



Resolución Ministerial

Lima, 10 de MARZO del 2025

Visto, el Expediente N° CDC00020240000484, que contiene la Nota Informativa N° D000281-2024-CDC-MINSA y el Memorandum N° D000157-2025-CDC-MINSA del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; y, el Informe N° D000168-2025-OGAJ-MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:


Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 76 de la precitada Ley señala que la Autoridad de Salud de nivel nacional es responsable de dirigir y normar las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control y erradicación de las enfermedades transmisibles en todo el territorio nacional, ejerciendo la vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria y dictando las disposiciones correspondientes;



Que, los numerales 1), 3) y 5) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, disponen que el Ministerio de Salud es competente en salud de las personas, epidemias y emergencias sanitarias, e inteligencia sanitaria, respectivamente; asimismo, su artículo 4 refiere que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él, las instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y las personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, según el numeral 4-A2 del artículo 4-A del referido Decreto Legislativo, el Ministerio de Salud, ente rector del Sistema Nacional de Salud, y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: EsSalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas;







Que, los literales b) y h) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161 señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud, entre otras;



Que, el artículo 119 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, precisa que el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades es el órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, responsable de gestionar los procesos de vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria;




Que, asimismo, los literales a) y b) del artículo 120 del referido Reglamento indican que el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades tiene la función de formular, proponer e implementar normas, lineamientos, documentos normativos en materia de vigilancia epidemiológica en salud pública y análisis de situación de salud, y la función de desarrollar y conducir el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública en el ámbito nacional, así como formular, proponer y monitorear el adecuado uso de herramientas, instrumentos y metodologías para su funcionamiento;




Que, mediante los documentos del visto, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, en el marco de sus competencias, propone la aprobación de la Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica de Leishmaniasis en el Perú, cuya finalidad es contribuir a la prevención y control de la transmisión de las leishmaniasis, así como a la vigilancia del ingreso de leishmaniasis visceral en el Perú;

Estando a lo propuesto por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades;



Con el visado del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria, de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional, de la Dirección General de Operaciones en Salud, de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaría General, del Instituto Nacional de Salud, del Despacho Viceministerial de Salud Pública y del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,



De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; y, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA;

SE RESUELVE:



Artículo 1.- Aprobar la NTS N° 2.2.5 -MINSAL/CDC-2025, Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica de Leishmaniasis en el Perú, que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.



E. PEÑA



H. CUBA



Resolución Ministerial

Lima, 10 de MARZO del 2025



Artículo 2.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial y su Anexo en la sede digital del Ministerio de Salud (www.gob.pe/minsa), en la misma fecha de publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial El Peruano.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ
Ministro de Salud



NTS N° 225 -Minsa/CDC-2025

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS EN EL PERÚ

I. FINALIDAD

Contribuir a la prevención y control de la transmisión de las leishmaniasis, así como a la vigilancia del ingreso de leishmaniasis visceral en el Perú.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer las acciones y los procedimientos de vigilancia epidemiológica de leishmaniasis.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1. Establecer los procedimientos para la captación de casos, registro, notificación, investigación y diagnóstico de laboratorio de casos de leishmaniasis, así como, para el control de calidad, monitoreo y evaluación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- 2.2.2. Establecer el procedimiento para el análisis de riesgo que incluye distribución de casos, caracterización y tendencias de los casos de leishmaniasis.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación obligatoria a nivel nacional, en todos los establecimientos de salud públicos, privados o mixtos, que pertenecen al Ministerio de Salud, a los gobiernos regionales y locales, al Seguro Social de Salud (EsSalud), a las sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, y en el Instituto Nacional de Salud.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, y sus modificatorias.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades, y sus modificatorias.
- Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su modificatoria.
- Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- Reglamento Sanitario Internacional (2005).
- Ley N° 31961, Ley que fortalece la rectoría del Ministerio de Salud en vigilancia epidemiológica en salud pública e inteligencia sanitaria.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1412, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gobierno Digital, y su modificatoria.
- Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades, y su modificatoria.



NTS N° 225 -Minsa/CDC-2025
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS EN EL PERÚ

- Decreto de Urgencia N° 006-2020, Decreto de Urgencia que crea el Sistema Nacional de Transformación Digital.
- Decreto de Urgencia N° 007-2020, Decreto de Urgencia que aprueba el Marco de Confianza Digital y dispone medidas para su fortalecimiento, y su modificatoria.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 016-2024-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01, que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, y su modificatoria.
- Resolución Ministerial N° 545-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 047-MINSA/DGE-V.01, "Notificación de Brotes, Epidemias y otros eventos de importancia para la Salud Pública".
- Resolución Ministerial N° 464-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 266-MINSA/2019/OGTI: Directiva Administrativa que regula la Interoperabilidad en los Sistemas de Información Asistenciales.
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Ambiente periurbano:** Territorio de densidad poblacional baja a media, que se sitúa alrededor de las ciudades, pero sin la alta densidad poblacional del espacio urbano.
- **Ambiente rural:** Territorio con presencia de vegetación arbórea y/o arbustiva de densidad poblacional media a baja, usado para actividades agropecuarias, agroindustriales, extractivas, entre otras.
- **Áreas con transmisión:** Áreas con historial de registro de casos humanos autóctonos y casos en reservorios animales (canes y animales silvestres) de leishmaniasis cutánea (LC), mucocutánea (LMC) y visceral (LV) continuos o no.
- **Áreas endémicas:** Territorio comprendido entre 900 a 3500 msnm de altitud en los valles occidentales e interandinos, y en selva amazónica por debajo de los 2000 msnm de altitud, con presencia de casos humanos autóctonos de leishmaniasis, continuos, en los últimos 10 años.
- **Áreas no receptivas:** Áreas no vulnerables sin el registro de la presencia del vector del género *Lutzomyia*. Para caracterizar un distrito como no receptivo, es necesario que se haya realizado el levantamiento entomológico en el último año.
- **Áreas no vulnerables:** Áreas sin transmisión de leishmaniasis que no cumplen los criterios de vulnerabilidad, no poseen ecología favorable a la presencia del vector, y no se encuentran contiguas a una zona de transmisión que corresponde a una zona urbana¹.
- **Áreas receptivas:** Áreas vulnerables con registro de la presencia del vector del género *Lutzomyia*.
- **Áreas sin transmisión:** Áreas sin registro de ocurrencia de casos humanos autóctonos de cualquiera de las formas clínicas de leishmaniasis. Estas áreas se clasifican de acuerdo con la vulnerabilidad y la receptividad. (Anexo N° 07).



NTS N° 225 -MINSAI/CDC-2025
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS EN EL PERÚ

- **Áreas vulnerables:** Áreas sin transmisión de leishmaniasis con ecología favorable a la presencia del vector del género *Lutzomyia* y el reservorio.
 - Para LC y LMC:
 - a) Áreas contiguas a áreas con transmisión de LC/LMC activa.
 - Para LV:
 - a) Áreas contiguas a las áreas con transmisión de LV activa.
 - b) Áreas que presentan tránsito migratorio intenso de personas y canes (reservorio animal secundario) procedentes de áreas endémicas de LV.
 - c) Áreas que cuentan con redes viales en áreas con transmisión activa de LV.
- **Brote de leishmaniasis:** Aparición de uno o varios casos confirmados de LC o LMC en un área sin transmisión, o incremento inusual de casos por encima de lo esperado en una localidad con transmisión.

En LV:

- En área sin transmisión: cuando hay presencia del primer caso humano o canino.
 - En área con transmisión canina: cuando hay presencia del primer caso humano.
 - En área con transmisión: cuando hay un incremento inusual de casos por encima de lo esperado.
- **Caso autóctono:** Todo caso probable o confirmado de leishmaniasis, cuyo lugar probable de infección corresponde a un área de transmisión de la enfermedad donde se detecta o diagnostica.
 - **Caso importado:** Es todo caso de leishmaniasis cuyo lugar probable de infección sea diferente a la jurisdicción del nivel que registra el caso.
 - **Co-infección leishmaniasis/VIH:** Es el/la paciente con diagnóstico de infección por VIH que presenta alguna de las formas clínicas de leishmaniasis (LC/LMC/LV) confirmada por diagnóstico serológico y/o parasitológico. La co-infección de cualquiera de las especies del género *Leishmania* con VIH o alguna enfermedad autoinmune eleva el riesgo para la evolución de la enfermedad a formas atípicas y/o agresivas de la enfermedad.
 - **Defunción por leishmaniasis:** Constituye la defunción producto de las complicaciones de un caso confirmado de leishmaniasis.
 - **Determinantes de riesgo:** Cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a la leishmaniasis. Entre ellos se menciona la presencia de reservorios animales silvestres, mosquito vector (género *Lutzomyia*) y viviendas inadecuadas sin servicios básicos, en el ambiente selvático o andino y el doméstico-rural con condiciones climáticas y forestación favorables a la presencia del vector y reservorios en las zonas endémicas.
 - **Leishmania:** Es un protozoo del género *Leishmania* que pertenece a la familia *Trypanosomatidae* y se transmite por la picadura de varias especies de *Lutzomyia*. Las especies de leishmania presentan dos estadios: el promastigote, que se desarrolla en el intestino del vector y es la forma infectante a los mamíferos y el hombre, y el otro estadio es el amastigote, que se desarrolla en los mamíferos y el hombre e infecta a los mosquitos vectores al succionar sangre. A nivel mundial existen 22 especies patógenas, este género *Leishmania* se subdivide en dos subgéneros *Leishmania* y *Viannia*. En América se han identificado 18 especies, correspondiendo a Perú seis especies que son: *L. braziliensis*, *L. peruviana*, *L. guyanensis*, *L. amazonensis*, *L. lainsoni* y la especie híbrida *L. braziliensis/peruviana*.



