

INFORME DEL EVENTO

LEISHMANIASIS COLOMBIA 2017

INFORME DE EVENTO LEISHMANIASIS, COLOMBIA, 2017.

Nieves Johana Agudelo Chivatá
Equipo de Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis
Grupo de Enfermedades Transmisibles
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN



Las leishmaniasis son zoonosis que afectan la piel, las mucosas y las vísceras, resultantes del parasitismo de los macrófagos por un protozooario flagelado del género *Leishmania*, introducido al organismo por la picadura de un insecto flebotomíneo hembra, que pertenece al género *Lutzomyia*. Las presentaciones clínicas varían de acuerdo con la especie parasitaria, la respuesta inmune del hospedero y el estado evolutivo de la enfermedad. Las formas de presentación clínica de la enfermedad son: La leishmaniasis cutánea, leishmaniasis mucosa y leishmaniasis visceral. La infección en el hombre se puede dar a partir de parásitos provenientes de un reservorio animal (ciclo zoonótico) o a partir de parásitos que el vector ha tomado de otro hospedero humano (ciclo antroponótico).

Los cuadros clínicos producidos son diversos y dependen de la especie infectante y la inmunidad del hospedero. La especie infectante está determinada por el vector que la transmite y, a su vez, la presencia del vector está determinada por las condiciones ecológicas de cada región del país (1).

Según el contexto normativo internacional, para la Leishmaniasis, se estableció en la Resolución WHA 60.13 de 2007 en la Asamblea Mundial de la Salud, que los estados miembros se comprometieron en intensificar esfuerzos para fortalecer las acciones de vigilancia y control de la Leishmaniasis. Igualmente, en la Resolución CD49.R19, 2009 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estableció la eliminación y control de enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas a la pobreza, como el compromiso de fortalecer las acciones de vigilancia y control en la América (2). En el 2015, en el comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas CD55/15, se estableció el Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas, las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022, estableciendo indicadores relacionados a aumentar el diagnóstico y la cobertura del tratamiento de diferentes formas clínicas de la leishmaniasis (3).

En el ámbito nacional, en el 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, y enmarco sus acciones en la Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles estableció la meta de “Reducir la carga de enfermedades transmitidas por vectores (malaria, dengue, leishmaniasis, enfermedad de Chagas) producto de su discapacidad, mortalidad y morbilidad” a través de la implementación, monitoreo, evaluación y seguimiento de la Estrategia de gestión integral EGI-ETV según sus componentes para el cumplimiento objetivos: reducción progresiva y sostenida del número de muertes por leishmaniasis visceral a menos del 1% en todas las entidades territoriales y reducir la morbilidad por leishmaniasis a menos de 100 casos por

cada 100.000 habitantes en riesgo, en focos intervenibles de las áreas endémicas del país(4). Igualmente, desde la vigilancia en salud pública, se fortaleció sus competencias en el marco del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016, en el título 8, artículo 2.8.5.2.14 se establece que las zoonosis que deben notificarse por periodos epidemiológicos, el cual se está realizando a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (5).

En el 2016, se expide la Resolución 429 de 2016 donde se establece la Política de atención integral en salud (PAIS) y en la Resolución 3202 de 2016, el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas integrales de Atención en Salud (RIAS) como lineamiento para la atención integral de pacientes con leishmaniasis a través de las RIAS de enfermedades infecciosas para leishmaniasis (6).

De acuerdo al contexto normativo, la importancia la vigilancia del evento leishmaniasis, está dada por el análisis de la información y el comportamiento histórico, siendo está una enfermedad de predominio rural, que se presenta principalmente en hombres en edades económicamente activos, relacionado a actividades laborales, de acuerdo a los ciclos de transmisión selvático, rural y doméstico, en áreas enzoóticas donde se ha evidencia la circulación del parásito, dinámica y presencia del vector según hallazgos entomológicos.

En el país, la Leishmaniasis en sus tres (3) formas clínicas se consideran un problema de salud pública, por los cambios en el comportamiento del evento, la aparición de nuevos focos, la domiciliación del vector dada por la frecuencia de casos en estudiantes y amas de casa, la urbanización del ciclo de transmisión que ha permitido la presentación de un ciclo selvático como un ciclo antroponótico que facilita un mayor número de casos en diferentes grupos de edad (1).

Sin embargo, existen diferentes factores de riesgo que favorecen la presencia del vector y la enfermedad, tales como: deficientes condiciones socioeconómicas que conllevan a la pobreza, malnutrición, falta de saneamiento básico, y presencia en el entorno de reservorios domésticos y silvestres.

La Leishmaniasis visceral, es la forma clínica con mayor afectación en menores de 15 años, y adultos con algún inmunocompromiso, causa mortalidad a los menores que no son diagnosticados y tratados oportunamente, según guía clínica de manejo para la leishmaniasis (7).

Por lo anterior, se hace necesaria continuar con la vigilancia del evento para proveer la información necesaria para la caracterización de poblaciones vulnerables, identificar de manera oportuna posibles alertas, suministrar las medidas que orienten las estrategias para la promoción, prevención y control, que contribuyan en la disminución de la morbilidad para cada una de las formas de leishmaniasis y la mortalidad en casos de leishmaniasis visceral. De igual manera, se busca brindar herramientas que guíen las estrategias de prevención y control dirigidas al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los casos, el control vectorial, el control de reservorios, el fortalecimiento en las actividades de educación e información a la comunidad para la prevención y conocimiento de la enfermedad (1).

El objetivo general de la vigilancia del evento Leishmaniasis es establecer la frecuencia y distribución de morbi-mortalidad del evento en el país en el periodo comprendido de la semana epidemiológica 1 a 52 de 2017. Sus objetivos específicos establecidos fueron: determinar la magnitud y gravedad de las formas clínicas cutánea, mucosa y visceral de

leishmaniasis en el país. Establecer los indicadores de vigilancia del evento, y las características demográficas y sociales de los casos de leishmaniasis en el territorio nacional. Determinar oportunamente los cambios en los patrones de ocurrencia de las leishmaniasis, a partir del seguimiento periódico del evento en áreas endémicas y aquellas no endémicas con las condiciones eco-epidemiológicas que favorezcan su transmisión.

2. MATERIALES Y MÉTODOS



Este es un estudio descriptivo retrospectivo, con la única fuente de información los casos individuales notificados al Sistema de Vigilancia de Salud Pública (SIVIGILA) de las tres formas clínicas de la enfermedad (leishmaniasis cutánea código 420, mucosa código 430 y visceral código 440 al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en el periodo comprendido de las semanas epidemiológicas 01 a 52 de 2017, siendo este el tamaño del universo. Para el cálculo de la muestra, se realizó depuración de la base del evento leishmaniasis 2017, se tomó la base de datos de cierre del año 2017 suministrado por el SIVIGILA y se llevó a cabo la depuración para eliminar: los registros con ajuste por error de digitación (ajuste D) por no cumplir con definición de caso, los registros duplicados con base al número de documento de identificación y el nombre completo de los pacientes, así como los registros de casos descartados por laboratorio como criterios de exclusión.

