conocido en nuestro país es el perro. Se ha descrito el importante papel que juegan otros cánidos, gatos, roedores y otras especies silvestres, como la liebre y el conejo, cuyo papel como reservorio activo ha sido descrito en la Comunidad de Madrid.

La LV causada por *L. donovani* y la LC causada por *L. tropica* son antroponóticas. Las personas infectadas asintomáticas no intervienen en el ciclo de transmisión. Aunque los casos coinfectados por el VIH sin tratamiento son altamente infecciosos para los flebotomos por presentar una alta carga parasitaria, hoy en día su papel en la transmisión de *Leishmania* se considera poco relevante, debido a la disminución de

coinfecciones y a un mejor control de las personas que viven con VIH, con carga viral indetectable. La identificación de especie es relevante cuando se sospecha una leishmaniasis cutánea importada.

### Modo de transmisión

La transmisión y el área de distribución de la enfermedad está condicionada por la presencia, abundancia y afinidad del vector y la presencia del reservorio. Por debajo de ciertos límites de abundancia de los vectores no se mantiene la transmisión.

En nuestro medio el vector responsable de la transmisión es un díptero hematófago del género *Phlebotomus*. Sólo las hembras se alimentan de sangre y son las únicas capaces de transmitir la enfermedad. El ciclo se inicia cuando la hembra de flebotomo ingurgita sangre de un vertebrado con células infectadas con amastigotes de *Leishmania*. Éstos se transforman en promastigotes y se multiplican en el tubo digestivo del flebotomo, donde sufren una serie de transformaciones hasta alcanzar la fase infectiva, promastigotes metacíclicos, que pasan a la probóscide desde donde, si la hembra infectada vuelve a picar, pueden ser inoculados a otro hospedador. Este ciclo dura de 8 a 20 días.

Cuando se inoculan los promastigotes metacíclicos son fagocitados por los macrófagos del tejido conectivo y en su interior se transforman en amastigotes, se multiplican, destruyen a los macrófagos e infectan a otros. En el paso de promastigote a amastigote influyen varios factores, entre ellos la temperatura (35 °C) y el pH. La diseminación del parásito en el organismo del hospedador y el desarrollo de la enfermedad dependen de la virulencia del parásito y de la eficiencia de la respuesta inmunitaria del hospedador infectado.

Las principales especies de flebotomos vectoras en España, ampliamente distribuidas, son *Phlebotomus perniciosus* y *Phlebotomus 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 de 20-25 °C y humedades relativas superiores al 90%. El período de actividad de su fase adulta va de mayo a octubre y varía según las condiciones climáticas. *P. perniciosus* presenta dos períodos de máxima densidad, en los meses de julio y septiembre. Su máxima actividad es crepuscular y nocturna, con temperaturas superiores a 16-18 °C y ausencia de lluvia y viento. Poseen un marcado fototropismo. Es típico su vuelo silente y limitado a menos de 2 Km. Existe una apetencia del flebotomo por algunas especies de mamíferos.

En los ciclos antroponóticos (reservorio humano) los humanos son infectivos para el vector mientras haya parásitos en LC o en LV activa, aunque estos ciclos se consideran ausentes en España. En el perro, la infectividad perdura mientras no reciban tratamiento y se reduce considerablemente si han sido tratados. Es necesario un seguimiento adecuado, ya que existen fallos en el tratamiento, el riesgo de recaídas es alto y pueden ser infectivos incluso en ausencia de síntomas.

La transmisión directa entre personas es poco frecuente. Se ha descrito, de forma ocasional, transmisión percutánea por inoculación accidental (laboratorio y sanitarios), vertical, por transfusión sanguínea y en usuarios de drogas por vía parenteral que comparten material de inyección.

### Periodo de incubación

Para LC es de 1 semana a varios meses. Para LV es de 2 a 6 meses, aunque puede ir desde 10 días a años.

### Susceptibilidad

La susceptibilidad al desarrollo de la enfermedad depende de las condiciones de las personas afectadas y de la especie de *Leishmania* implicada, y el riesgo varía dependiendo de la exposición de susceptibles en las áreas endémicas. 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 e infección por el VIH o SIDA), y los niños los que con mayor frecuencia desarrollan la enfermedad.