NTS N° 225 -MINSAL/CDC-2025
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS EN EL PERÚ

- **Leishmaniasis:** Son enfermedades zoonóticas transmitidas por vectores y causan en el ser humano un conjunto de síndromes clínicos que pueden comprometer la piel, las mucosas y las vísceras. Las Leishmaniasis son causadas por diferentes especies de protozoos del género *Leishmania* y se transmiten a los animales y humanos a través de los insectos dípteros familia *Psychodidae* del género *Lutzomyia*.
- **Leishmaniasis tegumentaria:** Es la denominación clínica de leishmaniasis que comprende casos de Leishmaniasis cutánea y Leishmaniasis mucosa.
- ***Lutzomyia* spp.:** Insecto perteneciente a la Orden Díptera, Familia *Psychodidae*, potencialmente transmisor de leishmaniasis o bartonelosis. También denominado manta blanca, espundia, titira y karachupa. En el Perú, las especies de *Lutzomyia* consideradas como vectores son: *L. peruensis*, *L. ayacuchensis*, *Lutzomyia tejadaí*, *Lutzomyia verrucarum*, y *Lutzomyia pescei*.
- **Medio ambiente selvático o andino silvestre modificado:** Territorio con vegetación densa, que haya sufrido cambios del medio ambiente o alteración por intervención significativa por parte del ser humano o desastres naturales.
- **Medio ambiente selvático o andino silvestre no modificado:** Territorio con vegetación densa, sin previa alteración del medio ambiente por parte del ser humano.
- **Notificación:** Es la comunicación oficial que realiza el responsable de la vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces de cualquier unidad notificante, que haya detectado o recibido, y verificado el reporte o comunicación de una enfermedad o evento sujeto a vigilancia epidemiológica. La notificación de una enfermedad o evento a vigilar puede ser inmediata, semanal o mensual, según corresponda, de acuerdo a lo normado por la Autoridad Nacional de Salud.
- **Notificación individual:** Es aquella notificación que contempla datos nominales por cada individuo, que se registran en el formato establecido para dicho fin y la realiza el personal de epidemiología de los establecimientos de salud.
- **Recaída:** Es la reactivación de una lesión previamente curada independientemente del tiempo.
- **Reinfección:** Es la aparición de nuevas lesiones en sitios anatómicos diferentes y se presenta como una nueva exposición.
- **Reservorios de leishmaniasis:** Son aquellos animales vertebrados que mantienen al parásito de *Leishmania* en la naturaleza y permiten que los vectores del género *Lutzomyia* se infecten de él y pueda persistir el ciclo de transmisión. Los reservorios identificados en América incluyen a los marsupiales (*Didelphis* spp), al oso perezoso (*Choloepus* spp y *Bradypus* spp), al oso hormiguero menor (*Tamandua tetradactyla*), al zorro (*Cerdocyon thous*) y a los roedores (*Rattus* spp, *Proechimys* spp, *Nectomys* spp, *Oryzomys* spp, entre otros). Se ha encontrado naturalmente infectados a *Canis familiaris* (perro doméstico, reservorio sinantrópico secundario=vertebrado que participa en el ciclo infeccioso de numerosas zoonosis, ya sea como reservorios, hospederos intermediarios u hospederos de los ectoparásitos vectores que transmiten agentes etiológicos), *Didelphis albiventris* (muca) y a una variedad de roedores que incluye a *Rattus rattus* (rata parda), *Akodón mollis*, *Phyllotis andinum* y otros. El hecho de encontrar infección natural en un animal cualquiera no significa que sea un reservorio, se debe demostrar su rol en la transmisión de la enfermedad.



NTS N° 225 -MINSAL/CDC-2025
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS EN EL PERÚ

- **Unidad notificante:** Se denomina así al establecimiento de salud designado oficialmente, que notifica en forma obligatoria y permanente enfermedades, eventos de vigilancia epidemiológica, brotes y otros eventos de importancia para la salud pública, al sistema de notificación de vigilancia epidemiológica de salud pública administrado por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC).
- **Vigilancia epidemiológica:** Observación sistemática y continua, oportuna y confiable de la frecuencia, la distribución de casos y los determinantes de riesgo de los eventos de salud y sus tendencias en la población.
 - Es **pasiva** cuando el caso probable o confirmado es captado a través del sistema de notificación en los establecimientos de salud, el/la paciente acude para su atención, diagnóstico y tratamiento.
 - Es **activa** cuando el caso probable o confirmado es captado a través de una búsqueda activa de casos o producto de un estudio de investigación, estudio de foco o brote, entre otros; involucra la detección de casos humanos, animales y del vector.

5.2. ACRÓNIMOS Y SIGLAS

ADN	Ácido desoxirribonucleico
CDC	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DIRIS	Dirección de Redes Integradas de Salud
GERESA	Gerencia Regional de Salud
INS	Instituto Nacional de Salud
IDRM	Intradermorreacción
IFI	Inmunofluorescencia indirecta
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
LRR	Laboratorio de Referencia Regional
LC	Leishmaniasis cutánea
LMC	Leishmaniasis mucocutánea
LV	Leishmaniasis visceral
NETLAB	Sistema de Información de la Red Nacional de Laboratorios
NOTI	Aplicativo del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Pública
PCR	Reacción en Cadena de la Polimerasa
RENACE	Red Nacional de Epidemiología
RIS	Red Integrada de Salud
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana



5.3. DEFINICIONES DE CASO

5.3.1. Caso probable de LC

Todo/a paciente procedente o residente de áreas endémicas o una nueva área de transmisión de leishmaniasis, que presenta el siguiente criterio: Una o más úlceras cutáneas, superficiales de bordes bien definidos, elevados, indurados y de base eritematosa con un tiempo de aparición igual o mayor a 2 semanas de la evolución.

5.3.2. Caso confirmado de LC

Todo caso probable de LC con resultado positivo a uno o más de los siguientes métodos:

- Parasitológicos:
 - Frotis.*
 - Cultivo.
- Inmuno-serológico:**
 - Inmunofluorescencia indirecta (IFI), título \geq a 1/40.
- Molecular***
 - Detección molecular de ADN por PCR.

Nota.- * Método de primera elección (ver Anexo N° 03).

** En casos donde el paciente cuente con un tiempo de evolución de la enfermedad mayor a 3 meses.

*** En casos donde de manera repetida resulte negativo en el Examen Microscópico Directo.

5.3.3. Caso descartado de LC

Todo caso probable de LC con resultado negativo a los siguientes métodos: inmuno-serológicos IFI e intradermorreacción (IDRM), y detección molecular de ADN o con resultado positivo a otras patologías.

5.3.4. Caso probable de LMC

Todo/a paciente procedente de un área endémica, con antecedente de exposición y con una o más lesiones granulomatosas elevadas en el tabique, laringe, faringe o tráquea con o sin antecedentes de infección de LC, la cual aparece a los meses o años después de haber cicatrizado la lesión.

5.3.5. Caso confirmado de LMC

Todo caso probable de LMC con resultado positivo a los métodos descritos en el flujograma de notificación de LMC (Anexo N° 05):

- IDRM más.
- Inmunofluorescencia (IFI) con título \geq a 1/40.
 - Molecular*
- Detección molecular de ADN por PCR.

Nota.- * En casos donde los métodos anteriores resulten negativos y persista la sospecha de la enfermedad.



5.3.6. Caso descartado de LMC

Todo caso probable de LMC con resultado negativo a: IDRM, IFI y detección molecular de ADN o resultado positivo a otras patologías.

5.3.7. Caso humano sospechoso de LV

Todo/a paciente procedente o residente de área endémica de LV que presenta fiebre mayor a 10 días, signos de hepatomegalia y/o esplenomegalia.

5.3.8. Caso humano confirmado de LV

Todo caso probable de LV que ha sido confirmado por el INS o por laboratorios de referencia regionales implementados en el marco de la transferencia tecnológica de acuerdo al flujograma de notificación de LV, por uno de los siguientes métodos:

- Prueba rápida inmunocromatográfica específica rK 39 para *Leishmania (Leishmania) infantum* o *Leishmania infantum chagasi*.
- Frotis con tinción Giemsa o May-Grunwald–Giemsa muestra de aspirado de médula ósea.
- Cultivo "in vitro" en medio agar sangre, con identificación de promastigotes en NNN (Novy, Nicolle y McNeal), Seneckjie, por punción lumbar de médula ósea.
- Prueba de Inmunofluorescencia indirecta con título \geq a 1/80 con antígenos específicos para *Leishmania (Leishmania) infantum* o *Leishmania infantum chagasi*.
- Por detección molecular de ADN de *Leishmania (Leishmania) infantum* o *Leishmania infantum chagasi*.

Nota.- *Leishmania (Leishmania) infantum* o *Leishmania infantum chagasi*, agente etiológico de leishmaniasis visceral en América sinónimo *Leishmania chagasi*, agente etiológico de leishmaniasis visceral en Asia, África y Europa.

5.3.9. Caso humano descartado de LV

Todo caso probable de LV con resultado negativo a uno de los siguientes métodos: parasitológicos, inmuno-serológicos o moleculares o por evidencia de otra enfermedad o por otra especie de *Leishmania (Leishmania) infantum* o *Leishmania infantum chagasi*.

5.3.10. Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial de la LC se incluyen las patologías:

- Infecciones bacterianas de piel.
- Dermatomicosis (esporotricosis, paracoccidioidomicosis).
- Tuberculosis cutánea.
- Úlcera tropical.
- Úlcera de Buruli.
- Úlcera por vasculopatías (úlceras por estasis venosa).
- Carcinoma baso celular.
- Sífilis secundaria o terciaria.
- Miasis.
- Eczema.
- Lepra lepromatosa.
- Carbunco.
- Sarcoma de Kaposi.



NTS N° 225 -MINSAL/CDC-2025
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS EN EL PERÚ

- Amebiasis cutánea, entre otros.

En el diagnóstico diferencial de la LMC se incluyen:

- Paracoccidioidomicosis.
- Histoplasmosis.
- Tuberculosis.
- Sífilis terciaria.
- Síndrome de Behcet.
- Lupus eritematoso discoide.
- Granuloma letal de línea media.
- Linfoma, neoplasias.
- Rinoscleroma.
- Granulomatosis de Wegener.
- Amebiasis de vida libre, entre otros.

En el diagnóstico diferencial de la LV se incluyen:

- Síndrome de esplenomegalia.
- Tuberculosis con compromiso del bazo.
- Enfermedad de Chagas.
- Brucelosis.
- Septicemia por salmonelosis.
- Endocarditis bacteriana.
- Histoplasmosis sistémica.
- Linfoma.
- Leucemias y otras neoplasias.
- Anemias hemolíticas y la sarcoidosis.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

PROCEDIMIENTOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

6.1. CAPTACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE CASOS

- 6.1.1. Todo caso autóctono o importado debe ser informado inmediatamente al responsable de la Unidad / Oficina / Dirección de epidemiología de los establecimientos de salud, RIS/DIRIS/DIRESA/GERESA correspondiente, para el inicio de la investigación epidemiológica.
- 6.1.2. Los casos autóctonos se deben registrar en el aplicativo informático NOTI del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Pública del CDC.
- 6.1.3. Los casos importados nacionales se registran de acuerdo a la procedencia y se debe comunicar vía correo a la RIS/DIRIS/DIRESA/GERESA de origen dentro de las 48 horas de notificado.
- 6.1.4. Los casos importados internacionales, si bien no ingresan en el análisis nacional, son considerados en un informe mensual sobre los países de procedencia y una alerta ante el incremento inusual de casos.
- 6.1.5. El/la responsable de vigilancia epidemiológica o el que haga sus veces en el establecimiento de salud, debe realizar el registro del caso a través de la ficha clínico



NTS N° 225 -Minsa/CDC-2025
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS EN EL PERÚ

epidemiológica (Anexo N° 01) y la notificación de los casos nuevos identificados al nivel inmediato superior a través del formato de registro semanal de notificación individual (Anexo N° 02) del establecimiento de salud. Dicha información es recibida por el/la epidemiólogo(a) que efectúa el control de calidad en la microrred o red de salud, RIS, DIRIS/DIRESA/GERESA.