Para la depuración de las bases de leishmaniasis cutánea y leishmaniasis mucosa, los criterios de discriminación fueron: semana epidemiológica (menor a 12 semanas se considera como caso repetido), fecha de inicio de síntomas (menor a 90 días se considera como caso repetido), fecha de consulta (menor a 90 días se considera como caso repetido). Para los casos identificados como repetidos al comparar el número de identificación, una vez seguido el algoritmo de depuración anterior, prima el caso con la fecha de notificación con la semana epidemiológica más antigua. De igual manera para los casos identificados como repetidos al comparar el nombre completo.

Respecto a la base de leishmaniasis visceral, el criterio de discriminación fue los resultados por Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) suministrados por el laboratorio de Parasitología de La Red Nacional de Laboratorios del INS y su sistema (enterprise), con el fin de identificar los resultados de las muestras remitidas para control de calidad de los casos probables y descartados para esta forma clínica y la correspondencia de los casos registrados con ajuste confirmados por laboratorio según lo estipulado con los lineamientos de vigilancia vigente.

Para el análisis de comportamientos inusuales, se realizó análisis por probabilidad de poisson, según el histórico de casos notificados por cada año (2008 a 2017) para la semana epidemiológica a analizar. Se realizó el cálculo del promedio de casos (esperado) para la semana epidemiológica analizar, y el dato de los casos observados acumulados a la semana epidemiológica analizar, para con estos datos realizar el cálculo de la razón y probabilidad poisson para cada entidad territorial, determinando si los datos se encuentran en incremento o decremento, identificando si los resultados obtenidos son estadísticamente significativos (razón >1 poisson $<0,05$).

En el análisis de los indicadores de vigilancia del evento, establecidos en el protocolo de vigilancia para cada forma clínica de la leishmaniasis. Para el cálculo del indicador de incidencia de casos por cada forma clínica, se realizó por entidad territorial según los casos

nuevos notificados por procedencia, utilizando como denominador la población a riesgo Leishmaniasis establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, para el año correspondiente. Con relación al indicador de porcentaje de casos tratados, para este cálculo, se tuvo en cuenta la frecuencia de casos de las diferentes formas clínicas vs los casos notificados con la variable medicamento (Tratamiento local o sistémico), información de gran importancia para el programa de Leishmaniasis del MSPS.

Para el cálculo del indicador de porcentaje de coinfección VIH, en casos los casos de Leishmaniasis visceral, se realizó revisión de cada uno de los casos notificados identificando la variable de coinfección con VIH como numerador y como denominador los casos confirmados de leishmaniasis visceral para cada entidad territorial.

El indicador de letalidad de Leishmaniasis visceral, se identificó los casos que en su condición final fue muerto para el numerador, mientras que para el denominador se tuvieron en cuenta el total de casos confirmados por laboratorio de Leishmaniasis visceral por entidad territorial.

En el anexo se amplía la información del comportamiento epidemiológico en tablas, mapas según variables de las características sociales y demográficas, se hace énfasis en la población a riesgo por etnia, aseguramiento, grupo de edad, y ocupación relacionados con Minería, Militares y estudiantes-amas de casa que está relacionado con los ciclos de transmisión de la Leishmaniasis: ciclo selvático, rural y domestico peri-urbano-urbano de acuerdo a los datos registrados en la fichas de notificación del evento, datos básicos y complementarios.

Los datos se procesaron en el programa excel 2013 y Epi Info TM 7, utilizando frecuencias absolutas y relativas para la generación de un análisis descriptivo retrospectivo de la situación del evento, estimando la magnitud en lugar y persona; estableciendo su tendencia y detectando cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación mediante el análisis comparativo en el tiempo a través de elaboración de canales endémicos por semana epidemiológica según método de Bortman.

3. RESULTADOS



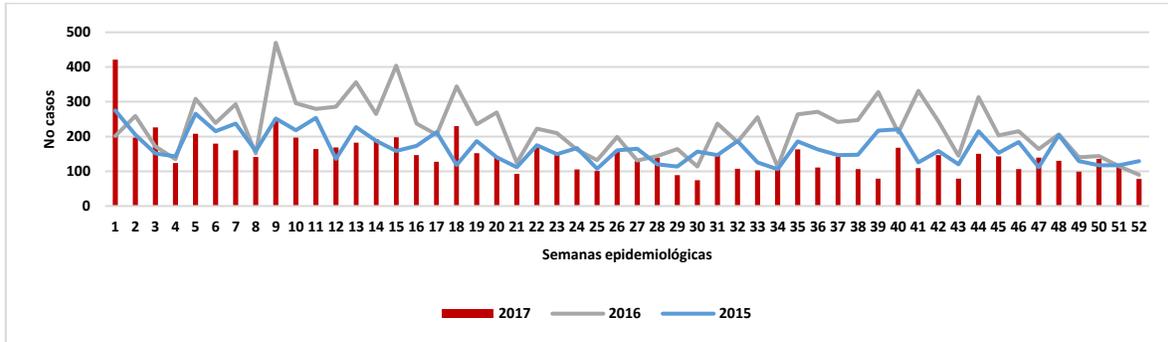
Para las semanas epidemiológicas 01 a 52 del año 2017, se notificaron un total de 7.998 casos, teniendo en cuenta los registros de las tres formas clínicas (leishmaniasis cutánea, mucosa y visceral). Se descartaron 530 registros (6,6 %), que correspondían a casos repetidos, errores de digitación, descartados por laboratorio y no cumplimiento a la definición de caso, según criterios de vigilancia epidemiológica para cada una de las formas clínicas de Leishmaniasis.

Luego del proceso de depuración de los casos notificados al Sivigila, quedaron en el sistema de vigilancia en salud pública 7827 registros de casos de leishmaniasis, de los cuales, el 98,3 % (7696/7827) fueron de la forma cutánea, el 1,30 % (102/7827) casos corresponden a la forma mucosa, y el 0,3% (29/7827) casos a la forma visceral.

La tendencia de casos, en los últimos años para el evento Leishmaniasis cutánea, se observa un comportamiento fluctuante, con descenso de casos en los años 2013 al 2015, un ascenso de casos en algunas épocas del año 2016 (11.847 casos), mientras que para el año 2017 se presentó un descenso de casos, con una disminución del 44 % (4023) de

los casos con respecto al año anterior, con un promedio de 150 casos notificados por semana epidemiológica (ver gráfica 1).

