

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep. – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 1 de 27

1. INFORME DEL EVENTO LEISHMANIASIS HASTA XIII PERIODO EPIDEMIOLÓGICO DEL AÑO 2012

Sara E. Gómez Romero

Pilar Zambrano

Referente evento

Grupo Enfermedades Transmitidas por Vectores

Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública

2. INTRODUCCIÓN

Las Leishmaniasis son zoonosis que afectan la piel, las mucosas o 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* (1).

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. Los síntomas pueden aparecer de una forma muy gradual o abruptamente y predominantes son fiebre intermitente, malestar general, astenia, anorexia, enflaquecimiento progresivo, palidez y hemorragias. Los signos clínicos son hepato-esplenomegalia, micropoliadenopatías, anemia, leucopenia, trombocitopenia y signos de desnutrición. La fiebre tiene comienzo gradual o repentino, es persistente e irregular, a menudo con dos exacerbaciones al día.

Este informe describe la situación de la enfermedad en lo corrido del año 2012 y establece comparación de las diferencias presentadas respecto al año anterior. Se describe el comportamiento en tiempo, persona y lugar; al igual que se tienen en cuenta otras variables socio-demográficas de interés en el evento.

3. ANTECEDENTES

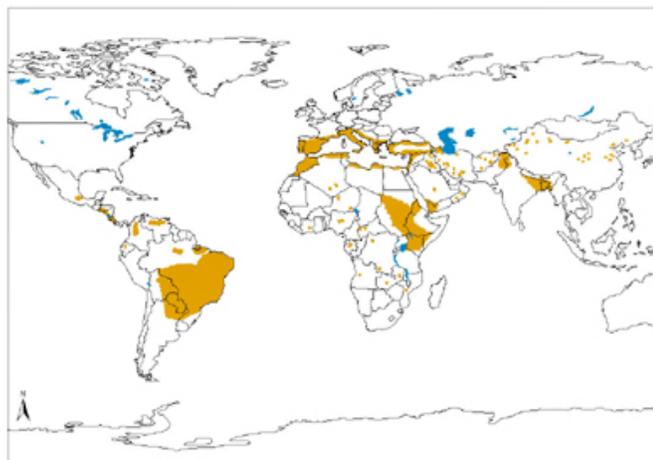
3.1. Comportamiento del evento a nivel Mundial

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud las leishmaniasis se encuentran distribuidas en Norte y Sudamérica, Europa, África, Asia y es endémica en las regiones tropicales y subtropicales de 88 países en 4 continentes (figura 1). Su distribución geográfica está limitada por la distribución de los flebotominos vectores, su tendencia a ingerir sangre de los animales y el hombre y por su capacidad de soportar el desarrollo interno de las especies de *Leishmania*.

Se calcula una prevalencia mundial de 20 millones de casos y se cree que la incidencia anual oscila entre 1,5 - 2 millones de nuevos casos para las leishmaniasis cutáneas y 500.000 nuevos casos para la leishmaniasis visceral (2). Sin embargo, los datos oficiales subestiman la realidad de la afección humana por estos protozoos flagelados debido a varios factores: la distribución de las zonas de transmisión en áreas endémicas es frecuentemente discontinua, numerosos casos no son diagnosticados o no se declaran, la mayoría de los datos oficiales se obtienen exclusivamente a partir de la detección pasiva de los casos, el número de personas infectadas, pero asintomáticas, es mucho mayor que el número de casos manifiestos de leishmaniasis visceral y por último, la leishmaniasis es de notificación obligatoria en tan sólo 52 de los 88 países endémicos (2).

Cerca del 90% de los casos de leishmaniasis cutánea ocurren en siete países (Afganistan, Algeria, Brasil, Irán, Perú, Arabia Saudita y Siria), mientras que el 90% de los casos de Leishmaniasis visceral ocurren en áreas rurales y suburbanas de cinco países (Bangladesh, India, Nepal, Sudan y Brasil). Así mismo, se desconoce la incidencia y prevalencia real de la enfermedad, porque solo en 33 de los 88 países endémicos la leishmaniasis es una enfermedad de notificación obligatoria (3).

Figura 1. Distribución Geográfica de Leishmaniasis visceral en el mundo



Fuente: Distribución Mundial Leishmaniasis Visceral, OMS

3.2. Comportamiento del evento en América

En América se han informado casos de Leishmaniasis desde el norte de Argentina hasta el sur de Texas, con la excepción de Chile. Para Leishmaniasis visceral su mayor incidencia se presenta en el norte del Brasil (figura 2).

Figura 2. Distribución Geográfica de Leishmaniasis cutánea y mucosa en América



Fuente: Distribución Geográfica Leishmaniasis, OMS.

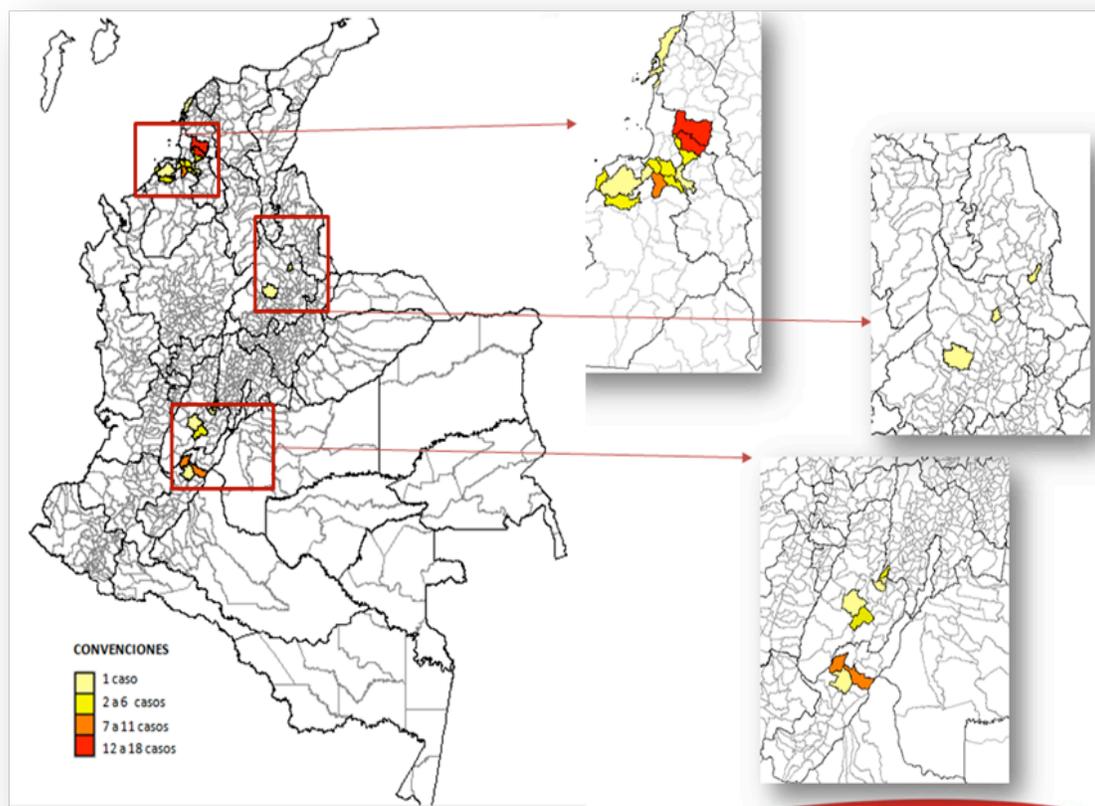
3.3. Comportamiento del evento en Colombia