Los casos tratados para LV desarrollan inmunidad permanente frente al parásito y esto ocurre también

en los casos inmunodeprimidos, aunque necesitan más tiempo.

Aunque poco frecuentes, pueden producirse reactivaciones, sobre todo en personas con inmunodepresión, meses o años después de la infección primaria por *Leishmania* y haber padecido LV, generalmente en relación con fallos terapéuticos.

## VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

### Objetivos

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de la leishmaniasis en la población y los principales factores de riesgo asociados a su aparición.
2. Detectar cambios en la presentación de la enfermedad a lo largo del tiempo o en su distribución geográfica.
3. Detectar precozmente los casos y los brotes para asegurar un diagnóstico y tratamiento precoz de las personas expuestas y actuar, en la medida de lo posible, para el control de los vectores y reservorios.
4. Realizar el estudio epidemiológico a partir de la información de vigilancia. Garantizar la calidad de los datos para orientar la prevención y el control.
5. Contribuir a la evaluación y el seguimiento de los programas de prevención y control y difundir sus resultados.

### Definición de caso

#### Criterio clínico

- Leishmaniasis cutánea: Una o más lesiones en zonas no cubiertas del cuerpo (cara, cuello, brazos y piernas las más frecuentes). En el punto de inoculación aparece una lesión (mácula-pápula-nódulo), que puede aumentar de tamaño y convertirse en una úlcera indolora. Puede permanecer un tiempo variable antes de curarse espontáneamente dejando una cicatriz deprimida.
- Leishmaniasis mucocutánea: Afectación de mucosas por diseminación de la forma cutánea. Lesiones en la cavidad oral, nasofaringe o laringe.
- Leishmaniasis visceral: Los principales síntomas son fiebre irregular prolongada (> de dos semanas), esplenomegalia y pérdida de peso. Más tarde aparece hepatomegalia moderada, adenopatías inguinales y cervicales, leucopenia, anemia y trombocitopenia.

#### Criterio de laboratorio

##### ▪ Leishmaniasis cutánea y mucocutánea

Al menos uno de los siguientes criterios:

- Cultivo y/o visualización del parásito (tinción y visualización o cultivo de la lesión).
- Detección del ADN del parásito por PCR en muestra clínica.
- Sólo para leishmaniasis mucocutánea: serología positiva (IFI, ELISA).

##### ▪ Leishmaniasis visceral

Al menos uno de los siguientes criterios:

- Cultivo y/o visualización del parásito (tinción y visualización o cultivo de muestra clínica).
- Detección de ADN del parásito por PCR en muestra clínica.
- Serología positiva (IFI, ELISA, inmunocromatografía rK39, prueba de aglutinación directa).

Las pruebas serológicas no son útiles en las recaídas, puesto que los anticuerpos específicos son detectables hasta varios años después de la curación. El diagnóstico serológico siempre debe ser utilizado combinándolo con la definición de caso clínico de LV.

La inmunocromatografía con antígeno rK39 es un test rápido utilizado en clínica y estudios de campo.

### Criterio epidemiológico

No procede.

### **Clasificación de los casos**

Caso sospechoso: no procede.

Caso probable: no procede.

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

### **Definición de brote**

La identificación de dos o más casos de leishmaniasis que tengan una relación epidemiológica.

### **MODO DE VIGILANCIA**

Los casos de leishmaniasis confirmados son de declaración obligatoria individualizada con periodicidad semanal. Se notificarán al Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública de la Comunidad de Madrid, en horario laboral en el teléfono 91 370 08 88 o al correo-electrónico [epidemiologia.vigilancia@salud.madrid.org](mailto:epidemiologia.vigilancia@salud.madrid.org).

El Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles notificará con periodicidad semanal a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) los casos confirmados. Cuando se requieran medidas de coordinación nacional, se comunicará de forma urgente la detección del brote al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) y al Centro Nacional de Epidemiología. El CCAES valorará junto con las CCAA afectadas las medidas a tomar y, si fuera necesario, su notificación al Sistema de Alerta y Respuesta Rápida de la Unión Europea y a la OMS de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

El Anexo I de este protocolo incluye la encuesta epidemiológica de caso, que recoge la información relevante en la vigilancia de esta enfermedad.