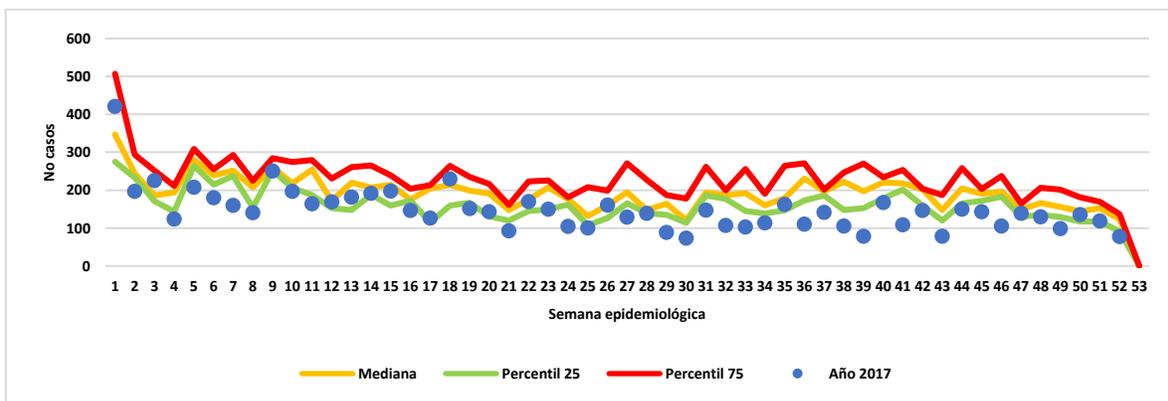
Gráfica 1. Comportamiento de la notificación de casos de Leishmaniasis cutánea, Colombia, semana epidemiológica No 1 a 52 de 2015 a 2017.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2015 a 2017

En el año 2017, el comportamiento observado en el canal endémico para la Leishmaniasis cutánea, en la mayoría de las semanas epidemiológicas estuvo dentro de lo esperado, sin embargo, se presentaron cuatro (4) situaciones de brotes en diferentes entidades territoriales: (Tibú) Norte de Santander, (Tumaco) Nariño, (Dibulla) La Guajira, y (Ibagué) Tolima (ver gráfica 2).

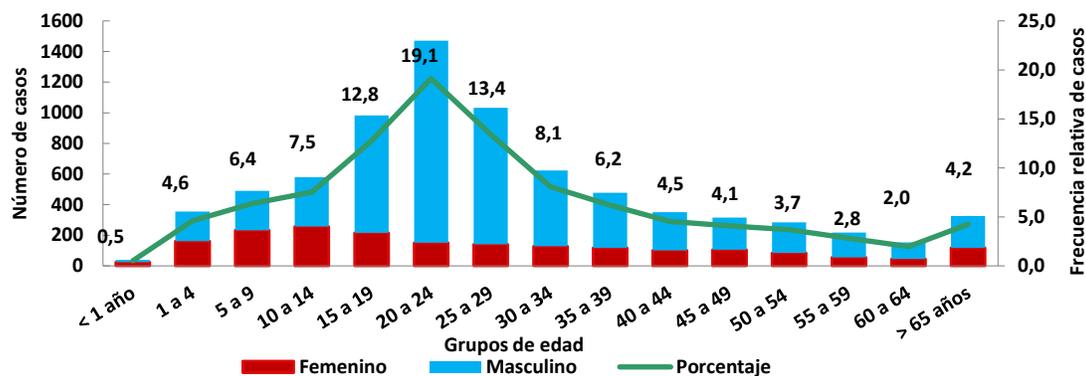
Gráfica 2. Canal endémico del Leishmaniasis cutánea, Colombia, semana epidemiológica No 1 a 52 de 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2017.

Según las características sociales y demográficas del evento Leishmaniasis cutánea en el año 2017 el 75% (5756/7696) de los casos se registraron en el sexo masculino, mientras que el 25,2% (1940/7696) de los casos en el sexo femenino. El 45,3% (3485/7696) de los casos corresponden a los grupos de edad de 15 a 29 años, población económicamente activa, edad promedio de 28 años, mediana de 24 años y moda de 19 años, desviación estándar de 17 años, mínimo de un (1) mes y máximo de 107 años (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Distribución porcentual de casos de Leishmaniasis cutánea, según sexo y grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica No 1 a 52 de 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2017.

El 59,2% (4557/7696) de los casos se registraron en el régimen subsidiado, seguido del 20,7% (1591/7696) régimen de excepción con un porcentaje de 22,6% (1741/7696) en Militares (ver anexo).

El 86% (6613/7696) correspondiente al otro grupo poblacional, sin embargo, el 7% corresponde afrocolombiano y el 6,6% a indígenas, probablemente relacionado con exposición al vector y actividades laborales. De acuerdo con los grupos poblacionales de importancia, se identificó que el 3,2% (246/7696) casos corresponden a desplazados, mientras que el 0,4% (31/7696) de los casos se reconocen como víctimas de la violencia, así mismo el 0,3% (21/7696) casos corresponden a gestantes, según tratamiento recibido el 52,4% (11/21) le fue suministrado tratamiento sistémico contraindicado según guía clínica.

Según el área del caso, el 78% (5993/7696) de los casos corresponden al área rural, mientras que el 22,1% (1703/7696) caso al área de cabecera municipal y centros poblados.

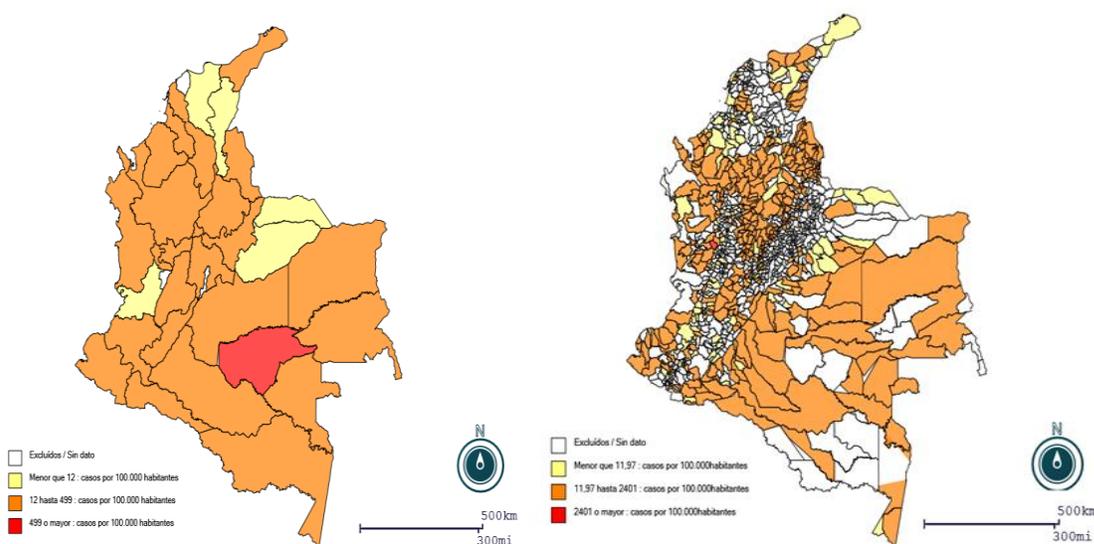
El 3,3% (257/7696) de los casos de forma cutánea requirieron hospitalización, un 20,7% (1595/7696) ya había recibido tratamiento anteriormente. La ubicación de las lesiones el 46,7% (3596/7696) de los casos se presentaron lesiones en miembros superiores, seguido del 34,7% (2667/7696) casos que informo que sus lesiones fueron en miembros inferiores, en menor porcentaje el 19,7% (1515/7696) de los casos refirió que su lesión se presentó en cara y el 17,2% (1324/7696) casos en tronco.