- 6.1.6.** La vigilancia epidemiológica de leishmaniasis se realizará en el marco de la implementación de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- 6.1.7.** Para fines de la clasificación según el Código Internacional de Enfermedades (versión CIE 10), la denominación se adapta a los siguientes grupos:
- B55.0 = Leishmaniasis visceral.
 - B55.1 = Leishmaniasis cutánea.
 - B55.2 = Leishmaniasis mucocutánea.
- 6.1.8.** Es obligatorio el llenado de las fichas clínico epidemiológicas de leishmaniasis (Anexo N° 01), en todos los establecimientos de salud, es realizado por el personal de salud que atiende al paciente en todos los casos probables o confirmados.
- 6.1.9.** El flujo de la notificación se realiza desde el nivel local hasta el nivel nacional, a través de la RENACE y siguiendo los flujos y procesos establecidos en la Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01, que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, aprobada por Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA y su modificatoria, o la que haga sus veces. (Anexos Nos. 04, 05 y 06).
- 6.1.10.** El/la responsable de epidemiología de la Red, Microred de Salud/RIS/DIRIS/DIRESA/GERESA se encarga del registro y notificación en el aplicativo informático NOTI del sistema de vigilancia epidemiológica del CDC, así como del monitoreo del cumplimiento de la notificación de sus unidades notificantes a nivel regional, la consolidación final de la información de casos y el análisis de la información.
- 6.1.11.** El control de calidad de la información se realiza en todos los niveles, incluso desde el nivel que ingresan los datos al NOTI. El/la responsable de epidemiología del establecimiento de salud realiza el control de calidad del llenado de la ficha clínico epidemiológica y de la información antes de su ingreso al sistema NOTI.
- 6.1.12.** Los casos probables o confirmados de LC y LMC son de notificación semanal hasta el nivel nacional en cada establecimiento de salud y se consolida en el formato individual de notificación semanal (Ver Anexo N° 02).
- 6.1.13.** Los casos de LV sospechosos o confirmados son reportados de forma inmediata al sistema NOTI.
- 6.1.14.** Las defunciones por LC o LMC se deben reportar de forma inmediata al sistema NOTI.
- 6.1.15.** Las reinfecciones se consideran como casos nuevos y las recaídas se registran en las fichas clínico epidemiológicas, estas últimas no ingresan como casos nuevos en el aplicativo informático NOTI en todos los niveles.
- 6.1.16.** Las comorbilidades de los/as pacientes con leishmaniasis, especialmente de VIH, son registradas por el responsable de epidemiología en la ficha clínico epidemiológica de leishmaniasis.



6.2. INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS

- 6.2.1. El equipo de investigación epidemiológica de los establecimientos de salud se desplazará al domicilio del/de la (de los/as) paciente(s) en la localidad afectada, verificando los factores de riesgo y realizando búsqueda activa a fin de determinar casos nuevos; asimismo, se recolectan muestras de frotis o suero, para lo cual se requiere de personal de laboratorio, insumos para la toma de muestras y movilidad local para el desplazamiento del personal.
- 6.2.2. El/la responsable de epidemiología en los establecimientos de salud incorpora la información del caso en el sistema informático NOTI, y la actualiza según los hallazgos en la investigación epidemiológica, los antecedentes epidemiológicos, la evaluación clínica y los resultados del diagnóstico de laboratorio.
- 6.2.3. A todo caso probable, dependiendo de la forma clínica y tiempo de evolución de la(s) lesión (es) y el nivel de atención, se le debe tomar una muestra para frotis o prueba inmuno-serológica u otra prueba alternativa dependiendo del método de diagnóstico de laboratorio implementado a nivel local; de no haber capacidad, se refiere la muestra al laboratorio referencial regional dependiendo de la metodología diagnóstica implementada. (Ver Tabla N° 2 y Anexos Nos. 04, 05 y 06).
- 6.2.4. En caso que el diagnóstico confirme la etiología, se debe realizar el cambio en el sistema informático NOTI de probable a confirmado, o descartar si se confirma otro daño.
- 6.2.5. En caso de una defunción, se debe determinar si esta fue la causa primaria de la defunción o las posibles fallas al tratamiento antileishmaniásico.
- 6.2.6. En situaciones de brote o transmisión en menores de 10 años, el/la responsable de epidemiología de los establecimientos de salud debe caracterizar el o las áreas de transmisión mediante la investigación de otros posibles casos e investigación entomológica del lugar probable de infección, verificando la presencia de reservorios y otros determinantes de riesgo como condiciones favorables a la presencia del vector y a la exposición a las picaduras.
- 6.2.7. Para la actividad de investigación de brote o estudio de foco donde se presentan casos nuevos sin evidencia entomológica y antecedentes de casos o ante el incremento inusual de casos en un área sin transmisión o de baja transmisión, el/la responsable de epidemiología de los establecimientos de salud conjuntamente con el equipo de laboratorio deben verificar factores de riesgo de transmisión y, con información de infestación del vector del área de salud ambiental, determinar si hay transmisión.
- 6.2.8. En todo caso probable de defunción por leishmaniasis, se establece la causa primaria de la muerte, para lo cual se debe recabar información en la ficha clínico epidemiológica, historia clínica, certificado de defunción e informe del comité médico local sea en los establecimientos de salud o el nivel inmediato superior, que certifica la defunción en el establecimiento de salud o ámbito del establecimiento, determinando el lugar probable de infección y factores que contribuyeron al deceso.

6.3. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

- 6.3.1. PROCEDIMIENTOS SOBRE LA TOMA, ENVÍO DE MUESTRAS, OBTENCIÓN DE RESULTADOS Y CONTROL DE CALIDAD



NTS N° 225 -Minsa/CDC-2025
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS EN EL PERÚ

El INS, a través de Centro Nacional de Salud Pública, es el responsable de planificar, ejecutar y monitorizar el control de calidad del diagnóstico de Leishmaniasis a los laboratorios regionales de la red de salud pública (LRRSP); a su vez, los LRRSP son los responsables de garantizar la ejecución del control de calidad a los laboratorio intermedios y locales de acuerdo a su capacidad resolutive.

El control de calidad se desarrolla de manera directa, mediante el envío de las muestras del diagnóstico de los LRRSP al INS para la evaluación de concordancia, como se detalla en la Tabla N° 1; e indirecta, a través del envío de material (panel) de evaluación elaborado por el INS y remitido a los LRRSP.

En el Control de Calidad Indirecto del Examen Microscópico Directo (EMD), los LRRSP envían de manera trimestral, el 100% de láminas con resultado positivo y un número de láminas negativas seleccionadas en ciego y de manera aleatoria en función al promedio de casos positivos/años diagnosticados.

Tabla N° 1. Estimación del número de láminas del frotis con resultado negativo para el control de calidad directo del Examen Microscópico Directo de Leishmaniasis, de acuerdo a promedio de frotis positivos/año.

Promedio de frotis positivos/año	2.5%	5%	7.5%	10%	13%	15%	18%	20%	25%
Total de frotis negativo/año	Total de Frotis negativos a-remitir al INS por trimestre								
100	21	18	16	14	12	11	10	9	8
200	36	27	22	18	15	14	12	11	9
300	46	32	25	20	17	12	13	11	9
400	54	36	27	22	18	15	13	12	9
500	61	39	29	22	18	16	13	12	10
700	70	42	30	23	19	16	14	12	10
1000	80	45	32	24	19	17	14	12	10

Fuente: Laboratorio de Referencia Nacional de Metaxénicas y Zoonosis Parasitarias. Instituto Nacional de Salud.

En el Control de Calidad Indirecto del diagnóstico por IFI, los LRRSP envían por trimestre al INS el 100% de muestras con resultado positivo y el 10% de negativos acompañados del oficio correspondiente y del formulario de resultados obtenidos.

El Centro Nacional de Salud Pública planifica y ejecuta el Programa de Evaluación Externa del Desempeño, en el marco del Control de Calidad Directo del diagnóstico de Leishmaniasis del Examen Microscópico Directo (PEED LEI-EMD) e Inmunofluorescencia Indirecta (PEED LEI-IFI), a fin de garantizar el proceso de diagnóstico realizado por los LRRSP.

Los informes de control de calidad de diagnóstico de leishmaniasis serán publicados de manera semestral y por procedencia de las muestras en la página web del INS.



6.3.2. TIPIFICACIÓN DE *Leishmania*

El Centro Nacional de Salud Pública del INS es el responsable de la tipificación de *Leishmania*, la cual se desarrolla con la finalidad de obtener información actualizada sobre la circulación e incidencia de las especies de *Leishmania* por departamento.

La tipificación de *Leishmania* se realiza a partir de parásitos aislados mediante cultivo *in vitro* por los LRRSP, intermedios y locales, e inmediatamente remitidos al INS acompañados de la ficha clínico epidemiológica del paciente para su ingreso en el NetLab.

En el laboratorio, las muestras de parásitos son amplificadas hasta alcanzar una concentración aproximada de 5×10^7 parásitos/mL para su criopreservación y registro en la Colección peruana de *Leishmania* del INS e identificación molecular hasta el nivel de especie.



Tabla N° 2. Pruebas Diagnósticas de Laboratorio en Leishmaniasis

Métodos de diagnóstico/Nivel laboratorio	Forma clínica/tiempo de evolución	Tipo de muestra	Requisitos de la muestra	Conservación	Tiempo de envío
Examen microscópico directo o Frotis (I)	Principalmente formas cutáneas < 6 meses	Exudado, linfa y/o tejido obtenido por raspado	Mínimo 4 láminas con extendido, con 3 apósitos de muestra en cada lámina	Temperatura ambiente	Inmediato
Cultivo in vitro (LR, LRNMEZOP)			Uno a 2 tubos T/R con medio de cultivo agar sangre		
Intradermorreacción de Montenegro (I, II, LR)	Primo infectado procedentes de áreas endémicas.	Prueba en paciente con un tiempo de evolución > 1 mes y sin antecedentes a la enfermedad	No aplica	La Leishmanina deberá estar conservada entre 2 - 8 °C	No aplica
	Para descarte de la enfermedad en pacientes con patología compatible, negativos a las pruebas parasitológicas y serológicas.		Sin embargo, el paciente no deberá presentar antecedentes de alergia.		
Prueba Inmunocromatográfica (LRNMEZOP)	Leishmaniasis Visceral humana por <i>Leishmania (Leishmania infantum)</i> o <i>Leishmania (infantum chagasi)</i>	Suero, alternativamente plasma o sangre	0.5 a 1 ml de suero, sin hemolisis y/o presencia de contaminantes	Si la muestra será recepcionada por un LRR o INS dentro de 5 días como máximo, desde su obtención, esta deberá ser conservada entre 2 - 8 °C; caso contrario la muestra deberá ser conservada a -20°C.	Inmediato
Inmunofluorescencia Indirecta (LR/LRNMEZOP)	Principalmente formas mucosas	Suero			Preferentemente dentro de 5 días desde la obtención de la muestra hasta su recepción en un LRR o INS
PCR en tiempo real (LR/LRNMEZOP)	Todas las formas de la enfermedad	Exudado, linfa y/o tejido obtenido por raspado	Muestra embebida en alcohol metílico 90° o en solución RNA later y dispuesta en tubos cónico de 1.5 ml	Si la muestra será recepcionada, por un LRR o INS dentro de 5 días como máximo, desde su obtención, ésta deberá ser conservada entre 2 - 8 °C; caso contrario, la muestra deberá ser conservada a -20°C.	Inmediato



Fuente: Laboratorio de Referencia Nacional de Metaxénicas y Zoonosis Parasitarias. Instituto Nacional de Salud.

6.4. CLASIFICACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD DE CASOS

- 6.4.1. El personal de epidemiología de una unidad notificante en el establecimiento de salud, RIS, Red o Microred de Salud, DIRIS, DIRESA, GERESA debe gestionar el acceso a NETLAB para realizar el seguimiento de los resultados de laboratorio de los casos probables y reclasificar los casos.
- 6.4.2. Todo caso probable notificado en el sistema informático NOTI, es reclasificado como confirmado o descartado por el/la responsable de epidemiología del establecimiento de salud, considerando los criterios epidemiológicos, clínicos y de laboratorio.
- 6.4.3. Todo caso es clasificado por el/la responsable de epidemiología del establecimiento de salud acuerdo al lugar donde se infectó como caso autóctono o importado (nacional o internacional). Es responsabilidad del personal de epidemiología en el establecimiento de salud, RIS/Red o Microred de Salud, DIRESA, GERESA o DIRIS la reclasificación de casos, de acuerdo a las definiciones de caso de la presente Norma Técnica de Salud, en un tiempo no mayor a 28 días posteriores a la fecha de notificación del caso de leishmaniasis.
- 6.4.4. En aquellos casos con más de 2 tipos de diagnóstico notificados en el NOTI, es importante su reclasificación con el fin de evitar duplicidad en la vigilancia epidemiológica.