### **MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA**

#### **MEDIDAS PREVENTIVAS**

Se trata de una enfermedad endémica en España. Su control se basa en la prevención de la exposición al vector, la detección precoz y tratamiento de los casos y el control de los reservorios y vectores.

En los viajes internacionales a otras zonas endémicas, se deben seguir las mismas recomendaciones indicadas para la prevención de la enfermedad en España. La información sobre los Consejos Sanitarios al viajero internacional puede ser consultada en la Web de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid: [Vacunación y consejos sanitarios para viajeros](#).

#### **Actuaciones sobre el vector**

Las medidas van encaminadas a la vigilancia y control de las poblaciones de flebotomos. Deben identificarse las especies vectoras y los reservorios para establecer las medidas adecuadas. Se deben limitar las actividades al aire libre entre el atardecer y el amanecer, reducir la densidad del vector, instalar telas mosquiteras adecuadas a flebotomos en puertas y ventanas, y usar repelentes y ropa adecuada (manga y pantalón largos). Se deben conocer y eliminar los lugares de cría de flebotomos (restos vegetales, estiércol, basureros, huecos de paredes, etc.) del entorno de poblaciones humanas.

#### **Actuaciones sobre el reservorio**

La principal medida para evitar la infección en los perros y otros animales de compañía (gatos, conejos) es el uso de insecticidas tópicos de eficacia probada frente al vector: pipetas spot-on insecticidas o collares impregnados con insecticidas de acción prolongada. Su efecto es doble, como repelente e insecticida. Además, para evitar la exposición de los animales al vector, se recomienda que pasen la noche (desde el atardecer al amanecer) en el interior de lugares debidamente protegidos mediante telas mosquiteras en

puertas y ventanas. La infección en los perros (incluyendo los asilvestrados y vagabundos) debe controlarse mediante serologías periódicas; se debe hacer tratamiento y seguimiento a los perros infectados. En muchos casos, vuelven a ser infectivos tiempo después, por lo que se les debe aplicar insecticida de por vida para evitar la transmisión. También se recomienda evitar la cría a partir de hembras infectadas, para evitar la transmisión vertical, y el control de donaciones de sangre en perros. Existen vacunas frente a leishmaniasis canina. La vacuna disponible en España no evita la infección, pero reduce la posibilidad de enfermedad clínica y su progresión; es eficaz desde la primera dosis (72%) y se precisa la revacunación anual y mantener el uso de insecticidas. Disponer de información sobre la infección en animales sería de gran utilidad para la prevención y el control de la enfermedad.

En relación con otros reservorios salvajes (conejos, liebres), puesto que el vector se desarrolla en las madrigueras y su entorno próximo, mapear y controlar las poblaciones de lagomorfos puede ser de utilidad, en especial si estas se localizan en lugares donde puedan estar expuestos humanos.

### **MEDIDAS ANTE UN CASO**

Se centran en el tratamiento específico del enfermo con leishmaniasis (de acuerdo con las guías de práctica clínica o la evidencia científica disponible) y la aplicación de medidas preventivas generales en su entorno, que incluyen la búsqueda del reservorio, fundamentalmente canino, y las actuaciones recomendadas en el apartado anterior. Si se sospecha contagio por mecanismo diferente de picadura de flebotomo (transfusión, trasplante, accidente de laboratorio, madre-hijo, etc.) se debe realizar investigación microbiológica para confirmar o descartar dicha asociación.

### **OTRAS MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA**

#### **Medidas de precaución para la donación de sangre y hemoderivados**

Las personas con antecedente de LV deben ser excluidas de la hemodonación. El antecedente de LC aislada curada, no es criterio de exclusión.

#### **Medidas de precaución para las donaciones de órganos, tejidos y células**

La Guía del Consejo de Europa sobre la Calidad y la Seguridad de los Órganos Humanos para Trasplante no recoge ningún caso notificado de transmisión por trasplante de órganos. No se describen criterios de exclusión específicos para la donación de órganos ni se recomienda el cribado universal de donantes. Se recomienda cribar a las personas donantes procedentes de áreas endémicas por la posibilidad de formas tardías de LV (meses) y LC (décadas). En estos casos, si la serología o el de ácido nucleico son positivos, se puede tomar biopsia (hígado, bazo, intestino y piel); además se recomienda una monitorización estricta de las personas receptoras después del trasplante, en lugar de desestimar el órgano.