En Colombia, durante la década de los 90 se notificaban en promedio 6.500 casos nuevos de leishmaniasis cada año, cifra que aumentó progresivamente al punto de pasar en los años 2005 y 2006 a cerca de 20.000 casos cada año notificados al sistema y durante el 2007 un descenso en los casos a cerca de 14.000 y luego en el 2008 a 8246, aumentando luego en el 2009 y 2010 a 15455 casos y 14843, respectivamente y luego en el 2011 9241 casos.

Es una patología endémica en casi todo el territorio, excepto en San Andrés Islas y Bogotá D.C. Se estima que en el país existen alrededor de 11 millones de personas en riesgo, donde la transmisión principalmente se da en el área rural. (1). Se presentan las tres formas clínicas de la enfermedad, siendo la más frecuente leishmaniasis cutánea (95% de los casos). Está enfermedad es endémica principalmente en el Valle del Río Magdalena y sus afluentes; existen focos que corresponden con la distribución de *Lutzomyia longipalpis* en Tolima, Huila, Cundinamarca, Bolívar, Córdoba, Sucre, Santander y Norte de Santander (4).

En Colombia la Leishmaniasis visceral representan entre el 0,1 y 1,5 % de la notificación de casos de leishmaniasis. Durante los últimos cinco años (2008-2012), se han notificado 106 casos confirmados procedentes de los departamentos de Bolívar, Córdoba, Cundinamarca, Huila, Norte de Santander, Tolima, Santander y Sucre; con distribución en 25 municipios del territorio nacional. El 58 % de estos casos se concentran en los municipios de Ovejas, El Carmen de Bolívar, Neiva, San Andrés de Sotavento y Tuchín (figura 3).

Figura 3. Distribución geográfica de casos confirmados para L. visceral. Colombia, 2008-2012.



Fuente: Sivigila. Grupo ETV, INS

4. OBJETIVO

Realizar el análisis descriptivo y el seguimiento de los casos de Leishmaniasis, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación al SIVIGILA con el fin de generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control del evento.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep. – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 5 de 27

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Se hace una descripción de los casos de leishmaniasis para las tres formas clínicas de la enfermedad (Leishmaniasis Cutánea, Mucosa y Visceral), hasta el periodo epidemiológico XIII del año 2012 (Semanas Epidemiológicas 1 a 52), utilizando como fuente el Sistema de Información en Salud SIVIGILA individual, de los casos notificados.

Se tomó la base de datos y se llevó a cabo la depuración para eliminar los registros duplicados y descartados (L. visceral); de acuerdo al algoritmo establecido.

Se realizó el análisis a partir de las variables: semana epidemiológica, edad, sexo, departamento, municipio y área de ocurrencia de los casos, ocupación del paciente, tipo de seguridad social en salud, pertenencia étnica, grupo poblacional, fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta; obtenidos de las fichas de datos básicos. Las variables: número y ubicación de las lesiones, mucosa afectada, signos, síntomas, antecedentes de tratamiento, tratamiento realizado y dosis, fueron obtenidos de la fichas de datos complementarios. El informe se realizó de acuerdo al nivel de medición, los valores y la codificación establecido en las fichas de notificación.

Los datos se procesaron en el programa Excel y SIGEPI, utilizando frecuencias, proporciones y porcentajes 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.

Se generó una base de datos con los resultados obtenidos para IFI de L. Visceral suministrados por el laboratorio de Parasitología de La Red Nacional de Laboratorios, con el fin de verificar la llegada de todas las muestras de los casos probables para esta forma clínica y la correspondencia de los casos que aparecen como confirmados.

6. HALLAZGOS

6.1 Comportamiento de la notificación

Hasta la semana 52 del año 2012 se notificaron al SIVIGILA 9806 casos de Leishmaniasis de los cuales 9595 fueron de la forma cutánea y corresponden a un 97,8 %, 202 casos de la forma mucosa, que corresponden a un 2,1 % y 9 casos confirmados para la forma visceral, que corresponden a 0.1 %. Durante el mismo periodo del año 2011 se notificaron al sistema 9241 casos, lo que corresponde a un aumento de 565 casos (6,1 %), respecto al mismo periodo del año 2011. A continuación se presenta la tabla de distribución de los casos confirmados para cada una de las formas de Leishmaniasis (Tabla 1).

Tabla 1 Distribución de casos confirmados de Leishmaniasis por departamento de procedencia. Colombia, hasta SE 52, 2012.

ET de Procedencia	L. Cutánea	L. Mucosa	L. Visceral	Total	Porcentaje
Antioquia	2012	26		2038	20,78%
Meta	1307	32		1339	13,65%
Guaviare	588	21		609	6,21%
Nariño	590	4		594	6,06%
Santander	513	11		524	5,34%
Caquetá	500	16		516	5,26%
Bolívar	478	7		485	4,95%
Choco	456	12		468	4,77%
Vaupés	432	13		445	4,54%
Putumayo	410	11		421	4,29%
Córdoba	367	1		368	3,75%
Tolima	290	6	1	297	3,03%
Valle	236	5		241	2,46%
Cundinamarca	194	7		201	2,05%
Caldas	162	3		165	1,68%
Vichada	149	5		154	1,57%
Cauca	139	2		141	1,44%
Norte Santander	131	4		135	1,38%
Boyacá	127	3		130	1,33%
Sucre	116		1	117	1,19%
Risaralda	87	3		90	0,92%
Guainía	64			64	0,65%
Cesar	61			61	0,62%
Huila	34	2	7	43	0,44%
Amazonas	26	2		28	0,29%
Guajira	24			24	0,24%
Exterior	22			22	0,22%
Sin dato	16	2		18	0,18%
Arauca	14	3		17	0,17%
Magdalena	13	1		14	0,14%
Sta. Marta D.E	13			13	0,13%
Casanare	11			11	0,11%
Quindío	9			9	0,09%
Cartagena	4			4	0,04%
Total	9595	202	9	9806	100,00%