6.5. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE INFORME

- 6.5.1. El análisis de la información es incluido por el/la responsable de epidemiología de cada nivel, sea un establecimiento de salud, RIS, microrred o red de salud y DIRIS/DIRESA/GERESA, en la sala situacional considerando tiempo (casos por semana epidemiológica, indicadores de la Tabla N° 3), espacio (mapa de localidades y distritos afectados) y persona (grupos de edad, sexo, ocupación, región natural y actividad migratoria). Asimismo, en zonas endémicas se debe incluir el canal endémico. (Anexo N° 09).
- 6.5.2. El área de epidemiología del establecimiento de salud, RIS/microrred o red de salud, DIRIS/DIRESA/GERESA debe realizar un informe trimestral sobre la situación epidemiológica de la leishmaniasis en su jurisdicción y remitirlo, según corresponda, a la microrred o red de salud, DIRIS, DIRESA, GERESA, incluyendo las determinantes de riesgo y áreas a priorizar para las intervenciones.
- 6.5.3. Para realizar la clasificación de las áreas o distritos de leishmaniasis, se deben emplear los criterios de clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS):
 - Áreas con y sin transmisión o transmisión silenciosa, con o sin áreas vulnerables y no vulnerables.
 - Área como receptiva y en ausencia del vector como no receptiva.
- 6.5.4. Las acciones de vigilancia y control de leishmaniasis deben realizarse de acuerdo a escenario epidemiológico por criterio de vulnerabilidad y receptividad.

6.6. MONITOREO Y SUPERVISIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- 6.6.1. El CDC debe realizar el monitoreo y evaluación del sistema de vigilancia epidemiológica de leishmaniasis del aplicativo informático NOTI.



- 6.6.2. Supervisar en los diferentes niveles, desde el CDC al nivel regional, del nivel regional a las RIS, redes de salud y desde estas a los establecimientos de salud, la implementación de las medidas correctivas mediante comunicación telefónica o correo electrónico sobre las discordancias encontradas en la notificación individual con los responsables de epidemiología, y mediante las asistencias técnicas o monitoreo para verificar el cumplimiento de la presente Norma Técnica de Salud en el ámbito de su competencia.
- 6.6.3. Los responsables de epidemiología en la GERESA/DIRESA/DIRIS deben capacitar al responsable de epidemiología del establecimiento de salud sobre la vigilancia epidemiológica de leishmaniasis publicada en la presente Norma Técnica de Salud.

Tabla N° 3. Indicadores de Vigilancia Epidemiológica

Indicador	Descripción	Construcción	Evaluación o logro alcanzado %
Clasificación oportuna	Casos probables clasificados definitivamente como confirmados o descartados dentro de los 30 días desde la fecha de notificación	Porcentaje de casos con clasificación dentro de los 28 días desde la fecha de notificación	Óptimo >90 a 100 Bueno = 80 a 89 Regular = 70 a 79 Débil = 0 < 69
Llenado de datos al sistema de notificación de la vigilancia epidemiológica de leishmaniasis en el aplicativo informático NOTI	Fichas clínico epidemiológicas de la vigilancia de leishmaniasis completas (incluye variables de antecedentes, examen clínico, laboratorio)	Porcentaje de variables llenadas en la ficha clínico epidemiológica de leishmaniasis en el total de variables de la ficha epidemiológica a través de supervisión	Óptimo >90 a 100 Bueno = 80 a 89 Regular = 70 a 79 Débil = 0 < 69
Casos con muestras de exudado, linfa, suero sanguíneo o tejido	Casos a los cuales se les realizó toma de muestra con resultado	Porcentaje de casos con muestras en el total de casos notificados	Óptimo >90 a 100 Bueno = 80 a 89 Regular = 70 a 79 Débil = 0 < 69

6.7. ANÁLISIS DE RIESGO

Para poder evaluar el riesgo de transmisión y priorizar las intervenciones, se trabaja con los indicadores descritos en la Tabla N° 4.

El CDC realiza el análisis de casos de leishmaniasis de acuerdo a la distribución y tendencia de casos.



NTS N° 225 -Minsa/CDC-2025
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS EN EL PERÚ

Tabla N° 4. Indicadores de vigilancia en salud pública en leishmaniasis humana

Indicadores	Cálculo	Uso
Casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea	N° total de casos nuevos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea, por año, por distrito, provincia, departamento o país y forma clínica	Conocer la ocurrencia de casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea, la distribución y tendencia
Tasa de incidencia de leishmaniasis cutánea y mucocutánea	N° total de casos nuevos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea, por año, distrito, provincia, departamento o país y forma clínica/total de la población del área geográfica x 100 mil	Identificar y monitorizar el riesgo de la ocurrencia de casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea
Tasa de letalidad	N° total de muertes por leishmaniasis en el año/total de casos de leishmaniasis por departamento en el año x 100	Conocer la gravedad de la leishmaniasis
Proporción de casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea por sexo	N° total de casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea ocurridos en el año, por sexo/total de casos de leishmaniasis por distrito, provincia, departamento o país x 100	Conocer la ocurrencia de casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea, por sexo
Proporción de casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea por curso de vida	N° total de casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea ocurridos en el año, por grupo de edad por distrito, provincia, departamento, o país x 100	Conocer la ocurrencia de casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea, y monitorear por cursos de vida
Proporción de casos de leishmaniasis cutánea o mucocutánea en niños menores de 10 años	N° total de casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea en niños menores de 10 años con diagnóstico confirmado ocurridos en el año, por distrito, provincia, departamento, o país x 100	Conocer la ocurrencia de casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea en menores de 10 años y monitorear la transmisión intradomiciliaria
Proporción de leishmaniasis cutánea y mucocutánea por forma clínica	N° total de casos nuevos de leishmaniasis cutánea o mucocutánea, ocurridos en el año/total de casos de leishmaniasis x 100	Conocer la ocurrencia de casos de leishmaniasis por forma clínica de acuerdo a la ubicación de las lesiones
Proporción de leishmaniasis cutánea y mucocutánea por criterio de confirmación	N° total de casos nuevos de leishmaniasis cutánea o mucocutánea, ocurridos en el año por criterio de confirmación/total de casos de leishmaniasis x 100	Conocer la ocurrencia de casos de leishmaniasis por criterio de confirmación

6.8. FINANCIAMIENTO DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Las GERESA/DIRESA/DIRIS o las que hagan sus veces en sus respectivas jurisdicciones, programarán el financiamiento de las actividades establecidas en la presente Norma Técnica de Salud con el presupuesto institucional de cada unidad ejecutora.

VII. RESPONSABILIDADES

7.1. Nivel nacional:

El Ministerio de Salud, a través del CDC, es responsable de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional, así como de brindar asistencia técnica, monitorear y supervisar su cumplimiento.



7.2. Nivel regional:

Las GERESA/DIRESA/DIRIS o las que hagan sus veces son responsables de la difusión de la presente Norma Técnica de Salud en los establecimientos de salud de sus respectivas jurisdicciones, así como de su implementación, monitoreo y supervisión de su cumplimiento.

7.3. Nivel local:

Los directores o jefes de los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos, y los directores de las redes y microrredes de salud son responsables de la implementación y aplicación de la presente Norma Técnica de Salud en lo que les corresponda.

VIII. ANEXOS

- Anexo N° 01: Ficha clínico epidemiológica de leishmaniasis.
- Anexo N° 02: Registro semanal de notificación epidemiológica individual.
- Anexo N° 03: Diagnóstico de laboratorio de la leishmaniasis.
- Anexo N° 04: Flujograma de notificación de casos probables de LC.
- Anexo N° 05: Flujograma de notificación de casos probables de LMC.
- Anexo N° 06: Flujograma de notificación de casos sospechosos de LV.
- Anexo N° 07: Acciones de vigilancia y control para áreas sin transmisión de leishmaniasis ante la aparición de un caso probable de LC o LMC.
- Anexo N° 08: Clasificación de leishmaniasis visceral en las Américas, según escenario epidemiológico y países correspondientes a cada escenario.
- Anexo N° 09: Flujograma de Análisis e Informe de Vigilancia Epidemiológica de Leishmaniasis.
- Anexo N° 10: Especies de *Lutzomyia* spp. implicadas en la transmisión de la leishmania en el Perú.
- Anexo N° 11: Mapa epidemiológico de casos de leishmaniasis. Perú 2000-2021.
- Anexo N° 12: Mapa de distribución de especies de leishmania. Perú 2000-2021.



I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN

1. Fecha de investigación: Día Mes Año 2. Fecha de notificación: Día Mes Año 3. Fecha de inicio de síntomas: Día Mes Año

4. GERESA/DIRESA/DISA: 5 Red/Microred 6. Establecimiento de Salud

7. Institución de salud: Minsa EsSalud Sanidad PNP Sanidad FFAA Privados
Otro

II. DATOS DEL PACIENTE

8. H.Clínica N° 9. Teléfono/Celular del paciente 10 Fecha de Nacimiento Día Mes Año

11. Mestizo Indígena amazónico
1 Apellido Paterno 2 Apellido Materno 3 Nombres Afro descendiente Descendiente asiático
 Andino Otro

12. Étnia
Pueblo étnia

13. DNI/Pasaporte 14. Edad 15. Género M F 16. Ocupación

17. Departamento 18. Provincia 19. Distrito 20. Localidad de residencia actual (nombre completo)

Dirección de residencia actual:

21. Nombre de la vía

22. Tipo vía Alameda Avenida Calle Jirón Pasaje Otros cual:

23. Agrupamiento Humano : Asentamiento Humano Asociación Urbanización Otros cual:

24. Nombre del agrupamiento humano

25. Manzana 26. Block 27. Interior 28. Kilometro 28. Lote 29. Número de puerta

30. Gestante SI NO 31. Edad gestacional:

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

32. Lugar de permanencia los últimos 2 meses

Departamento	Provincia	Distrito	Centro poblado	Actividad desarrollada	marcar con (x)		
					Silvestre	Rural	Semi rural

33. Antecedente de picaduras SI NO 34. ¿Conoce la titira, manta blanca? SI NO

35. ¿Anteriormente tuvo leishmaniasis? SI NO 36. ¿Dónde estuvo, hubo pacientes con leishmaniasis? SI NO

37. ¿Cuándo tuvo leishmaniasis? Día Mes Año 38. ¿Fumigaron su vivienda? SI NO Fecha: Día Mes Año

39. Material vivienda: (Especificar adobe, ladrillo, etc). Paredes: Techo: Piso:

40. Cría animales SI NO ¿Cuáles?

41. ¿Recibió tratamiento? SI NO 42. Medicamento: Vía de administración Período(Año)

LEISHMANIASIS CUTÁNEA LESIÓN ACTIVA

43. Número de lesiones: 43.1. Secuela: SI NO

44. Localización de la lesión activa (Marcar con una "X"):

Cara Cuello Miembro superior Tronco
Miembro inferior

Marcar la ubicación de las lesiones con numeración en la figura del reverso de la ficha **PARTE B**