El 91,6% (7052/7696) de los casos se registró como tratamiento de elección N-metil glucamina (Glucantime), siendo esta variable 1 en la ficha de notificación, sin embargo, se evidencia dificultades en el registro, ya que varios casos se registró el nombre comercial Glucantime en la variable 5 (otro) o medicamentos no antileishmaniásicos en la variable de medicamento, información de importancia para el Programa de Leishmaniasis MSPS.

En el cálculo de oportunidad de acceso al servicio de salud, de los casos notificados, el 44,2% (3399/7696) de los casos su oportunidad de acceso a los servicios de salud según inicio de síntomas fue entre 31 a 90 días, con una media de 44 días, mediana de 32 días, mientras que el 12,2% (941/7696) de los casos su oportunidad de acceso estuvo a más de 90 días, con un máximo de 404 días.

El comportamiento de los indicadores de vigilancia para La Leishmaniasis cutánea, la incidencia general nacional de leishmaniasis en el año 2017 fue de 72,7 casos por 100.000 habitantes en riesgo. Sin embargo, para la forma clínica cutánea, la incidencia fue de 71,6 casos por 100.000 habitantes para leishmaniasis cutánea, siendo Guaviare la entidad territorial con la incidencia más alta de 499 casos por 100.000 habitantes, seguida de Santander y Risaralda. Al realizar el análisis por municipio, se observa que, en el municipio de Pueblo Rico en Risaralda, presenta la incidencia más alta, con un comportamiento similar en años anteriores, su contexto población indígena en límites del departamento de Choco. En segundo lugar, la incidencia más alta fue en el municipio de San Jacinto-Bolívar (ver mapa 1).

Mapa 1. Incidencia de casos de Leishmaniasis de forma clínica cutánea según Departamento y Municipio, Colombia, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2017.

Según las características sociales y demográficas del evento Leishmaniasis mucosa en el año 2017 el 83,3% (85/102) de los casos se registraron en el sexo masculino, mientras que el 16,7% (17/102) de los casos en el sexo femenino.

El 33,3% (30/102) de los casos corresponden a los grupos de edad de 15 a 29 años, población económicamente activa, edad promedio de 38 años, mediana de 37 años y moda de 19 años, desviación estándar de 17 años, mínimo de 12 años y máximo de 89 años (ver gráfica 4).

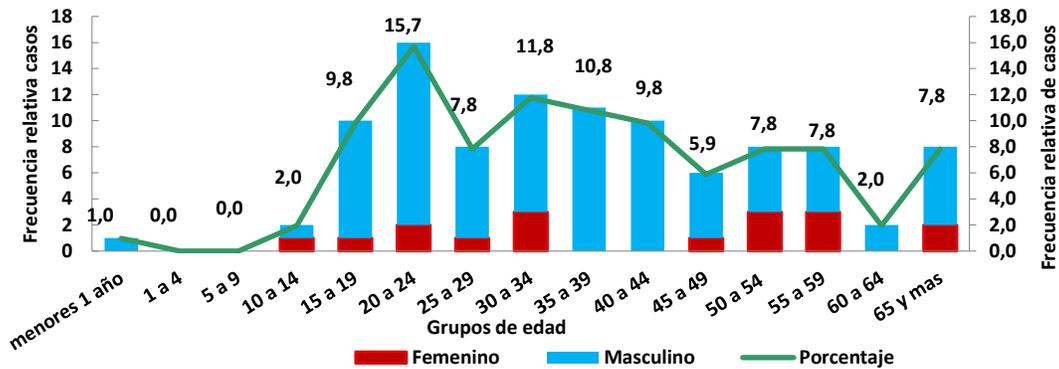
El 52,9% (54/102) de los casos se registraron en el régimen subsidiado, seguido del 29,4%(30/102) régimen de excepción, que corresponden a Militares.

El 94,1% (96/102) correspondiente al otro grupo poblacional, sin embargo, el 3,9% (4/102) corresponde a indígenas, probablemente relacionado con exposición al vector por actividades agrícolas. De acuerdo con los grupos poblaciones de importancia, se identificó

que el 2,9% (3/102) casos corresponden a desplazados, mientras que el 2,9% (3/102) de los casos se reconocen como discapacitados, así mismo el 1% (1/102) casos corresponden a gestantes.

Según el área del caso, el 60% (61/102) de los casos corresponden al área rural, mientras que el 40,2% (41/102) caso al área de cabecera municipal y centros poblados.

Gráfica 4. Distribución porcentual de casos de Leishmaniasis mucosa, según sexo y grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica No 1 a 52 de 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2017.

El 7,8% (8/102) de los casos de forma cutánea requirieron hospitalización, un 38,2% (39/102) ya había recibido tratamiento anteriormente. La afectación de las mucosas, el 64,7% (66/102) de los casos se presentaron en mucosa nasal, seguido del 16,7% (17/102) en cavidad oral, mientras que el 12,7% (13/102) en labios, y un 4,9% (5/102) en párpados.

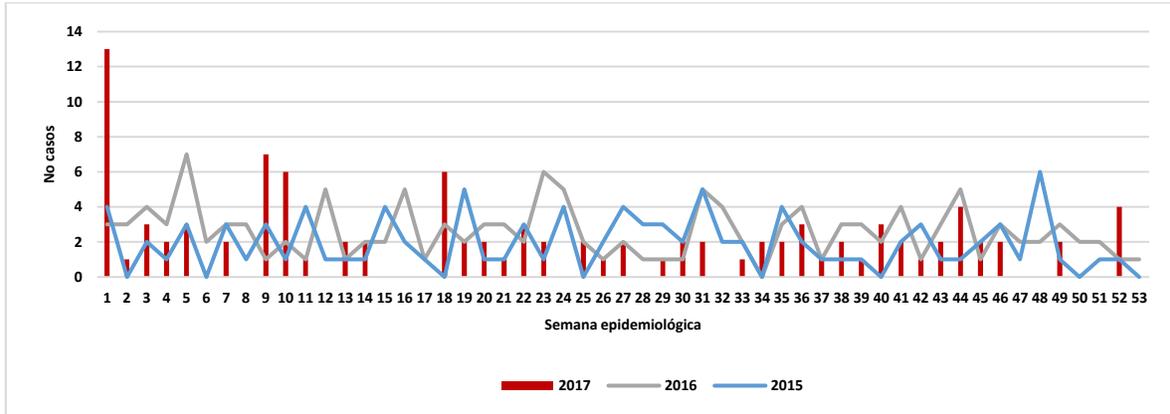
El 82,4% (84/102) de los casos se registró como tratamiento de elección N-metil glucamina (Glucantime), mientras que el 6,9% (7/102) le suministraron Pentamidina y en menor porcentaje 4,9% (5/102) Miltefosina.

En el cálculo de oportunidad de acceso al servicio de salud, de los casos notificados, el 36,3% (37/102) de los casos su oportunidad de acceso a los servicios de salud según inicio de síntomas fue entre 31 a 90 días, con una media de 92 días, mediana de 72 días, mientras que el 37,3% (38/102) de los casos su oportunidad de acceso estuvo a más de 90 días, con un máximo de 451 días.