Fuente: SIVIGILA A SE 52, 2012

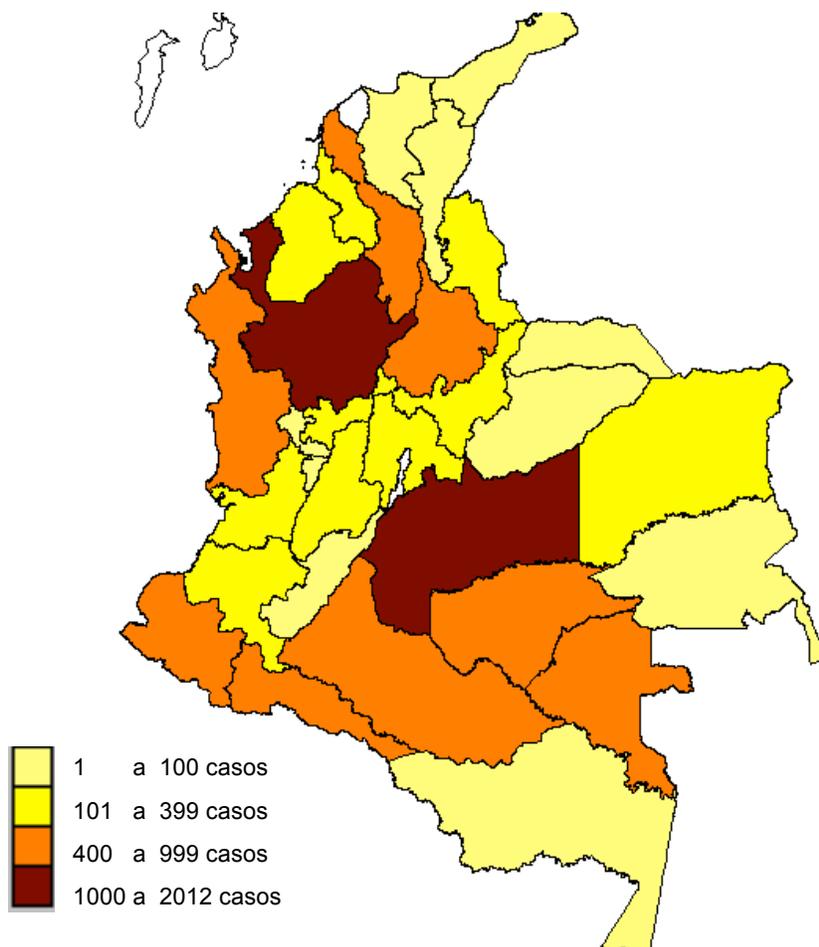
6.2 LEISHMANIASIS CUTANEA

6.2.1 Magnitud en lugar y persona

Durante las semanas epidemiológicas 1 a 52 del 2012 se notificaron al SIVIGILA 9595 casos de Leishmaniasis Cutánea.

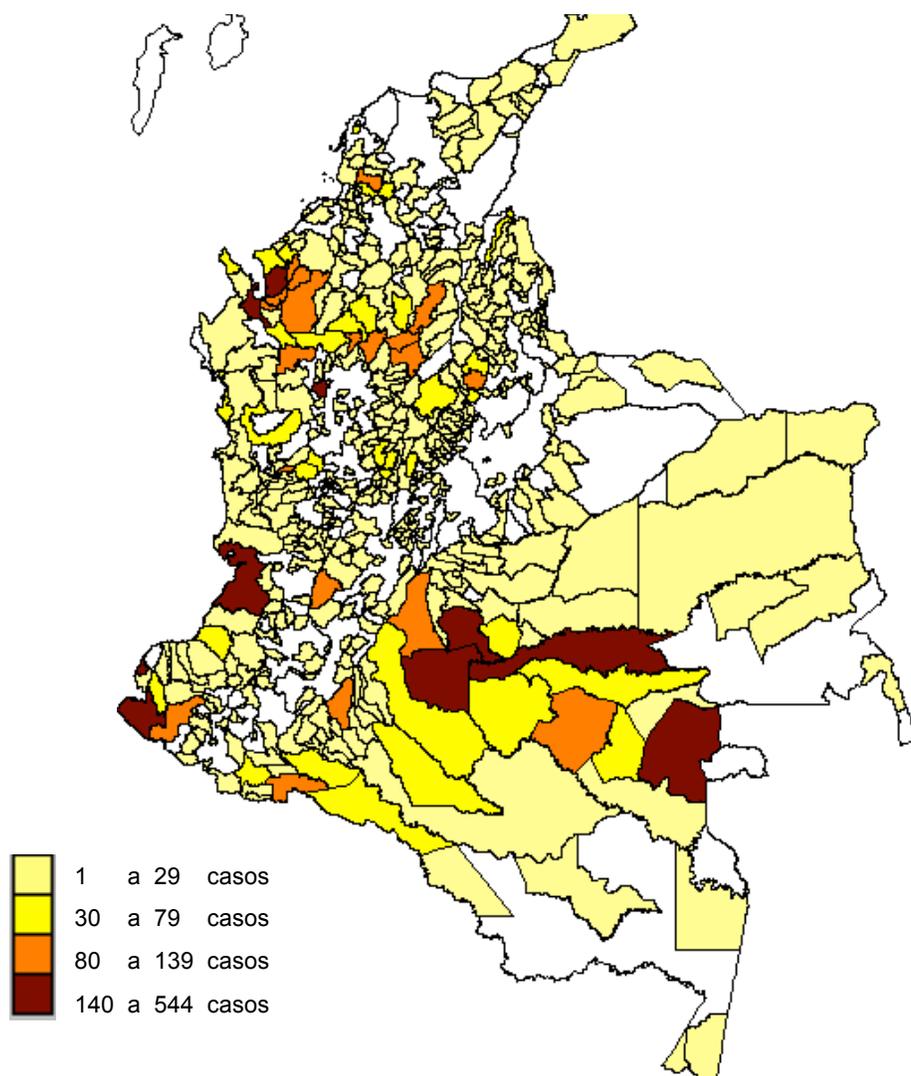
Los Departamentos que presentan mayor número de casos son en orden: Antioquia, Meta, Nariño, Guaviare, Santander, Caquetá, Bolívar, Chocó, Vaupés y Putumayo, que aportan el 76% de la notificación hecha al SIVIGILA para el periodo epidemiológico XIII (Tabla 1, figura 4). Por Municipio la mayor cantidad de casos se presentaron en la Macarena (Meta) con 543 casos, seguido de Vista hermosa (Meta) con 307 casos, Tumaco (Nariño) con 299 casos, San José del Guaviare con 239 casos, Buenaventura (Valle del Cauca) 180 casos, Mitú (Vaupés) 173 casos, Turbo y Antioquía (Antioquía) con 143 casos cada uno (Figura 5).