## BIBLIOGRAFÍA

1. European Centre for Disease Control and Prevention (ECDC). Factsheet about leishmaniasis. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/leishmaniasis/facts>
2. World Health Organization. Leishmaniasis. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>
3. Heymann L. El control de las enfermedades transmisibles. 21ª Edición. Washington, D.C.: OPS, Asociación Americana de Salud Pública, 2022.
4. Surveillance, prevention and control of leishmaniasis in the European Union and its neighbouring countries. Stockholm: ECDC; 2022. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/leishmaniasis-surveillance-eu.pdf>
5. Informes epidemiológicos sobre la situación de leishmaniasis en España. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: <https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/leishmaniasis>
6. Humanes-Navarro AM, Herrador Z, Redondo L, Cruz I, Fernández-Martínez B. Estimating human leishmaniasis burden in Spain using the capture-recapture method 2016-2017. PlosOne 16(10): e0259225.
7. Suárez B, Isidoro B, Santos S, Sierra MJ, Molina R, Astray J, Amela C. Situación epidemiológica y de los factores de riesgo de transmisión de *Leishmania infantum* en España. Rev Esp Salud Pública 2012; 86: 555-564.
8. Burza S, Croft SL, Boelaert M. Leishmaniasis. The Lancet 2018;392(10151):951-70.
9. Aoun K, Kalboussi Y, Ben Sghaier I, Souissi O, Hammami H, Bellali H, et al. Assessment of Incubation Period of Cutaneous Leishmaniasis due to *Leishmania major* in Tunisia. Am J Trop Med Hyg. 2020;103(5):1934-7
10. Bravo-Barriga D, Ruiz-Arrondo I, Peña RE, Lucientes J, Delacour-Estrella S. Phlebotomine sand flies (Diptera, Psychodidae) from Spain: an updated checklist and extended distributions. ZooKeys 2022; 1106: 81-99.
11. Molina R, Jiménez MI, Cruz I, Iriso A, Martín-Martín I, Sevillano O, Melero S, Bernal J. The hare (*Lepus granatensis*) as potential sylvatic reservoir of *Leishmania infantum* in Spain. Vet. Parasitol. 2012; 190: 268-271.
12. Jiménez M, González E, Martín-Martín I, Hernández S, Molina R. Could wild rabbits (*Oryctolagus cuniculus*) be reservoirs for *Leishmania infantum* in the focus of Madrid, Spain?, Vet. Parasitol. 2014; 202: 296-300.
13. Miró G et al. Novel Areas for Prevention and Control of Canine Leishmaniosis. Trends in Parasitology. 2017;33 (9):718-30.
14. Council of Europe Guide to the quality and safety of organs for transplantation. 8th Edition. Disponible en: <https://www.edqm.eu/en/web/edqm/guide-quality-and-safety-of-organs-for-transplantation>
15. Moreno, Javier (editor); Molina, Ricardo (editor); Estudio integral del brote comunitario de leishmaniasis en la Comunidad de Madrid. Una visión completa de 12 años de investigación en el CNM. Majadahonda (Madrid); Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional de Microbiología; 2023. Disponible en: <https://repisalud.isciii.es/entities/publication/57baab2a-89e2-40eb-82f2-18c710d6887f>

**ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS**

**DATOS DE FILIACIÓN**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellido 1:** \_\_\_\_\_ **Apellido 2:** \_\_\_\_\_  
**DNI/NIE:** \_\_\_\_\_ **Pasaporte:** \_\_\_\_\_ **CIPA:** \_\_\_\_\_ **CIP-SNS:** \_\_\_\_\_  
**Sexo al nacimiento:**  Hombre  Mujer  Intersexual  Desconocido  
**Sexo administrativo:**  Hombre  Mujer  No determinado  Desconocido  
**Fecha de nacimiento:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_  Años  Meses (si menos de 2 años)  
**País de nacimiento:**  España  Otro, especificar: \_\_\_\_\_ **Fecha aprox. llegada a España:** \_\_\_\_\_  
**Nacionalidad:** \_\_\_\_\_ **Teléfono 1:** \_\_\_\_\_ **Teléfono 2:** \_\_\_\_\_  
**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Nº:** \_\_\_\_ **Piso:** \_\_\_\_  
**Municipio:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_ **Distrito:** \_\_\_\_\_ **Zona Básica:** \_\_\_\_\_  
**Provincia:** \_\_\_\_\_ **C. Autónoma:** \_\_\_\_\_ **País:** \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CASO**