LEISHMANIASIS MUCOCUTANEA LESIÓN ACTIVA

45. Número de lesiones: 45. Secuela: SI NO

46. Localización de la lesión (Marcar con una "X"):

Úvula Paladar Faringe
Epiglotis Fosas nasales Septum nasal

Marcar la ubicación de las lesiones con numeración en la figura del reverso de la ficha **PARTE B**



PERÚ

Ministerio de Salud

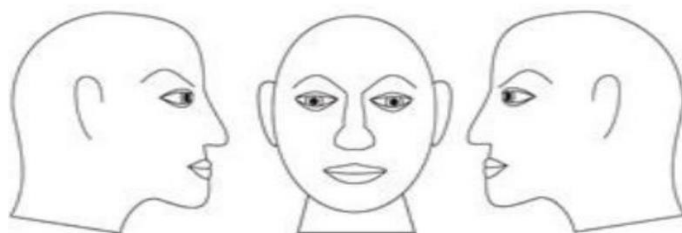
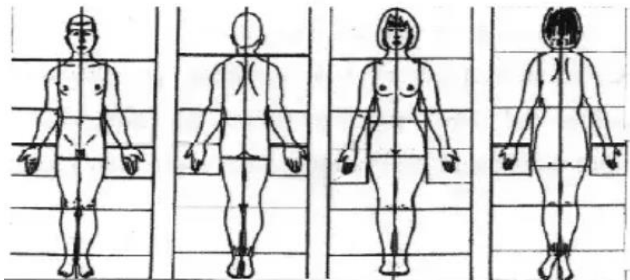
Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS PARTE B

MARCAR UBICACIÓN DE LAS LESIONES

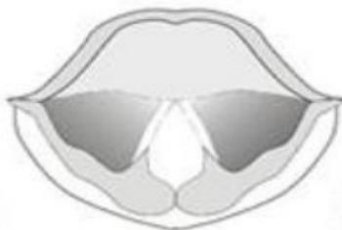
PARA LEISHMANIA CUTANEA :

Marcar ubicación de lesiones con numeración en la figura:



PARA LEISHMANIA MUCOCUTANEA:

Marcar ubicación de lesiones con numeración en la figura:



47. DATOS CLÍNICOS: LEISHMANIASIS VISCERAL (si se sospecha de un caso de leishmaniasis visceral importado o ha permanecido meses en zona endémica a esta enfermedad en otro país o sospecha de un caso autóctono. Marcar con un "x")

PARA LEISHMANIA VISCERAL:

Fiebre Adenopatía Esplenomegalia Adelgazamiento
Diarrea Inf. Respiratoria

48. COMORBILIDAD (señalar) : VIH SI NO Otra enfermedad:

IV. Criterio de confirmación por laboratorio Resultado: Positivo (+) Negativo (-) Pendiente (P) Sin muestra (SM)

49. Tipo de muestra

Fecha toma muestra	Fecha resultado	Frotis	IDRM	IFI (Título)	Lugar procesamiento	Observaciones

50. CLASIFICACIÓN DEL CASO

		Caso probable	Caso confirmado	Caso descartado
Leishmaniasis cutánea	B 55.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leishmaniasis visceral	B.55.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leishmaniasis mucocutánea	B.55.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caso autóctono Caso importado Recaída Reinfeción

Nombres y apellidos del personal de Salud _____

Fecha ___/___/___

ANEXO N° 03:

Diagnóstico de laboratorio de la leishmaniasis

3.1. Métodos parasitológicos

Son métodos ampliamente empleados en la confirmación de la enfermedad porque permite la visualización microscópica del parásito, entre ellos, el examen microscópico directo o frotis, método de elección debido a su simplicidad, bajo costo, elevada especificidad y sensibilidad especialmente en casos de leishmaniasis cutánea con un tiempo de evolución menor a 6 meses; así mismo, la sensibilidad es inversamente proporcional al tiempo de evolución de la enfermedad.

Otros métodos parasitológicos empleados son la observación microscópica de promastigotes mediante Cultivo *in vitro* y de amastigotes en los cortes histopatológicos, ambos métodos de elevada especificidad.

3.1.1. Método de examen microscópico directo o frotis.

Es el método de primera elección aplicable a todo nivel de establecimientos de salud del MINSA, no sólo por la sencillez del procedimiento sino por la elevada especificidad que presenta y la rapidez de los resultados.

Consiste en el reconocimiento de las formas amastigotes mediante observación microscópica de las muestras de tejido de lesión dispuestas en láminas portaobjetos y coloreadas con Giemsa.

En este método, la sensibilidad es variable y se debe, entre otros, a factores relacionados a la obtención de muestras, debido a ello, son necesarias las siguientes consideraciones que mejoran la eficiencia del método:

- La adecuada selección de la lesión de la cual se obtenga la muestra, la cual debe ser la que presente el menor tiempo de evolución.
- Estar libre de cualquier tipo de crema y/o empasto.
- No presentar manipulación o daños provocados por quemadura.
- La sobreinfección bacteriana reduce considerablemente la eficiencia del método por lo que es recomendable informar al médico.

Las muestras de tejido son obtenidas mediante raspado de lesión, empleando la hoja de bisturí o el borde romo de una lanceta, tratando de obtener muestra con la menor cantidad de sangre posible, y extendidas de manera suave, sobre una lámina portaobjetos limpia y desengrasada, procurando que el extendido sea delgado y uniforme, evitando pasar 2 veces por el mismo sitio. Asimismo, el examen microscópico directo o frotis se puede realizar a partir de improntas coloreadas con Giemsa, para lo cual se emplea un fragmento de tejido obtenido por biopsia y dispuestas por aposición sobre la superficie de una lámina portaobjeto.

En ambos casos, las láminas con el extendido de tejido y las improntas deben ser fijadas empleando alcohol metílico, llevados a reposo hasta la completa evaporación y coloreadas con tinción Giemsa por 30 minutos, luego lavados con agua, y secados a temperatura ambiente.

Para la identificación de las formas amastigotes, las láminas coloreadas son dispuestas en la platina de un microscopio de campo claro; la lectura se desarrolla con el objetivo de 100x empleando aceite de inmersión, se realiza la búsqueda de parásitos de *Leishmania* en todo el extendido. La identificación de al menos un parásito de *Leishmania* spp. en



todo el extendido, es suficiente para ser reportada como positivo, caso contrario, su ausencia será reportada como negativo.

3.2. Métodos serológicos

Los métodos serológicos permiten de manera indirecta el diagnóstico de la enfermedad por detección de anticuerpos IgG anti-*Leishmania* circulantes en suero. En el Perú, el método ampliamente empleado es la Inmunofluorescencia Indirecta, que utiliza promastigotes de *Leishmania (Viannia) braziliensis* como antígeno dispuestos en láminas de inmunofluorescencia; su empleo se recomienda en pacientes con probable leishmaniasis cutánea con un tiempo de evolución mayor a 3 meses, principalmente en casos crónicos y en leishmaniasis mucocutánea, debido a la dificultad que conlleva la obtención de muestra adecuada para la confirmación por métodos parasitológicos. Este método, a pesar de presentar una moderada sensibilidad y especificidad, la detección de probables casos de leishmaniasis cutánea reciente < 3 meses, no es recomendable debido a la baja concentración de anticuerpos IgG anti-*Leishmania* circulantes en suero, presenta reactividad cruzada con la enfermedad de Chagas; sin embargo, una buena historia clínico-epidemiológica, sin lesiones ni antecedente de leishmaniasis, ayuda a resolver el problema de especificidad.

Se basa en la unión de anticuerpos específicos presentes en muestras de suero (con ausencia de contaminación y hemólisis) a antígenos expresados en la superficie y el citoplasma de los promastigotes de *Leishmania* spp. fijados en los pocillos de una lámina de fluorescencia. La reacción antígeno-anticuerpo se visualiza por la adición de un anti IgG humano marcado con isotiocianato de fluoresceína (FITC), molécula que se une a los anticuerpos presentes en la muestra, dando lugar a una reacción fluorescente de color verde en el parásito, la cual es visualizada en un microscopio de fluorescencia.

La reacción antígeno - anticuerpo es evidenciada empleando microscopio de epifluorescencia con el objetivo 40X. Se considera positivo la reacción fluorescente de color verde en el parásito a partir de la dilución 1/40; las muestras con fluorescencia mayor al control positivo son llevadas a dilución sucesiva desde 1/40, 1/80, 1/160, 1/320, entre otros, según sea el caso. El título de la muestra corresponde a la última dilución donde se observó una evidente fluorescencia homogénea. La ausencia de fluorescencia es reportada como negativo, mientras que una reacción de fluorescencia baja será reportada como indeterminado.