Figura 4. Distribución de casos de Leishmaniasis Cutánea por departamento de procedencia. Colombia hasta Semana Epidemiológica 52, 2012.



Fuente: SIVIGILA. Grupo ETV, INS, 2012

Figura 5. Distribución de casos de Leishmaniasis Cutánea por municipio de procedencia. Colombia hasta Semana Epidemiológica 52, 2012.

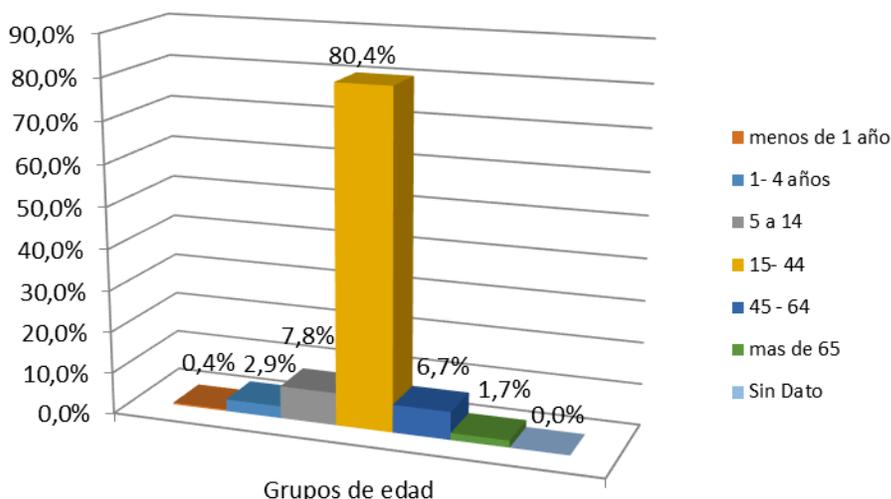


Fuente: SIVIGILA. Grupo ETV, INS, 2012

De los 9595 casos 8233 (85.8 %) se presentaron en hombres; ya que es considerada una enfermedad profesional que compromete principalmente este género por sus actividades laborales de tipo rural y zona enzoótica del parásito (5). Aunque existe evidencia creciente de una transmisión en peri e intra-domicilio soportada en el aumento de casos en mujeres y niños (6).

La distribución por edad muestra que el rango de edad se encuentra entre 1 mes y 103 años, con un promedio de edad de 26 años, una mediana de 24 y moda de 23 años, que corresponden a población joven y expuesta por su ocupación en zonas rurales a la picadura del vector. Del total de casos de Leishmaniasis cutánea, el grupo de edad más afectado corresponde al de 15 a 44 años con 7713 casos (80,4 %), y el menos afectado al de menores a un año con 39 casos (0,4 %) (Figura 6).

Figura 6. Distribución de casos por grupo de edad, Leishmaniasis Cutánea, Semana Epidemiológica 1-52, 2012.



Fuente: SIVIGILA SE 1-52 2012.

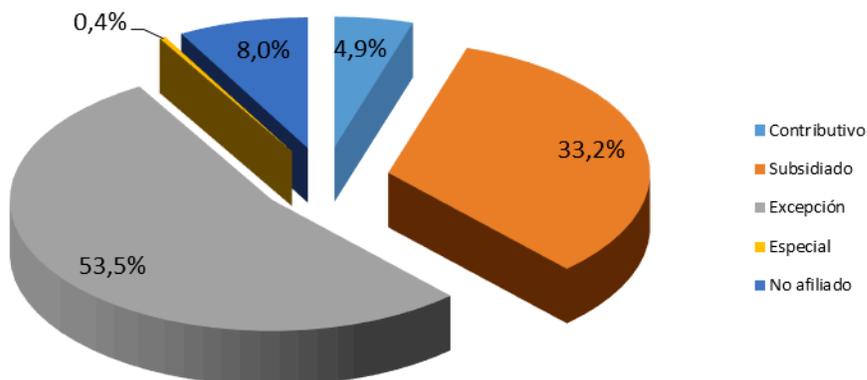
Por área de procedencia 7816 casos (81,5 %) corresponden a la rural dispersa, seguido de 994 casos (10,4 %) de centro poblado y 784 casos (8,2%) de cabecera municipal. Lo que una vez más evidencia la exposición al vector por ubicación y dinámica a desarrollar por la población más susceptible.

Por pertenencia étnica 8333 casos (86.8 %) pertenecen a otros grupos, 917 casos (9,6 %) al grupo afro colombianos, 298 casos (3,1%) a grupos indígenas, 28 casos (0,3 %) a raizal, 12 casos (0,1 %) a palenqueros y ROM 6 casos (0,1 %).

Por grupo poblacional 9305 (97 %) pertenece a otros grupos, 202 (2,1 %) son migrantes, 72 (0,8 %) desplazados, 6 (0,1 %) gestantes, 5 (0,1 %) carcelarios, 3 (0,03 %) discapacitados y 2 (0,02 %) no refieren el grupo poblacional.

Respecto a la afiliación al sistema general de seguridad social, la mayor parte corresponden al régimen excepción con 5134 casos (53,5 %) solo 37 casos (0,4 %) corresponden al régimen especial y 772 pacientes (8 %) no están afiliados a ningún sistema, llevando esto a tener un bajo acceso para el manejo y posterior seguimiento al tratamiento (figura 7).

Figura 7. Distribución de casos de Leishmaniasis Cutánea por Sistema General de Seguridad Social en Salud hasta SE 52, 2012.



Fuente: SIVIGILA SE 1-52, 2012.

6.2.2 Comportamiento de otras variables de interés

Por localización de las lesiones se tiene que 6200 casos (64,6 %) de los casos presentaron lesiones únicas y el máximo número de lesiones reportado por persona fue de 9 con 65 casos (0,7 %). Las lesiones se ubican predominantemente en miembros superiores e inferiores. Se reportaron un total de 11476 lesiones en los 9595 pacientes así: 4867 (42,4 %) se presentaron en miembro superior, 2765 (24,1 %) en miembro inferior, 2265 (19,7 %) en cara y 1579 (19,7 %) en tronco; siendo las dos primeras las de mayor exposición a la picadura por el flebótomo *Lutzomyia*.