**Fecha de inicio de síntomas:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **Fecha de diagnóstico:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
**Clasificación del caso:**  Confirmado **Criterios de clasificación:**  Clínico  
 Laboratorio  
 Epidemiológico  
**Ingreso hospitalario** (estancia de al menos una noche: no generan estancias las camas de observación de urgencias):  
 No  
 Sí ⇒ **Hospital:** \_\_\_\_\_ **Servicio:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de ingreso:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **Fecha de alta:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **Motivo de alta:**  Traslado a domicilio  
 Traslado a otro centro  
**Estancia en UCI:**  No  Exitus  
 Sí ⇒ **Fecha de ingreso:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **Fecha de alta:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
**Nº historia clínica:** \_\_\_\_\_  
**Evolución:** **Curación:**  No  Sí  
**Secuelas:**  No  Sí ⇒ **Especificar:** \_\_\_\_\_  
**Fallecimiento:**  No  Sí ⇒ **Fecha:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **Motivo de fallecimiento:**  Esta enfermedad  
 Otra causa  
**Colectivo de interés:** \_\_\_\_\_  
**Asociado a otro caso o brote** (detallar la información sobre el caso o brote asociado):  
 Sí ⇒ **Nº de brote:** \_\_\_\_ **Otra información sobre casos asociados:** \_\_\_\_\_  
 No  
**Lugar de contagio del caso** (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):  
 Coincide con el domicilio  
 Diferente del domicilio (Rellenar la siguiente información):  
**Tipo de lugar o colectivo:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Nº:** \_\_\_\_ **Piso:** \_\_\_\_  
**Municipio:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_ **Distrito:** \_\_\_\_\_ **Zona Básica:** \_\_\_\_\_  
**Provincia:** \_\_\_\_\_ **C. Autónoma:** \_\_\_\_\_ **País:** \_\_\_\_\_

**DATOS DEL NOTIFICADOR**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de notificación:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
**Centro/Institución:** \_\_\_\_\_ **Servicio:** \_\_\_\_\_  
**Municipio:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**DATOS DE LABORATORIO**

Técnica diagnóstica	Muestra	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Aislamiento	_____	_____	__/__/__	__/__/__
Detección ácido nucleico (PCR)	_____	_____	__/__/__	__/__/__
Visualización	_____	_____	__/__/__	__/__/__
Serología	_____	_____	__/__/__	__/__/__

**Agente causal:**  
 *Leishmania infantum*     *Leishmania spp*     *Leishmania*, otras especies: \_\_\_\_\_

**Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia del CNM (LNR):**  Sí     No

Identificador de muestra del declarante al LNR: \_\_\_\_\_    Identificador de muestra en el LNR: \_\_\_\_\_

**DATOS ESPECÍFICOS DE LEISHMANIASIS**

**Categoría diagnóstica:**

Cutánea                                     Mucocutánea  
 Visceral                                     Asintomática

**Factores predisponentes personal:**

VIH/SIDA                                     Inmunodepresión farmacológica  
 Otra inmunodepresión médica ⇨ Especificar: \_\_\_\_\_

**Exposición (marcar el mecanismo de transmisión con evidencia o que se considere más probable):**

Exposición en zona de riesgo (con o sin evidencia de picadura)  
 Transmisión vertical  
 Asociada a transfusión sanguínea  
 Uso de drogas vía parenteral  
 Desconocida

**Ocupación de riesgo:**

Personal sanitario  
 Personal de laboratorio

**Contacto con animal infectado:**

No                     Sí                     Desconocido

**Caso importado:**  No     Sí

**OBSERVACIONES**