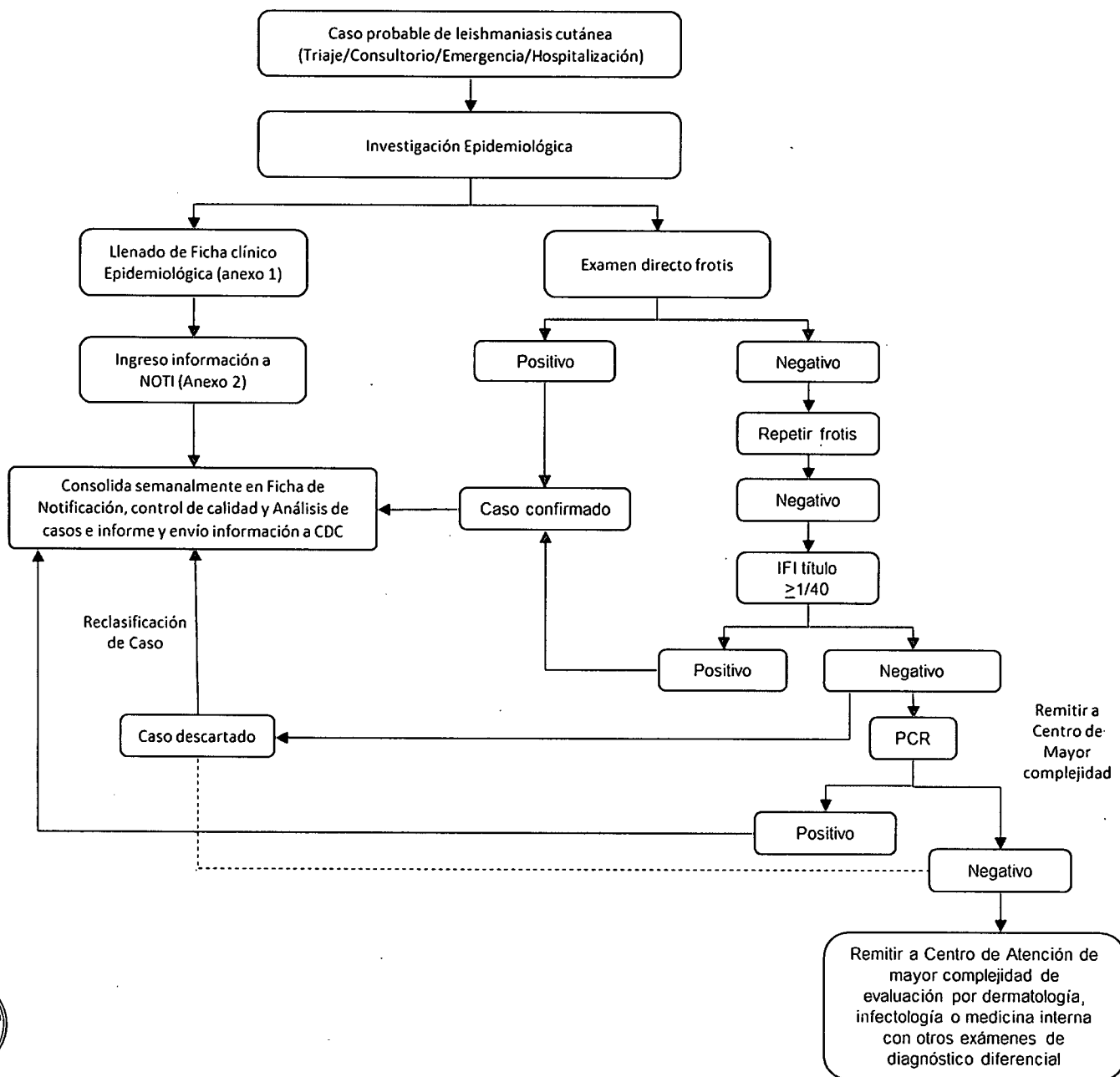
3.3. Métodos inmunológicos

El método inmunológico ampliamente empleado es la Intradermorreacción de Montenegro (IDRM), el cual se desarrolla mediante la aplicación intradérmica del antígeno Leishmanina, el cual permite evidenciar mediante la medición de la induración, producto de una respuesta de hipersensibilidad cutánea retardada, la exposición del paciente a la infección por *Leishmania* spp., presenta una elevada especificidad y sensibilidad, a pesar de ello, este método no permite diferenciar entre infección previa o actual. En el Perú, la Leishmanina es una solución proteica a una concentración de 25 a 30 ug/ml, obtenidos a partir de promastigotes lisados de *Leishmania (Viannia) peruviana*, la cual es aplicada en el antebrazo izquierdo del paciente. Se utiliza como herramienta de apoyo en el diagnóstico, principalmente en las formas cutáneas crónicas y cutáneas mucosas de la enfermedad, y para descartar la enfermedad por reacción negativa; puede utilizarse también en estudios epidemiológicos para determinar la exposición al parásito.



ANEXO N° 04:

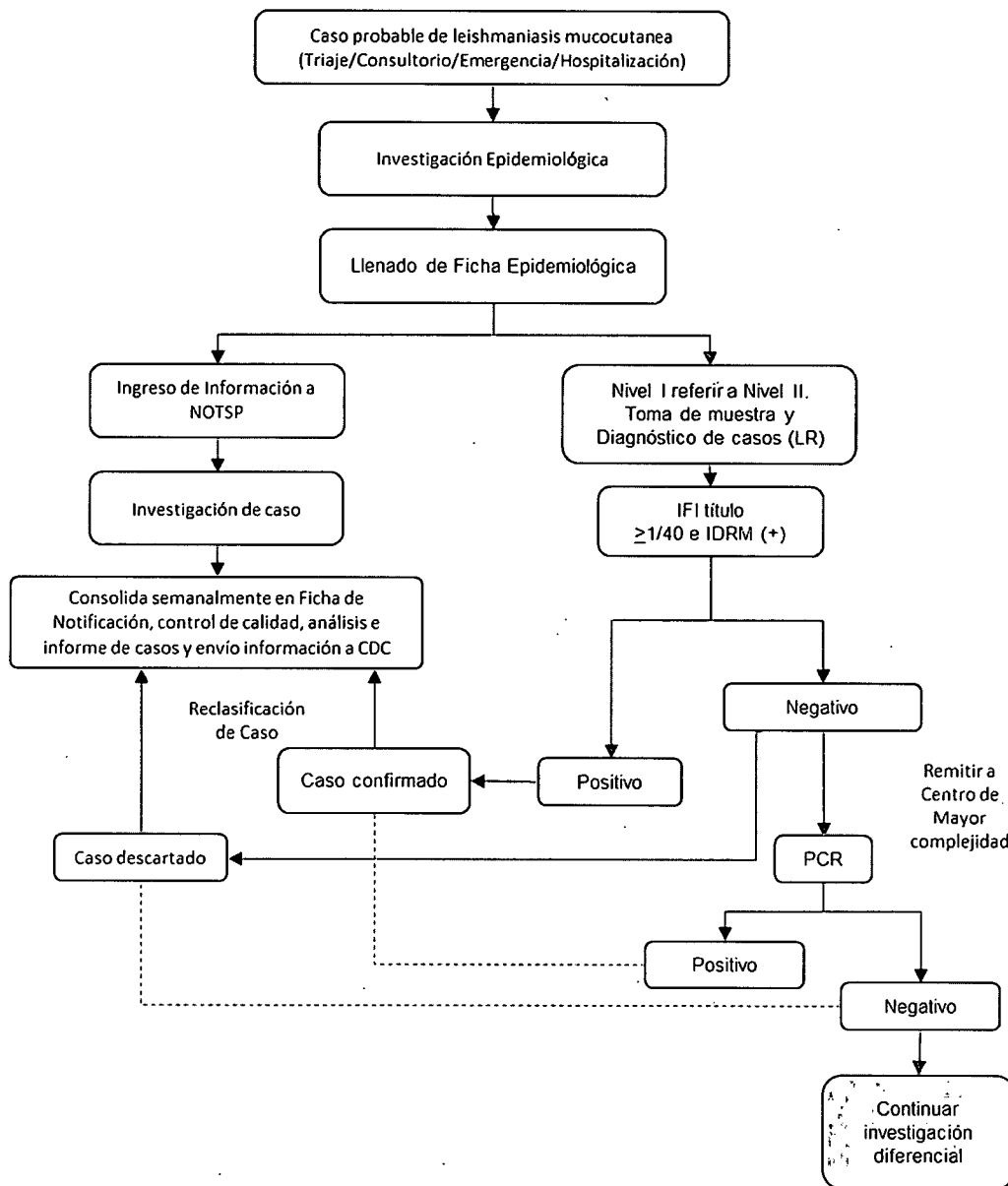
Flujograma de notificación de casos probables de leishmaniasis cutánea



FUENTE: Adaptado de Manual de Procedimientos para la Vigilancia y Control de la Leishmaniasis en Las Américas – OPS – 2019.
 Manual Leishmaniasis INS. 1997.

ANEXO N° 05:

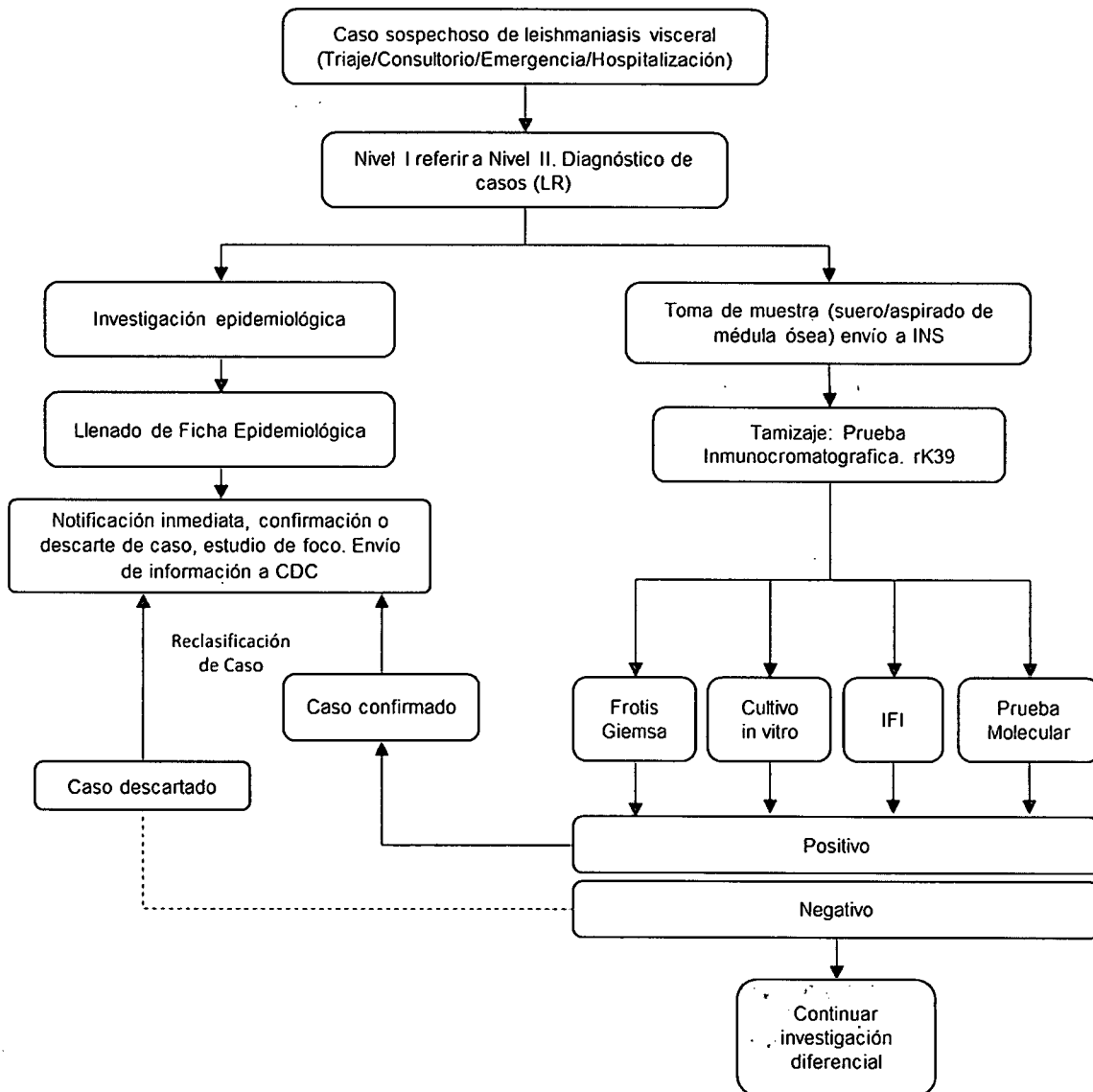
Flujograma de notificación de casos probables de leishmaniasis mucocutánea



FUENTE: Adaptado de Manual de Procedimientos para la Vigilancia y Control de la Leishmaniasis en Las Américas – OPS – 2019.