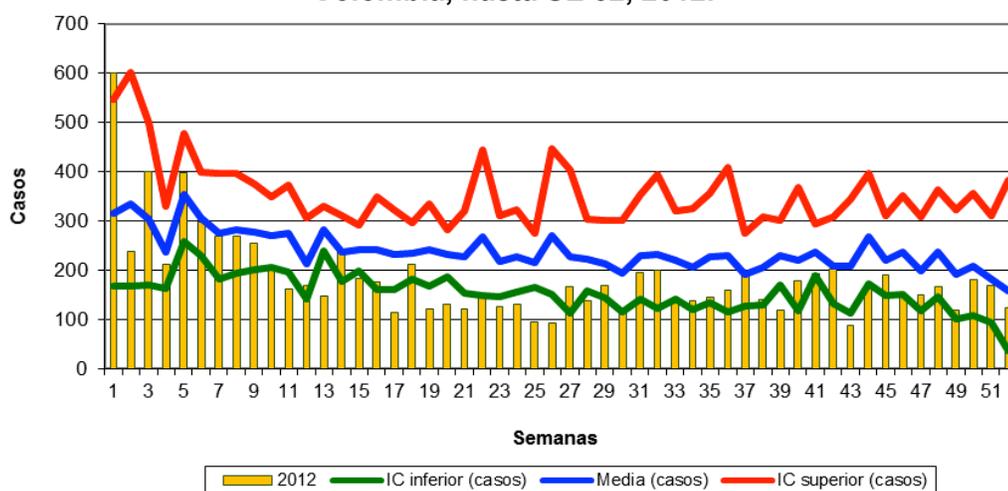
El tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la consulta tiene en promedio 47 días, con un intervalo de 0 a 430 días. En cuanto al tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y consulta médica se tiene que 769 Casos (8 %) consultaron a la misma fecha que se refiere el inicio de síntomas, 473 (5 %) consultaron entre 1 y 3 días después de inicio de síntomas, 2966 (31 %) consultaron entre 4 y 30 días después del inicio de síntomas, 2615 (27 %) entre 31 y 60 días, 1517 (16 %) entre 61 y 90 días, 643 (6,7 %) entre 91 y 120 días, y 604 casos consultaron después de 121 días.

En cuanto a los antecedentes de tratamientos, se tiene que 1771 casos (18,5 %) habían sido tratados anteriormente y fue necesaria la hospitalización en 132 pacientes (1,8 %).

6.2.3 Tendencia del evento

El canal endémico nacional de Leishmaniasis Cutánea se encontró en la zona de éxito y seguridad durante el 94,2 % de las semanas epidemiológicas (semanas 2, 4 y 6 a 52 y un 4,1 % que superaron la mediana y se ubicaron en la zona de alarma (semanas 3 y 5) y zona de epidemia en la semana epidemiológica 1 (figura 8).

Figura 8. Canal endémico Nacional de Leishmaniasis cutánea. Colombia, hasta SE 52, 2012.



Fuente: SIVIGILA SE 1-52, 2012.

El comportamiento de la Leishmaniasis Cutánea hasta la semana epidemiológica 52 del 2012 comparado con el mismo periodo del año anterior, según lo notificado al SIVIGILA, presentó un aumento de 532 casos (5,9 %), respecto al mismo periodo del año 2011 (tabla 3).

Respecto al mismo periodo del año 2011, 17 (53,1 %) de las 32 Entidades territoriales nacionales aumentaron el número de casos. Meta, Bolívar y Chocó aportaron los mayores aumentos; Guainía a su vez, fue el departamento que aumento en mayor proporción el número de casos notificados (146,2 %), mientras Quindío evidenció un efecto contrario (-59,1%). También hubo un aumento en el número de casos procedentes del exterior pasando de 7 casos en 2011 a 22 casos en 2012 (Tabla 2).

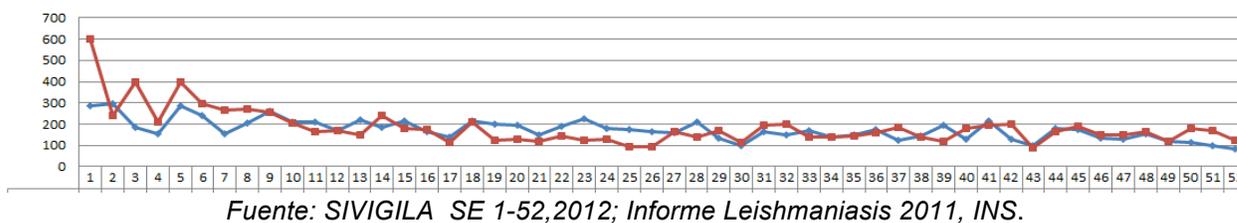
Tabla 2. Casos de Leishmaniasis Cutánea hasta SE 52. Colombia 2011-2012.

Departamento/Distrito de Procedencia	Año 2012	Año 2011	Diferencia	
			Casos	Porcentaje
Meta	1307	818	489	59,8 %
Bolívar	478	234	244	104,3 %
Choco	456	323	133	41,2 %
Córdoba	367	295	72	24,4 %
Santander	513	459	54	11,8 %
Sucre	116	76	40	52,6 %
Guainía	64	26	38	146,2 %
Vichada	149	116	33	28,4 %
Boyacá	127	105	22	21,0 %
Exterior	22	7	15	214,3 %
Vaupés	432	417	15	3,6 %
Cesar	61	49	12	24,5 %
Putumayo	410	398	12	3,0 %
Arauca	14	8	6	75,0 %
Santa Marta D.E	13	10	3	30,0 %
Cundinamarca	194	192	2	1,0 %
Norte Santander	131	129	2	1,6 %
Valle	236	234	2	0,9 %
Huila	34	34	0	0,0 %
Nariño	590	592	-2	-0,3 %
Guajira	24	27	-3	-11,1 %
Magdalena	13	17	-4	-23,5 %
Amazonas	26	31	-5	-16,1 %
Cartagena	4	9	-5	-55,6 %
Casanare	11	18	-7	-38,9 %
Quindío	9	22	-13	-59,1 %
Caquetá	500	521	-21	-4,0 %
Risaralda	87	109	-22	-20,2 %
Sin dato	16	40	-24	-60,0 %
Cauca	139	180	-41	-22,8 %
Caldas	162	216	-54	-25,0 %
Antioquia	2012	2087	-75	-3,6 %
Tolima	290	434	-144	-33,2 %
Guaviare	588	830	-242	-29,2 %
Total	9595	9063	532	5,9 %

Fuente: SIVIGILA SE 1-52 2012; Informe Leishmaniasis 2011, INS.

Se observó un aumento notable en la notificación de los casos durante las semanas 1 (108,7 %), 3 a la 8 y 50 a 52 del año 2012, respecto a los casos notificados por semanas epidemiológicas del año 2011 (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de casos de Leishmaniasis Cutánea por semanas epidemiológicas. Colombia 2011-2012.