Según el comportamiento inusual de los casos de leishmaniasis mucosa en el año 2017, se observa un aumento inusitado con diferencias estadísticamente significativa ($p < 0,05$ razón > 1) en los departamentos de: Guainía, Meta y Norte de Santander.

Según la tendencia del evento, ha sido fluctuante, en el año anterior no se registraron brotes por esta causa, su comportamiento ha estado dentro de lo esperado según histórico de casos (ver gráfica 5).

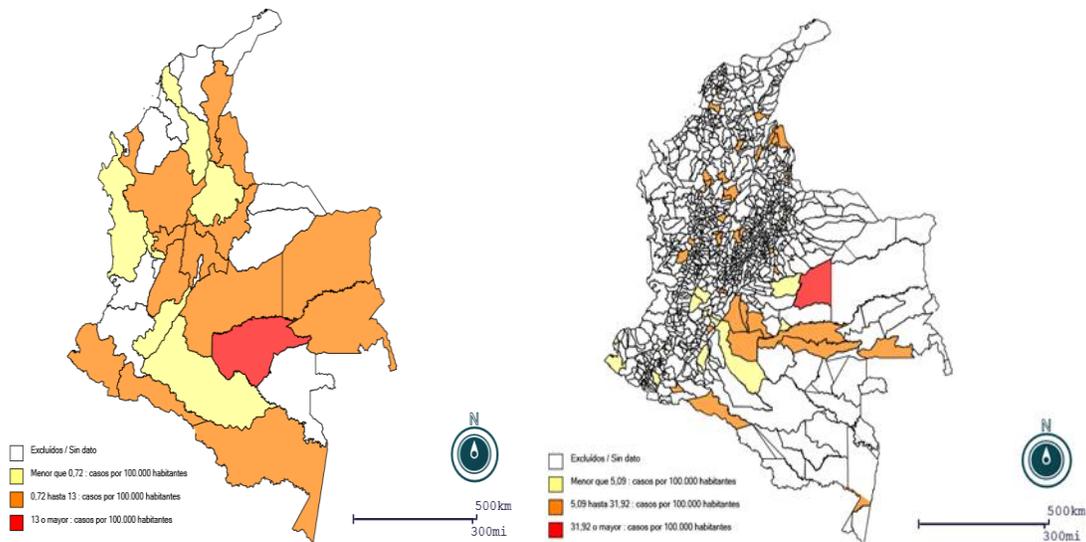
Gráfica 5. Comportamiento de la notificación de casos de Leishmaniasis mucosa, Colombia, semana epidemiológica No 1 a 52 de 2015 a 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2015-2017

Según la forma clínica mucosa, la incidencia fue de 0,9 casos por 100.000 habitantes en riesgo, siendo Guaviare la entidad territorial con la incidencia más alta de 13,1 casos por 100.000 habitantes, seguida de Guainía y Meta. Al realizar el análisis por municipio, se observa que el municipio de Puerto Gaitán en Meta, seguido del municipio de Pana (campo alegre) del departamento de Guainía (ver mapa 2).

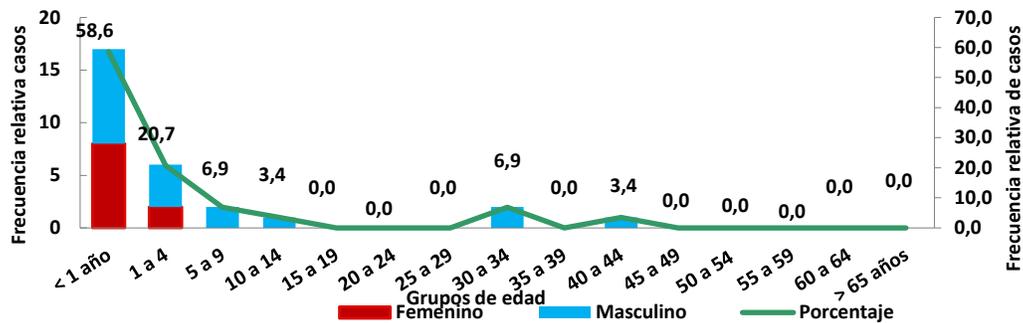
Mapa 2. Incidencia de casos de Leishmaniasis de forma clínica mucosa, según departamento y municipio, Colombia, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2017

Según las características sociales y demográficas del evento Leishmaniasis visceral en el año 2017 el 73,1% (19/29) de los casos se registraron en el sexo masculino, mientras que el 38,5% (10/29) de los casos en el sexo femenino. El 58,6% (17/29) casos se presentaron en menores de 1 año, seguido del 20,7% (6/29) en menores de 1 a 4 años. La edad promedio de 6 años, mediana y moda de 1 año, desviación estándar de 12 años, mínimo de 1 año y máximo de 43 años adulto inmunocomprometido (ver gráfica 6).

Gráfica 6. Distribución porcentual de casos de Leishmaniasis visceral, según sexo y grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica No 1 a 52 de 2017



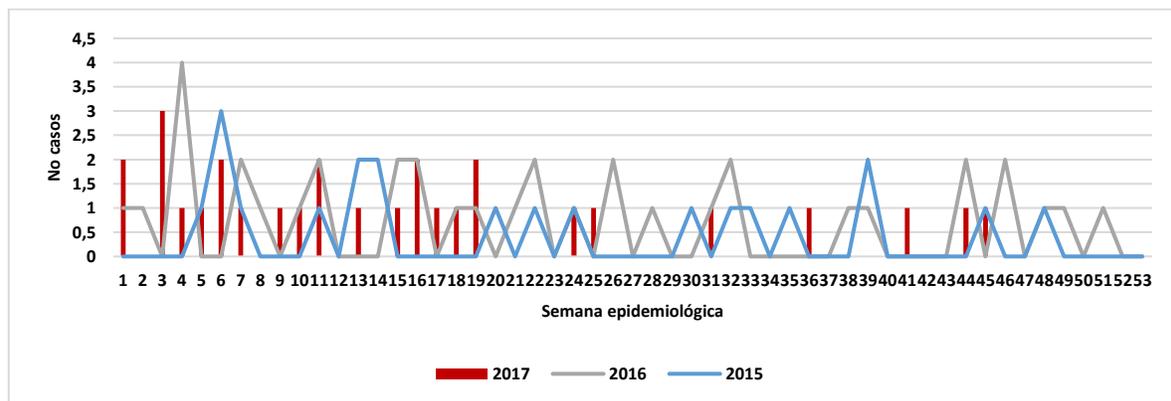
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2017.

El 93,1% (27/29) de los casos se registraron en el régimen subsidiado, seguido del 3,4%(1/29) régimen de contributivo. El 44,83% (13/29) casos corresponden al área rural, mientras que el 55,17% (16/29) al área urbana y centro poblado.

El 96,2% (25/29) de los casos, correspondiente al otro grupo poblacional, sin embargo, el 15,4% (4/29) corresponde indígenas, probablemente relacionado con la presencia del vector y reservorios domésticos. El 90% (26/29) de los casos se presentaron en menores de 14 años, comportamiento similar a los años anteriores, sin embargo, se registraron tres (3) casos en adultos, uno de ellos inmunocomprometido.