ANEXO N° 06:

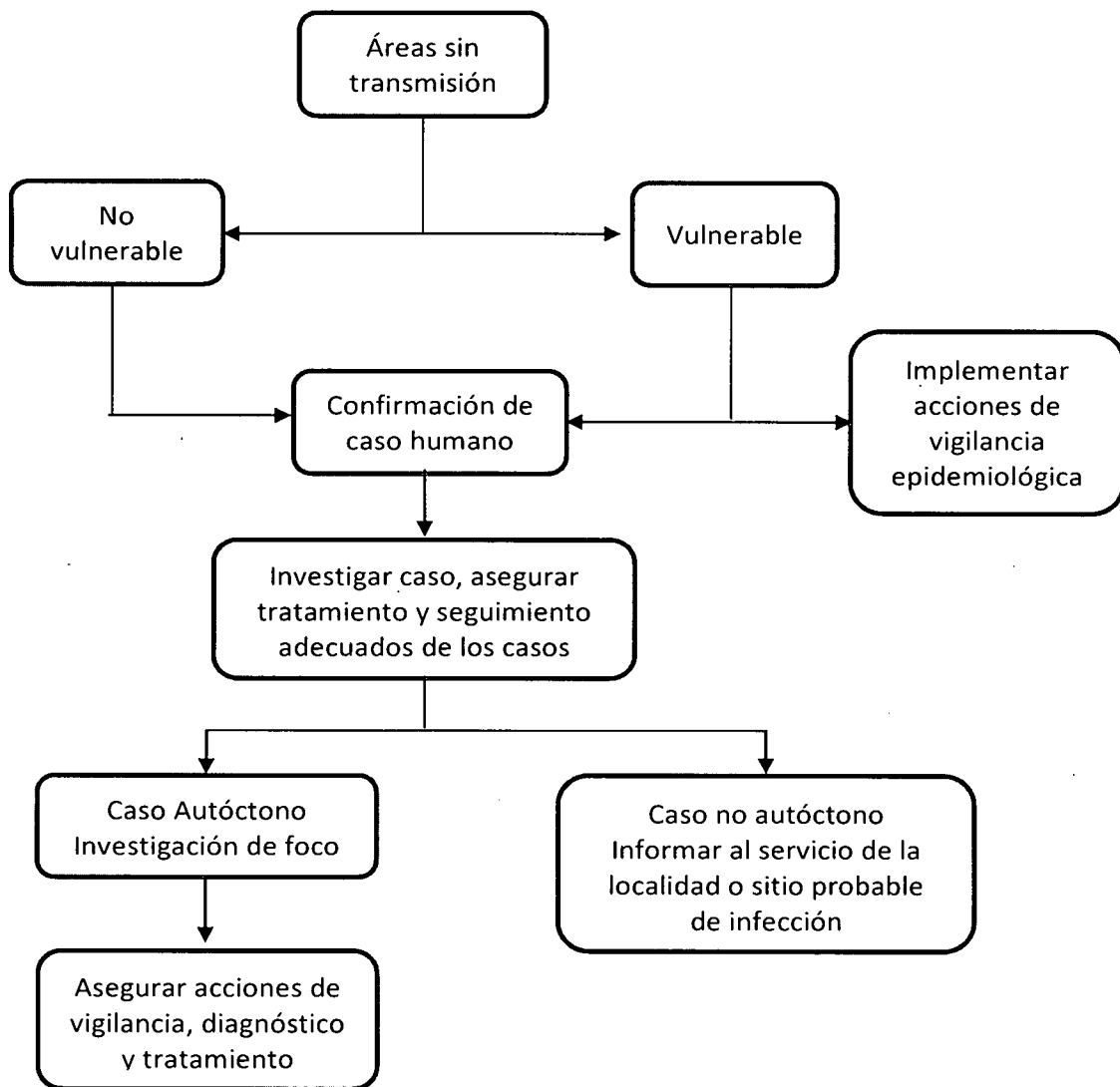
Flujograma de notificación de casos sospechosos de leishmaniasis visceral



FUENTE: Adaptado de Manual de Procedimientos para la Vigilancia y Control de la Leishmaniasis en Las Américas – OPS – 2019.

ANEXO N° 07:

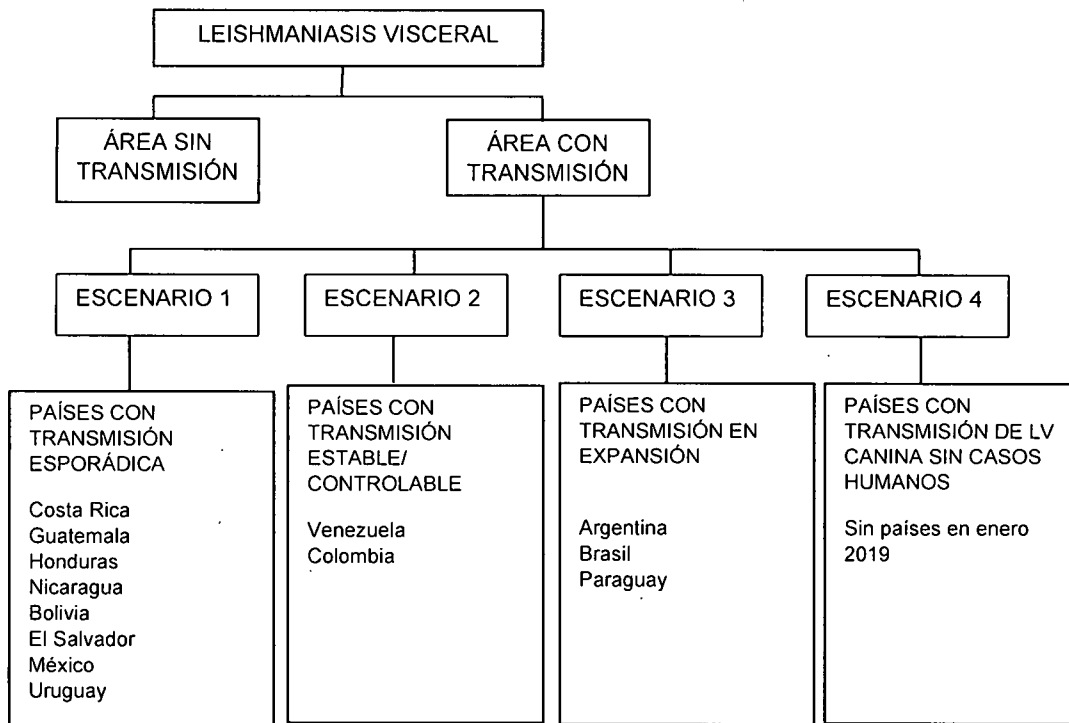
Acciones de vigilancia y control para áreas sin transmisión de leishmaniasis ante la aparición de un caso probable de leishmaniasis cutánea o leishmaniasis mucocutánea



FUENTE: Adaptado de Manual de Procedimientos para la Vigilancia y Control de la Leishmaniasis en Las Americas- OPS-2019

ANEXO N° 08:

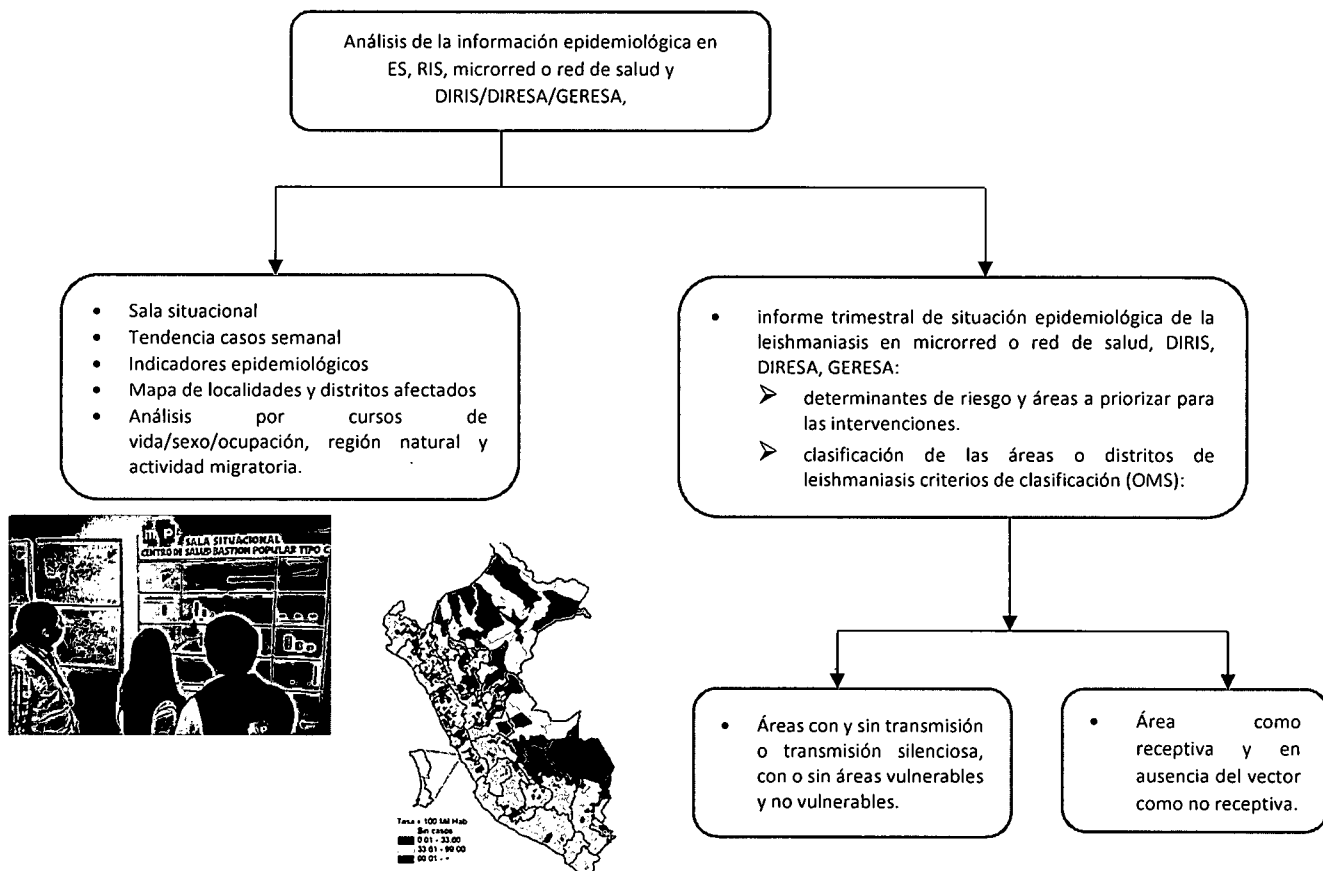
Clasificación de leishmaniasis visceral en las Américas, según escenario epidemiológico y países correspondientes a cada escenario



(*) Extraído de Manual de Procedimientos para la Vigilancia y Control de la Leishmaniasis en Las Américas.