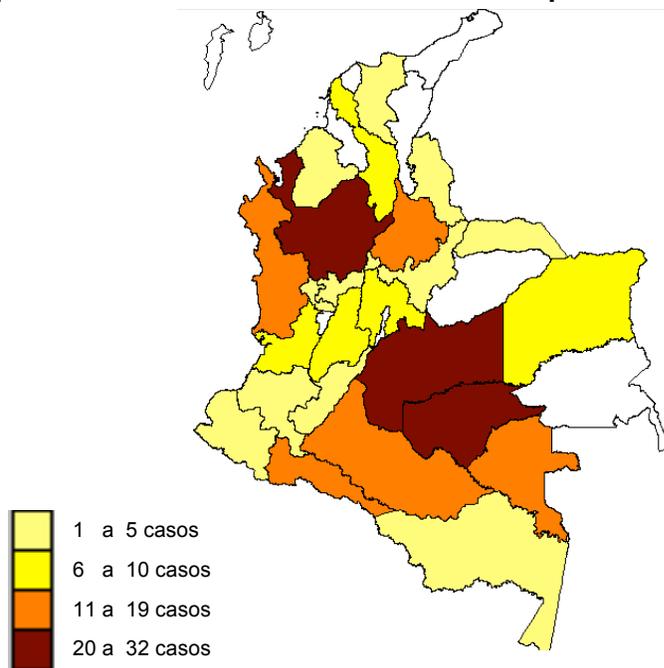


6.3 LEISHMANIASIS MUCOSA

6.3.1 Magnitud en lugar y persona

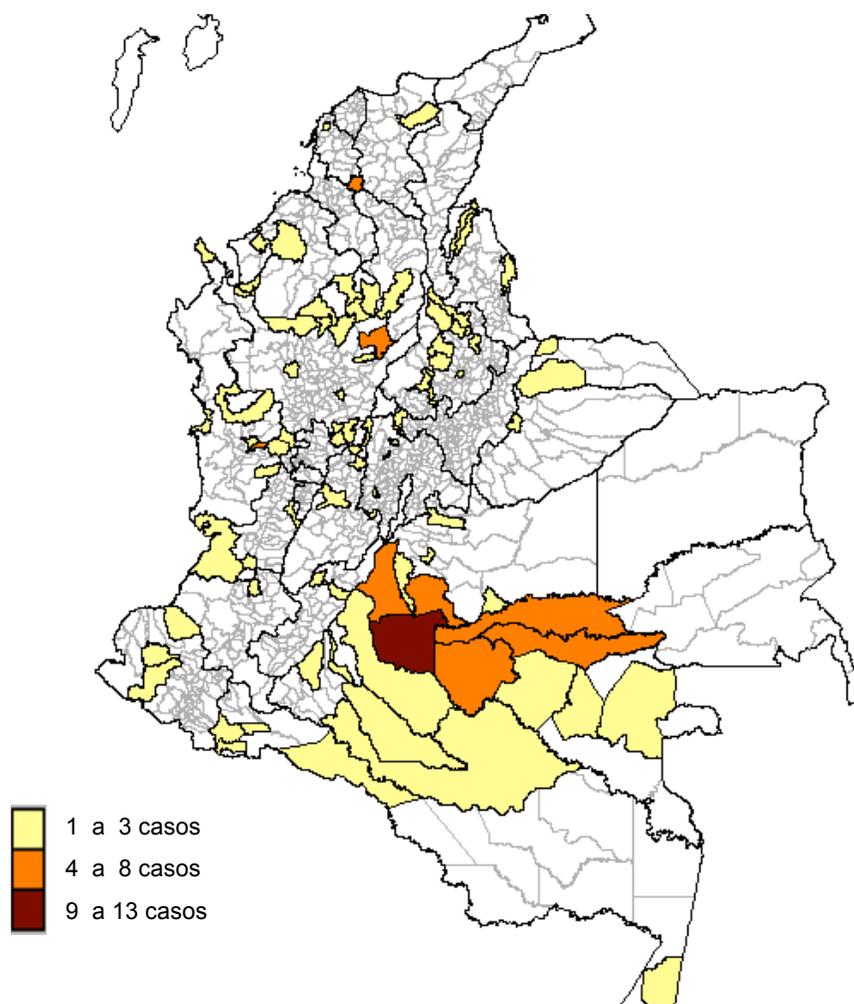
Hasta la semana epidemiológica 52 del 2012 se notificaron al SIVIGILA 202 casos de Leishmaniasis Mucosa, (Tabla 3). Los Departamentos que aportaron la mayor cantidad de casos corresponden a los departamentos de Meta, Antioquía, Guaviare, Caquetá, y Vaupés quienes concentran el 53,5 % de la notificación (figura 10). El municipio que aportó la mayoría de casos corresponde a la Macarena con 13 casos (figura 11).

Figura 10. Distribución de casos de Leishmaniasis Mucosa por departamento de procedencia. Colombia hasta Semana Epidemiológica 52, 2012.



Fuente: SIVIGILA. Grupo ETV, INS, 2012

Figura 11. Distribución de casos de Leishmaniasis Mucosa por municipio de procedencia. Colombia hasta Semana Epidemiológica 52, 2012.

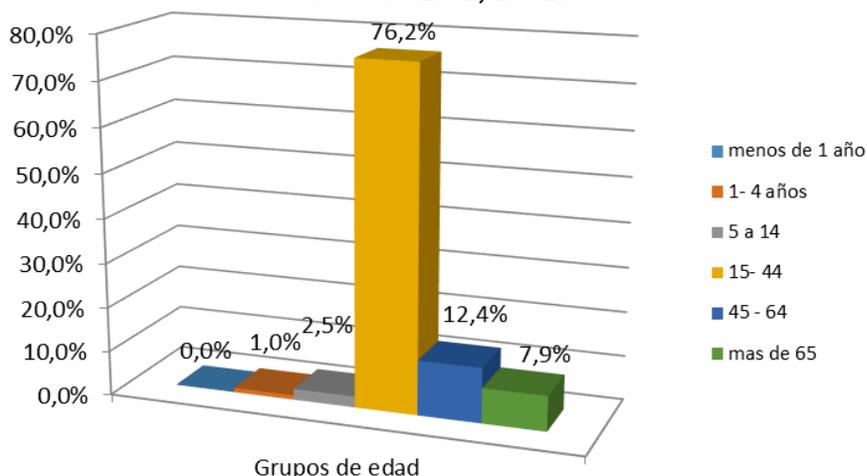


Fuente: SIVIGILA. Grupo ETV, INS, 2012

Por sexo se tiene que 177 casos (87,6 %) se presentaron en hombres y su distribución es estadísticamente significativa frente al comportamiento evidenciando históricamente en el evento.