De acuerdo con el comportamiento de la notificación de casos de Leishmaniasis visceral, ha tenido un ascenso de casos en los años 2009, 2014, 2016 por la intensificación de acciones, y descenso en el año 2017 (ver gráfica 7).

Gráfica 7. Comportamiento de los casos de Leishmaniasis visceral, Colombia, semana epidemiológica No 1 a 52 de 2017



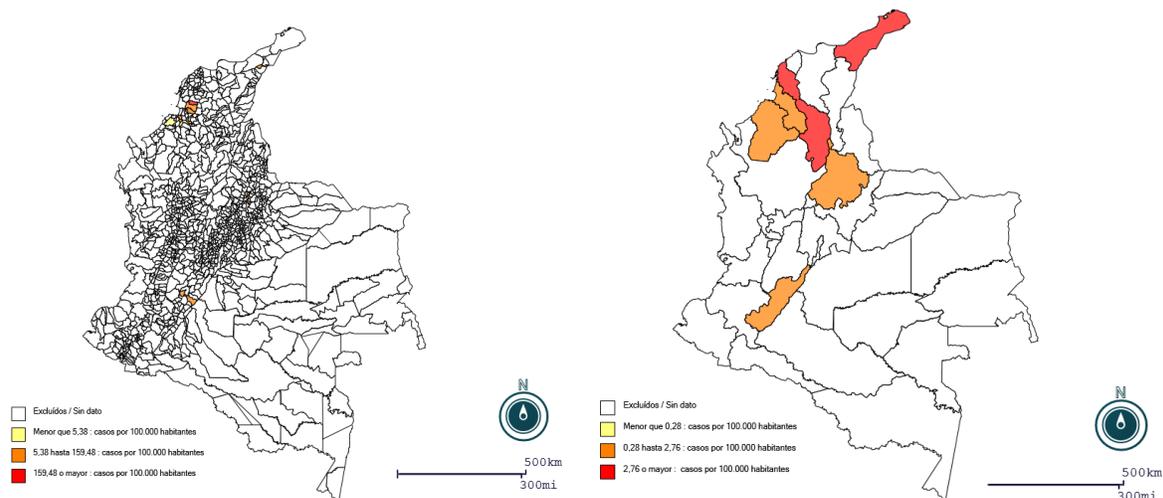
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2017.

Según el comportamiento inusual de los casos de leishmaniasis visceral en el año 2017, se observa un aumento inusitado con diferencias estadísticamente significativa ($p < 0,05$ razón > 1) en el departamento de: Huila, y un incremento más de los esperado en los departamentos de La Bolívar, quien presento el mayor número de casos.

Para la forma clínica visceral, la incidencia nacional fue de 0,3 casos por 100.000 habitantes en riesgo, siendo Bolívar la entidad territorial con la incidencia más alta de 2,1 casos por 100.000 habitantes, seguida de La Guajira nuevo foco identificado (ver tabla 1).

Al realizar el análisis por municipio de la incidencia de Leishmaniasis visceral, se identificó que el municipio de El Carmen de Bolívar presenta una incidencia de 72,5 casos por 100.000 habitantes, siendo un foco continuo con notificación constante de casos (ver Mapa 3).

Mapa 3. Incidencia de casos de Leishmaniasis de forma clínica visceral, según Departamento y municipio de procedencia, Colombia, 2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2017

Según el análisis de los indicadores de vigilancia para el evento Leishmaniasis, en relación con el indicador de porcentaje de casos de Leishmaniasis tratados para todas las formas de leishmaniasis para el año 2017 fue de 98% (7686/7824). Mientras que leishmaniasis cutánea los casos tratados corresponden a 98,2 % (7561/7696), leishmaniasis mucosa 97,1 % (99/102) casos y leishmaniasis visceral 100% (26/26) casos (ver anexo tabla 1).

Para el indicador de proporción de casos con confección con VIH, en el año 2017, se notificaron tres (3) casos de leishmaniasis visceral en adultos, de los cuales uno (1) de los casos presentó antecedente patológico de coinfección VIH, los demás casos fueron confirmados por laboratorio según Inmunofluorescencia indirecta (IFI) presentaron

síndrome mieloproliferativo y hepatitis B según historia clínica, con un porcentaje de coinfección del 3,8%.

Según lo registrado en el año 2017, se presentaron tres (3) casos de mortalidad atribuible a Leishmaniasis visceral, en comparación con el reporte histórico, es el año con alto de casos de mortalidad, ya que en el año 2016 no se registraron mortalidades, es de anotar que en el año 2008 se presentó un (1) caso, en el año 2014 se registraron dos (2) casos, en los demás años no se registraron casos de mortalidad por leishmaniasis visceral.

Según las características sociales y demográficas de los casos, el 66,7% (2/3) se registró en el sexo masculino, mientras que el 33,3% (1/3) al sexo femenino, con edades de un (1) año (2/3), y un (1) caso en menor de 6 años. El 66,7% (2/3) de los casos corresponden al área urbana o centro poblado, mientras que el 33,3% (1/3) al área rural. El 100% de los casos con régimen de afiliación subsidiado, y con criterio clínico atención hospitalaria en diferentes niveles de atención.

De acuerdo con las unidades de análisis de los casos en el análisis de las demoras, en los tres (3) casos la demora relacionada con la calidad de la atención en salud fue la identificada en los análisis relacionadas con: demora en el diagnóstico por parte de medicina general y especialistas, adherencia a guía clínica y protocolo de vigilancia de Leishmaniasis, y tratamiento inadecuado. La letalidad por L. visceral fue del 10,3 % (3/29) de procedencia Neiva, Tuchín, y Lorica, siendo esta la letalidad más alta de acuerdo con el histórico del evento (ver anexo tabla 1).

4. DISCUSIÓN



Para las semanas epidemiológicas 01 a 52 del año 2017, la Leishmaniasis cutánea, ha tenido un comportamiento fluctuante, con un descenso de los casos notificados del 44% (4023) con respecto al año anterior, con un promedio de 150 casos notificados por semana epidemiológica. Este comportamiento se puede atribuir a la epidemiología y el periodo de incubación de la enfermedad, a la baja percepción del riesgo por parte de la población que conlleva a una consulta y a una notificación tardía de casos. De otra parte, la temporada de lluvias en todo el país, como consecuencia del fenómeno de la niña, genera condiciones poco favorables para el desarrollo del ciclo del vector (*Lutzomyia* sp.).

Sin embargo en el año 2017, a pesar del que el comportamiento observado en la notificación de casos para la forma clínica de Leishmaniasis cutánea, se presentaron cuatro (4) situaciones de brotes en Tibú, Tumaco, Dibulla e Ibagué, y está relacionado con las condiciones eco-epidemiológicas en estos lugares, asociado al post conflicto, nuevos grupos armados en zonas de conflicto en Tumaco y Tibú, así como a extensión de brotes de año anterior en Ibagué por el desplazamiento continuo de la comunidad a municipios cercanos al área rural de Ibagué con alta carga de la enfermedad. Así se ha venido evidente un comportamiento cíclico de la enfermedad, influenciado por el cambio del clima, la dinámica del vector y variaciones en la dinámica poblacional.