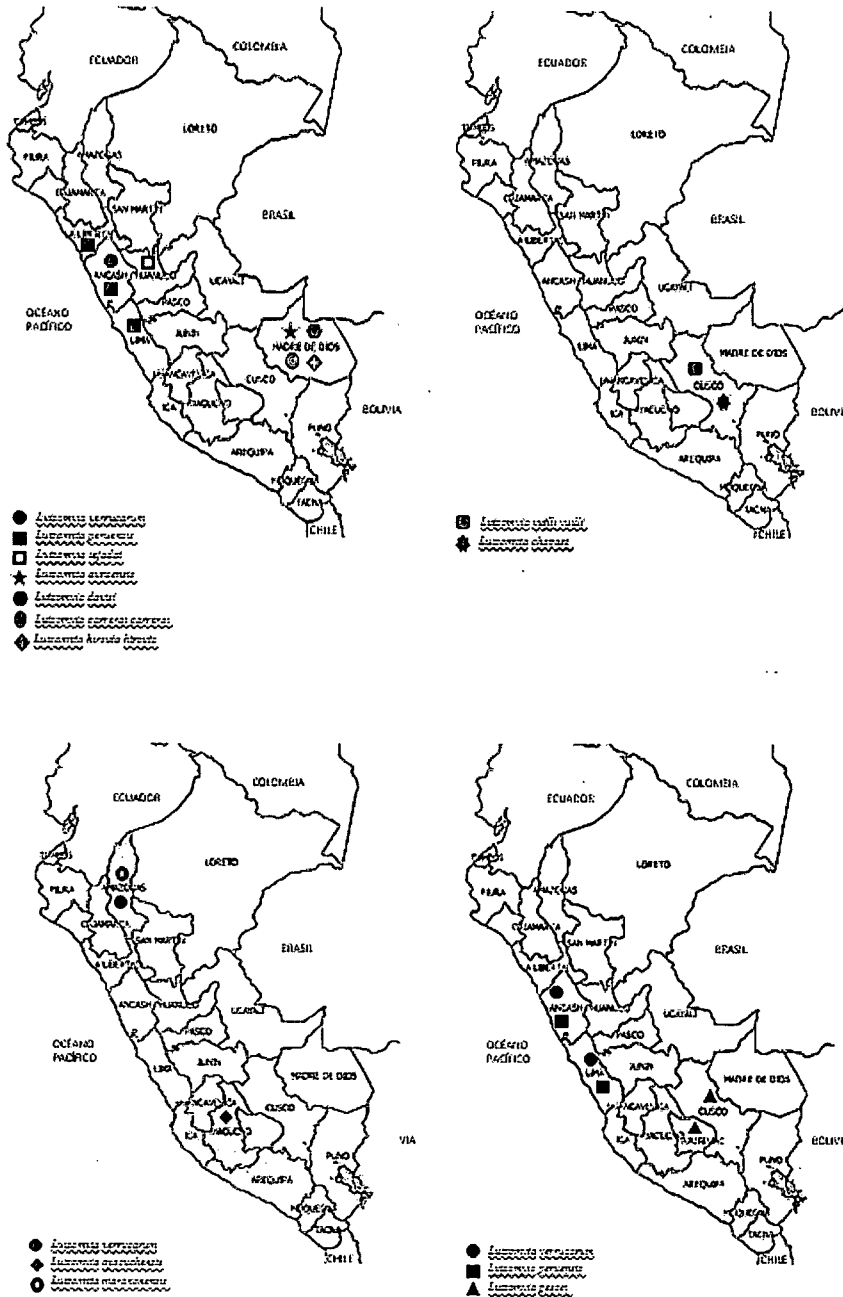
ANEXO N° 09:

Flujograma de Análisis e Informe de Vigilancia Epidemiológica de Leishmaniasis



ANEXO N° 10:

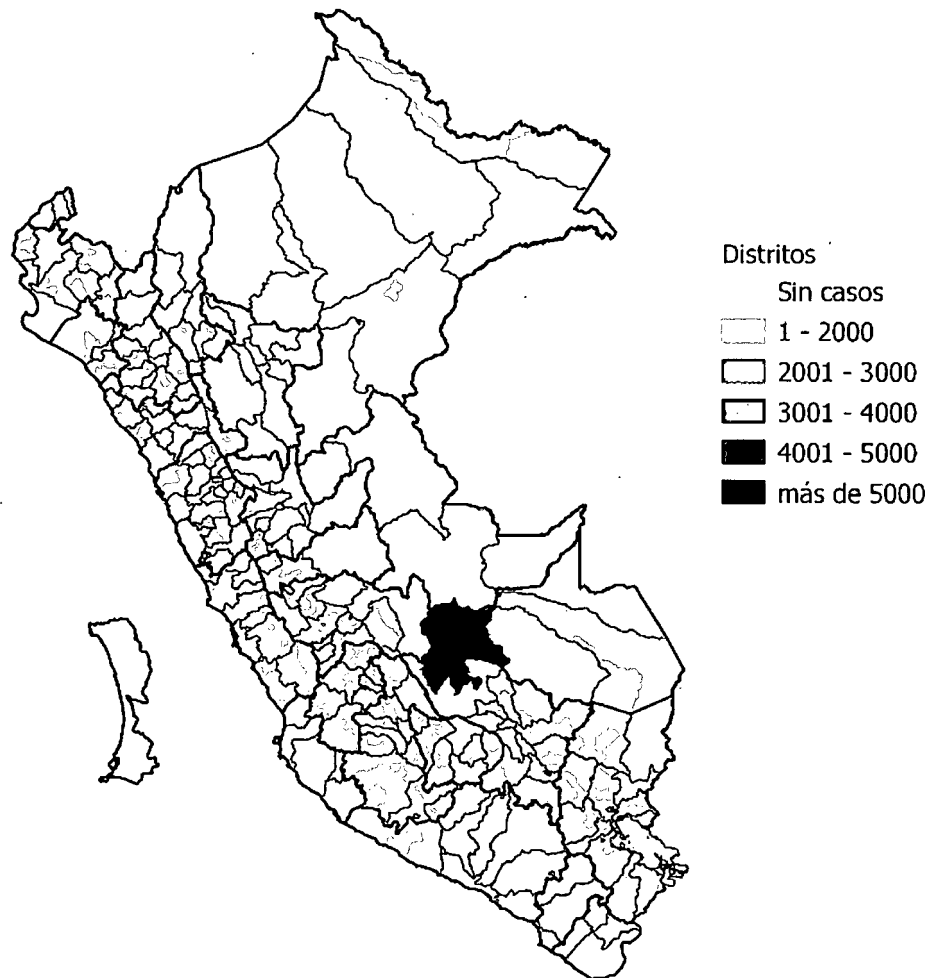
Especies de *Lutzomyia* spp. implicadas en la transmisión de la leishmania en el Perú



Fuente: Instituto Nacional de Salud

ANEXO N° 11:

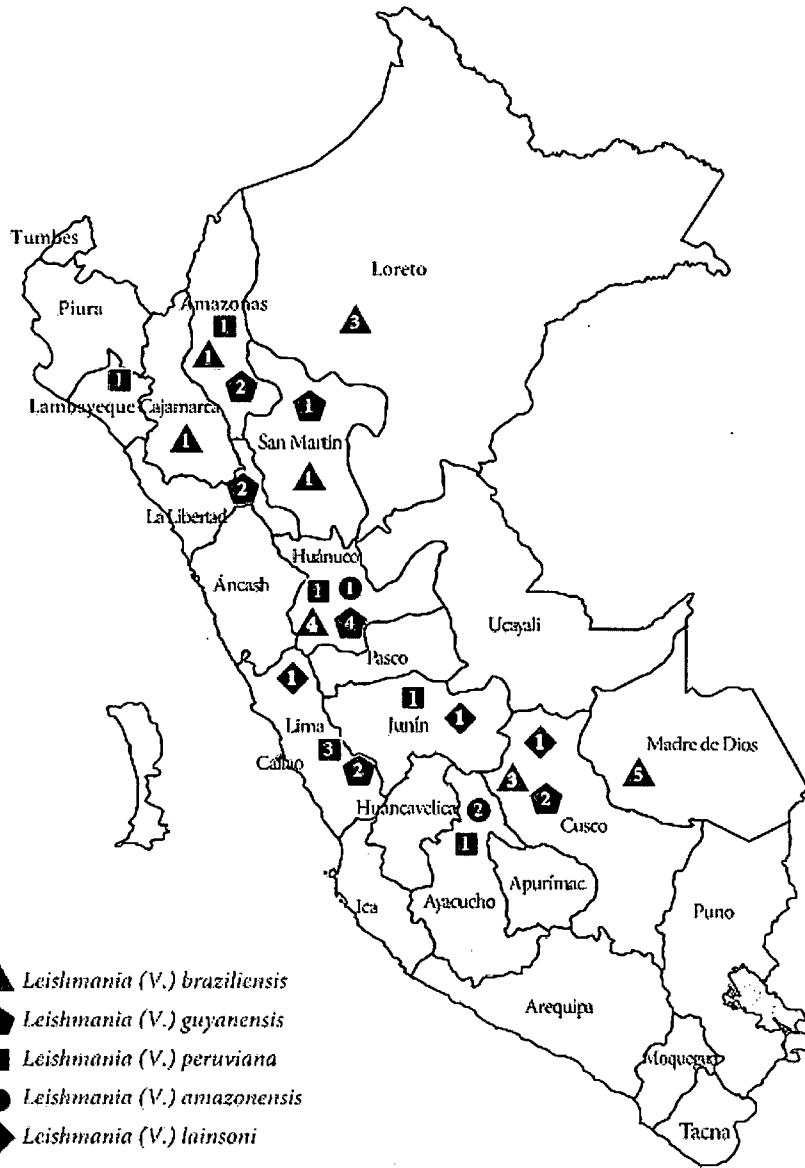
Mapa epidemiológico de casos de leishmaniasis. Perú 2000-2021



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

ANEXO N° 12:

Mapa de distribución de especies de leishmania. Perú 2000-2021



Las cifras representan el número de casos por región según especie de *Leishmania*



Fuente: Sandoval-Juarez AC, Minaya-Gómez GS, Rojas-Palomino N, Cáceres O. Identificación de especies de *Leishmania* en pacientes derivados al Instituto Nacional de Salud del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2020;37(1): DOI.org/10.17843/rpmesp.2020.371.4514.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Manual de procedimientos para vigilancia y control de las Leishmaniasis en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019
2. Alten B, Ozbel Y, Ergunay K, Kasap OE, Cull B, Antoniou M, et al. Sampling strategies for phlebotomine sand flies (Diptera: Psychodidae) in Europe. *Bull Entomol Res.* 2015;105(6):664–78.
3. Alvar, J., Vélez, I. D., Bern, C., Herrero, M., Desjeux, P., Cano, J., & WHO Leishmaniasis Control Team. Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence. *PloS one*, 2012; 7(5), e35671.
4. Matsumoto V. Borges R, La Leishmaniasis Visceral en el Mundo y en América Latina: Una enfermedad desatendida. São Paulo, São Paulo, Brazil 2016.
5. Ministerio de Salud México. Manual para el diagnóstico, tratamiento y control de las Leishmaniasis 2015
6. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar. 1ª edição. Brasília-DF. 2017.
7. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral 1ª edição, 5ª reimpressão. Brasília-DF- 2014
8. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay – OPS 2018. Manual de Diagnóstico y Tratamiento de las Leishmaniasis. -- Asunción: OPS/OMS. 2018.
9. Moo D. Moo-Llanes, D. A. Nicho ecológico actual y futuro de la Leishmaniasis (Kinetoplastida: Trypanosomatidae) en la región Neotropical. *Revista de Biología Tropical*, 2016; 64(3), 1237-1245.
10. Organización Panamericana de la Salud. Manual de procedimientos para vigilancia y control de las Leishmaniasis en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019.
11. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Informe de Leishmaniasis N° 7 - marzo, 2019
12. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para fortalecer la vigilancia y Control de las Leishmaniasis en Las Américas 2017-2022
13. Organización Panamericana de la Salud. Documento Operativo de Aplicación del Manejo Integrado de Vectores Adaptado al Contexto de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019.
14. Oryan A., Akbari M. Oryan, A., & Akbari, M. Worldwide risk factors in Leishmaniasis. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 2016; 9(10), 925-932.
15. Salomón, O. D., Mastrángelo, A. V., Santini, M. S., Liotta, D. J., & Yadón, Z. E. La eco-epidemiología retrospectiva como herramienta aplicada a la vigilancia de la Leishmaniasis en Misiones, Argentina, 1920-2014. *Rev. Panam.Salud Pública.* 2016; 40, 29-39.
16. Trindade J., Miranda de Araujo.V, Soeiro D, Rogerlandio F, Loureiro G. Burden of Leishmaniasis in Brazil and federated units, 1990-2016. doi.org/10.1371/journal.pntd.0006697.