La distribución por edad muestra que el intervalo se encuentra entre 1 y 83 años, con una edad promedio de 32 años, una mediana de 27 años y moda de 25 años. El grupo de edad más afectado es el de 15 a 44 años (154 casos) y a diferencia de Leishmaniasis cutánea se observa un aumento de casos en el grupo que corresponde a los pacientes entre 45 y 64 años, que puede estar dada por el periodo de incubación para esta forma clínica de la enfermedad. (Figura 12).

Figura 12. Distribución de casos de Leishmaniasis Mucosa por grupo de edad. Colombia, hasta SE 52, 2012.

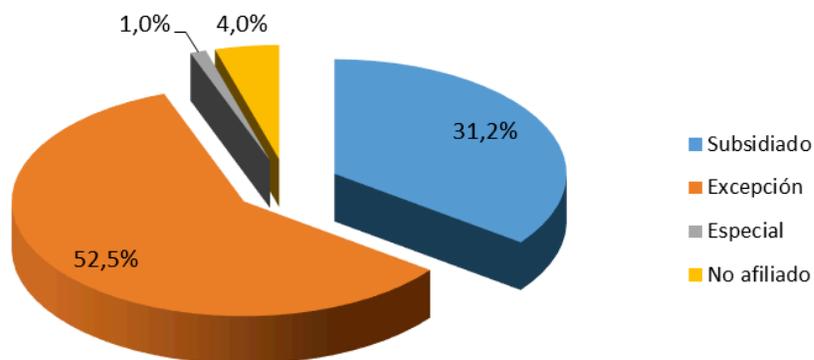


Fuente: SIVIGILA SE 1-52 ,2012.

Por pertenencia étnica 187 pacientes (92,6 %) pertenecen a otros grupos, 11 casos (5,4 %) al grupo afro colombianos, 2 casos (1 %) a ROM y 2 casos en indígenas. Por área 132 casos (65,4 %) corresponden a rural disperso, 37 casos (18,3 %) de cabecera municipal, 32 casos (15,82 %) de rural disperso y un caso no refiere. Respecto al grupo poblacional 200 casos (99 %) corresponden a otros, 1 caso a carcelarios y 1 a desplazados.

Respecto a la afiliación al sistema general de seguridad social, la mayor parte corresponden al régimen excepción con 106 casos (52,5 %), en 8 pacientes se refiere no pertenecer a ningún régimen de seguridad social en salud. (Figura 13).

Figura 13. Distribución de casos de Leishmaniasis Mucosa por Sistema General de Seguridad Social en Salud, SE 1-52, 2012.



Fuente: SIVIGILA SE 1-52, 2012.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO		Versión: 01
				2012 – Sep. – 05
		FOR-R02.4000-001		Página 16 de 27

6.3.2 Comportamiento de otras variables de interés

En 102 casos (50,5 %) se encontró que las cicatrices eran compatibles con formas cutáneas. Las mucosas afectadas son: nasal con 139 casos (68,8 %), seguida de la cavidad oral 37 casos (18,3 %), labios 19 casos (9,4 %), párpados 4 casos (2 %), por último faringe y laringe un caso cada una (0,5 %).

La sintomatología referida es; rinorrea 74 casos (36,6 %), ulceración 66 casos (32,7 %), epistaxis 55 casos (27,2 %), obstrucción nasal 43 casos (21,3 %), hiperemia 33 casos (16,3 %), perforación 19 casos (9,4 %), disfonía 14 casos (6,9 %), destrucción de tabique 15 casos (7,4 %), y disfagia 11 casos (5,4 %). En 73 pacientes (36,1%) se refirió haber recibido tratamiento previamente y fue necesaria la hospitalización de 12 casos (5,9%).

El tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la consulta médica tiene en promedio 71 días, con un intervalo entre 0 y 366 días. 24 Casos (12 %) consultaron en la misma fecha que se refiere el inicio de síntomas, 6 casos (3 %) entre 1 y 3 días, 46 casos (23 %) entre 4 y 30 días, 52 casos (26 %) entre 31 y 60 días, 23 casos (11 %) consultaron entre 61 y 90 días, 13 (6 %) entre 91 y 120 días, 37 casos (18 %) entre 121 y 365 días después del inicio de síntomas.

6.3.3 Tendencia del evento

Respecto al mismo periodo del año anterior, hubo un aumento de 37 casos notificados al SIVIGILA que corresponden a un 22,4 % de aumento en el año 2012 respecto al 2011. El comportamiento en la notificación mostró un aumento de casos en los Departamentos de Chocó, Meta y Putumayo. En proporción, el aumento se vio en los departamentos de Chocó, Bolívar y Valle (Tabla 3).

**Tabla 3. Casos Leishmaniasis Mucosa por Departamento de procedencia, hasta SE 52.
Años 2011-2012.**

Departamento de Procedencia	Año 2012	Año 2011	Diferencia	
			Casos	Porcentaje
Choco	12	1	11	1100,0
Putumayo	11	3	8	266,7
Meta	32	24	8	33,3
Bolívar	7	1	6	600,0
Valle	5	1	4	400,0
Caldas	3	0	3	300,0
Santander	11	8	3	37,5
Amazonas	2	0	2	200,0
Arauca	3	1	2	200,0
Risaralda	3	1	2	200,0
Tolima	6	4	2	50,0
Cundinamarca	7	5	2	40,0
Cauca	2	1	1	100,0
Huila	2	1	1	100,0
Magdalena	1	0	1	100,0
Sin dato	2	1	1	100,0
Norte Santander	4	3	1	33,3
Vichada	5	4	1	25,0
Vaupés	13	12	1	8,3
Guaviare	21	21	0	0,0
Boyacá	3	4	-1	-25,0
Cesar	0	1	-1	-100,0
Exterior	0	1	-1	-100,0
Santa marta D.E.	0	1	-1	-100,0
Caquetá	16	18	-2	-11,1
Nariño	4	7	-3	-42,9
Córdoba	1	4	-3	-75,0
Antioquia	26	37	-11	-29,7
Total	202	165	37	22,4

Fuente: SIVIGILA SE 1-52 2012; Informe Leishmaniasis 2011, INS.