De acuerdo con la eco-epidemiología de la enfermedad, la leishmaniasis sigue siendo una enfermedad que aqueja principalmente a población campesina, desplazados, víctimas de la violencia y militares procedentes de áreas rurales, afiliados en su mayoría al régimen subsidiado y al régimen especial (fuerzas militares). De acuerdo con lo descrito para esta enfermedad, se observó una mayor afectación en hombres, en edad laboralmente activa (15 a 29 años), cuyas actividades son en su gran mayoría de tipo rural; sin embargo, en los últimos años se ha empezado a observar un aumento de casos en mujeres amas de casa y estudiantes posiblemente por el aumento de la participación de éstos en actividades del campo y a la domiciliación del vector.

De otra parte, el incremento de casos de las tres (3) formas clínicas de leishmaniasis en el área urbana y periurbana es otra problemática a tener presente, observándose un alto porcentaje de casos procedentes de cabecera municipal y centros poblados en especial para leishmaniasis visceral el 55,17% (16/29) de los casos notificados, lo cual podría ser respuesta a un aumento en la intervención antrópica de áreas rurales (deforestación, minería, plantación de cultivos ajenos a la zona etc.), propiciando con el tiempo una urbanización del vector y la generación de focos urbanos y periurbanos. A esto se le suma la presencia de reservorios domésticos o silvestres cerca ó dentro del entorno hogar.

El 59,2% (4557/7696) de los casos se registraron en el régimen subsidiado, seguido del 20,7% (1591/7696) régimen de excepción con un porcentaje de 22,6% (1741/7696) en Militares, con una reducción notable de casos con respecto al histórico del evento, probablemente esta situación es por el post conflicto y los acuerdos de paz en el país.

Debido a la distribución del vector y la circulación del parásito en el país, las principales entidades territoriales con mayor número de casos notificados de leishmaniasis cutánea siguen siendo, Antioquia, Santander, Tolima, Nariño y Norte de Santander. Así mismo las entidades territoriales con mayor afectación debido al alto número de casos nuevos continúan siendo Guaviare, Santander, Risaralda, Tolima, Norte de Santander, Caldas, Guainía y Boyacá.

La incidencia para el 2017 fue de 71,6 casos por 100.000 habitantes para leishmaniasis cutánea, siendo Guaviare la entidad territorial con la incidencia más alta de 499 casos por 100.000 habitantes, lo que nos indica que se cumple la meta nacional de 100 casos por 100.000 habitantes, sin embargo, para las entidades territoriales solo se cumple en el 61% de estas.

La oportunidad de acceso al servicio de salud, observada entre el momento de inicio de síntomas y el momento de consulta en Institución Prestadora de Servicios de Salud, por la desestimación del riesgo, es uno de los principales factores de riesgo que podrían influenciar el aumento significativo de casos en especial de la forma cutánea, seguida de la forma mucosa. El 43.6% (3356/7696) de los casos de leishmaniasis cutánea notificados al sistema de vigilancia acudió a consulta en un mes del inicio de síntomas, lo cual evidencia una baja percepción del riesgo en la población afectada, debido muchas veces a la connotación de este tipo de enfermedades. Lo anterior representa un riesgo al aumentar la

posibilidad de la presencia de ciclos de transmisión antroponótica en la comunidad. A esto se le suma que el máximo de días de oportunidad de consulta fue de 404 días, que puede estar relacionada con barreras de acceso para el diagnóstico y tratamiento dadas por exámenes previos al inicio de tratamiento. Situación similar se presenta para la forma clínica mucosa.

La proporción de pacientes tratados en el país fue del 98 %, para lo cual se debe trabajar desde el programa en la capacitación al personal de salud con respecto a los paraclínicos previos al inicio de tratamiento, para mejorar el acceso y oportunidad. Lo anterior teniendo en cuenta las metas nacionales del 100%.

El porcentaje observado de casos notificados para la forma clínica cutánea que han recibido tratamiento previamente es del 20,7% (1595/7696), lo que nos puede indicar que existen dificultades relacionadas con la adherencia al tratamiento supervisado, y puede ser posible recidivas debido a tratamientos incompletos y al inicio de resistencia de *Leishmania* sp., a algunas sales antimoniales pentavalentes empleadas comúnmente para el tratamiento de la leishmaniasis.

El 0,3% (21/7696) casos corresponden a gestantes, según tratamiento recibido el 52,4% (11/21) le fue suministrado tratamiento sistémico contraindicado según guía clínica, lo que nos indica que existen muchas debilidades en relación con el conocimiento y manejo del personal médico de esta patología en grupos especiales.

Respecto a los casos de leishmaniasis visceral, se debe tener en cuenta que para esta forma clínica más del 58,6% (17/29) de los casos notificados se presentaron en menores de un año, lo que reafirma que el tipo de actividad no es un factor de riesgo determinante para esta forma clínica y prima el estado de nutrición, el grado de madurez y estado del sistema inmunológico. Adicionalmente, los casos notificados muestran que se sigue manteniendo una distribución geográfica limitada principalmente a focos naturales previamente identificados en los departamentos de Huila, Bolívar, Córdoba, Sucre y La Guajira como nuevo foco.

De acuerdo con las unidades de análisis de los casos en el análisis de las demoras, en los tres (3) casos la demora relacionada con la calidad de la atención en salud fue la identificada en los análisis relacionadas con: demora en el diagnóstico por parte de medicina general y especialistas, adherencia a guía clínica y protocolo de vigilancia de Leishmaniasis, y tratamiento inadecuado.

Dentro de las limitaciones se encuentran las relacionadas con la calidad del dato suministrado por las UPGD en las variables de procedencia de los casos, ya que se registran casos donde no hay presencia del vector, como por ejemplo Bogotá, al igual que la variable de medicamento, registrando otro y se registra el nombre comercial antileishmaniásicos siendo la variable 1.

En relación con los casos notificados de Leishmaniasis visceral de los casos descartados, no todas las muestras fueron remitidas para control de calidad y verificación de

concordancia en el Laboratorio Nacional de Referencia, a pesar de estar indicado en lineamientos de vigilancia, los casos fueron descartados con pruebas rápidas según algoritmo diagnóstico del grupo de parasitología.

Se concluye que la Leishmaniasis sigue siendo un problema de salud pública a pesar de la disminución del % de casos, y ha tenido un aumento de la notificación de casos probables de Leishmaniasis visceral y mortalidades atribuidas a este.

La mayoría de los casos de leishmaniasis cutánea son de procedencia: Antioquia, Santander, Tolima, Nariño, Norte de Santander, Guaviare, Risaralda, Caldas, Guainía y Boyacá. Siendo Antioquía el que aporta el 16,4% (1281/7798) de los casos de Leishmaniasis cutánea y mucosa.

Se identificó nuevo foco de Leishmaniasis visceral en el municipio de Hatonuevo en La Guajira, y El Carmen de Bolívar, continúa siendo un foco continuo con notificación constante de casos confirmados.

Se presentaron tres (3) casos de mortalidad atribuible a Leishmaniasis visceral y según el análisis de las demoras, la relacionada con la calidad de las atenciones es la que más se identificó en el análisis de estos casos desde el primer nivel hasta el de mayor complejidad.

La inoportunidad al acceso a los servicios de salud fue mayor a 90 días, y en algunos lugares existen barreras para acceso al diagnóstico y tratamiento. Desconocimiento de información de educación, comunicación básica en relación con la Leishmaniasis lo que conlleva a la desestimación de riesgo.

Se presentan falencias en calidad del dato relacionadas con la procedencia de los casos y variable de medicamento.

Se recomienda continuar con el fortalecimiento de los procesos de vigilancia del evento en los territorios, especialmente los relacionados con la calidad del dato en las variables de procedencia, y tratamiento con las entidades territoriales.

Continuar con el fortalecimiento del grupo funcional nacional para mantener una vigilancia integral del evento con directrices claras para los territorios.

Mantener una capacitación continua a nivel clínico de la Leishmaniasis al personal de salud de todos los niveles de complejidad para lograr un adecuado diagnóstico y manejo de los casos. Fortalecer en los territorios la vigilancia integral de la Leishmaniasis visceral, involucrando a todos los actores de acuerdo con el lineamiento nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▼
1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia Epidemiológica.pdf. Zambrano P. [Internet]. [citado 25 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx> 2017;(02):17.
 2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Resolución WHA 60.13 de 2007 Resolución CD49.R19 (Esp.).pdf [Internet]. [citado 25 de abril de 2018]. Disponible en: [https://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20\(Esp.\).pdf](https://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20(Esp.).pdf)
 3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción Enfermedades Infecciosas Desatendidas para las Américas CD55/15 – [Internet]. [citado 26 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/index.php>
 4. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolucion-1841-de-2013.pdf [Internet]. [citado 25 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
 5. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 0780 de 2016.pdf [Internet]. [citado 26 de abril de 2018]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
 6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolucion-0429-2016.pdf [Internet]. [citado 25 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0429-2016.pdf>
 7. Ministerio de Salud y Protección Social. Clínica Leishmaniasis 2010.pdf [Internet]. [citado 20 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documents/Salud%20P%C3%BAblica/Ola%20invernal/Clinica%20Leishmaniasis.pdf>

5. ANEXOS



Anexo 1.

Tabla 1. Indicadores de vigilancia de la Leishmaniasis por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2017.

Entidad Territorial de procedencia	Casos L. Cutánea	Casos L. Mucosa	Casos L. Visceral	Incidencia	Incidencia	Incidencia	% casos tratados L. Cutánea	% casos tratados L. Mucosa	% casos tratados L. Visceral	Casos mortalidad L. Visceral	% Letalidad Leishmaniasis visceral	Casos L. Visceral Coinfección VIH	% Coinfección VIH Leishmaniasis visceral
				L. Cutánea	L. Mucosa	L. Visceral							
Amazonas	16	1	0	20,5	1,28	0,0	100	100	NA	0	NA	NA	NA
Antioquia	1272	9	0	121,6	0,86	0,0	99,4	100	NA	0	NA	NA	NA
Arauca	13	0	0	4,9	0,00	0,0	100	NA	NA	0	NA	NA	NA
Barranquilla	2	0	0	47,1	0,00	0,0	100	NA	NA	0	NA	NA	NA
Bolívar	280	2	12	64,5	0,46	2,8	98,6	100	91,7	0	NA	NA	NA
Boyacá	174	3	0	156,7	2,70	0,0	98,9	66,7	NA	0	NA	NA	NA
Buenaventura	30	0	0	7,2	0,00	0,0	93,3	NA	NA	0	NA	NA	NA
Caldas	183	2	0	190,7	2,08	0,0	97,8	100	NA	0	NA	NA	NA
Caquetá	272	3	0	57,2	0,63	0,0	98,9	100	NA	0	NA	NA	NA
Cartagena	1	0	0	2,4	0,00	0,0	100	NA	NA	0	NA	NA	NA
Casanare	14	0	0	3,8	0,00	0,0	100	NA	NA	0	NA	NA	NA
Cauca	149	0	0	32,0	0,00	0,0	99,3	NA	NA	0	NA	NA	NA
Cesar	28	2	0	10,7	0,77	0,0	96,4	100	NA	0	NA	NA	NA
Choco	287	2	0	58,9	0,41	0,0	97,2	100	NA	0	NA	NA	NA
Córdoba	143	0	5	14,5	0,00	0,5	99,3	NA	100	2	40	NA	NA
Cundinamarca	223	4	0	65,1	1,17	0,0	97,3	100	NA	0	NA	NA	NA
Desconocido	14	2	0	0,0	0,00	0,0	100	50	NA	0	NA	NA	NA
Exterior	33	1	0	0,0	0,00	0,0	100	100	NA	0	NA	NA	NA
Guainía	72	5	0	168,3	11,69	0,0	100	100	NA	0	NA	NA	NA
Guaviare	570	15	0	499,1	13,13	0,0	99,3	100	NA	0	NA	NA	NA
Huila	59	2	6	14,2	0,48	1,4	96,6	100	83,3	1	16,7	NA	NA
La Guajira	100	0	1	21,9	0,00	0,2	96,0	NA	100	0	NA	NA	NA
Magdalena	7	0	0	2,2	0,00	0,0	100	NA	NA	0	NA	NA	NA
Meta	416	27	0	81,3	5,28	0,0	98,8	100	NA	0	NA	NA	NA
Nariño	716	5	0	124,9	0,87	0,0	97,3	100	NA	0	NA	NA	NA
Norte de Santander	483	8	0	177,3	2,94	0,0	96,3	100	NA	0	NA	NA	NA
Putumayo	194	3	0	69,2	1,07	0,0	93,3	100	NA	0	NA	NA	NA
Quindío	0	0	0	0,0	0,00	0,0	NA	NA	NA	0	NA	NA	NA
Risaralda	313	1	0	213,0	0,68	0,0	99,4	NA	NA	0	NA	NA	NA
Santa Martha	21	0	0	127,0	0,00	0,0	76,2	NA	NA	0	NA	NA	NA
Santander	774	1	1	218,5	0,28	0,3	99	100	100	0	NA	1	100
Sucre	37	0	4	13,2	0,00	1,4	100	NA	100	0	NA	NA	NA
Tolima	692	3	0	180,2	0,78	0,0	99,1	100	NA	0	NA	NA	NA
Valle	49	0	0	9,1	0,00	0,0	93,9	NA	NA	0	NA	NA	NA

Vaupés	32	0	0	71,9	0,00	0,0	100	NA	NA	0	NA	NA	NA
Vichada	27	1	0	35,8	1,33	0,0	85,2	100	NA	0	NA	NA	NA
Colombia	7696	102	29	71,6	0,95	0,3	98,3	97,1	93,1	3	10,3	1	3,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2017