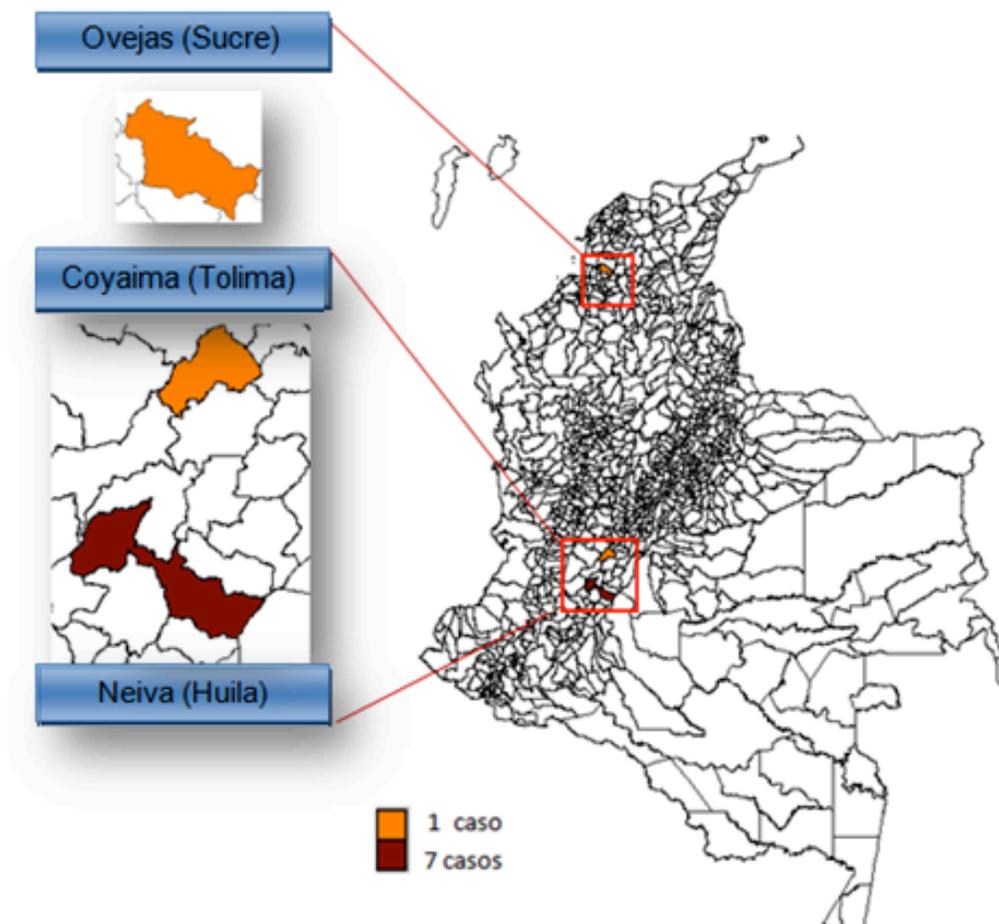
6.4 LEISHMANIASIS VISCERAL

6.4.1 Magnitud en lugar y persona

Hasta la semana 52 de 2012 se notificaron 48 casos de Leishmaniasis visceral, de los cuales 22 se descartaron, 10 fueron errores de digitación, 4 casos eran duplicados, 9 casos fueron confirmados y 3 quedaron como probables.

Los pacientes confirmados para esta forma clínica son procedentes de los municipios de Coyaima en el departamento del Tolima (1 caso), Ovejas, Sucre (1 caso) y Neiva en Huila (7 casos). (Figura 14).

Figura 14. Distribución de casos de Leishmaniasis Visceral por municipio de procedencia. Colombia hasta Semana Epidemiológica 52, 2012.



Los 3 casos que quedaron como probables son procedentes de los municipios de Tuchín (Córdoba), Planadas (Tolima) y Sampues (Sucre); fueron notificados por Cartagena, Bogotá y Sucre, respectivamente. Las dos últimas entidades territoriales no enviaron muestras de los pacientes, al laboratorio de parasitología del Instituto Nacional de Salud para determinar la presencia de la infección. El caso notificado por Bolívar, envió muestra y se encontraba por debajo del título de reactividad de la infección; por lo que se solicitó nueva muestra y no fue enviada.

Por género se tiene que 5 casos (55,5%) se presentaron en mujeres y corresponden a niños entre 9 meses y 4 años, con una edad media de 18 meses, mediana y moda de 1 año.

El brote registrado en el municipio de Neiva tienen como características que los pacientes procedentes son habitantes de zonas urbanas en 3 de las comunas del municipio y fueron confirmados por examen directo de aspirado de Bazo y/o médula ósea e IFI para *L. Visceral* en las instituciones municipales y departamentales; y en su totalidad estos fueron confirmados en el laboratorio de Parasitología del INS (tabla 4).

Tabla 4. Casos confirmados Brote de Leishmaniasis Visceral Neiva, Huila, 2012.

CASOS N°	EDAD	BARRIO	COMUNA	METODO DIAGNOSTICO
1	2 Años	Asentamiento La Paz	8	Ex Directo e IFI
2	3 Años	Asentamiento La Paz	8	IFI
3	18 Meses	Barrio Nueva Granada	8	Ex Directo
4	10 Meses	Barrio Villa Teresa	10	Ex Directo
5	7 Meses	Barrio Brisas Del Venado	9	Ex Directo
6	1 Año	Barrio Siglo XXI	10	Ex Directo y Aspirado de Médula Ósea
7	1 Año	Barrio Brisas Del Venado	9	Ex Directo y aspirado de Médula Ósea

Tomado de: Grupo ETV, Avance 5, Informe casos de L. visceral, Neiva- Huila, 2012.

6.4.2 Comportamiento de otras variables de interés

La sintomatología referida en los casos confirmados fue: fiebre, hepatomegalia y trombocitopenia en 8 casos (88,8% cada una), esplenomegalia 9 casos (100%), anemia 5 casos (55,5%) y leucopenia 4 casos (44,4%), siendo necesaria la hospitalización de la totalidad de los casos.

Todos los pacientes tienen afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud; pertenecen al régimen subsidiado 8 casos (88,8%) y contributivo 1 caso (11,2%).

6.4.3 Tendencia del evento

Se presenta una disminución de 4 casos confirmados (30,8 %) en el año 2012 respecto al mismo periodo del año 2011 (tabla 5).

Tabla 5. Casos confirmados de Leishmaniasis Visceral por Departamento de procedencia. Colombia a SE 52, 2011-2012.

Departamento de Procedencia	Año 2012	Año 2011	Diferencia
Bolívar	0	4	-4
Cartagena	0	1	-1
Córdoba	0	2	-2
Huila	7	1	6
Sucre	1	3	-2
Tolima	1	0	1
Sin Dato	0	2	-
Total	9	13	-4

Fuente: SIVIGILA SE 1-52, 2012; Informe Leishmaniasis 2011, INS.

El comportamiento en la notificación respecto a los años anteriores mostró un aumento de casos en el departamento del Huila, evidenciado en el brote, y una ausencia de casos en la entidad territorial Bolívar en la que a esta misma fecha ya se había reportado 4 casos.

Respecto a los demás focos históricamente endémicos de leishmaniasis visceral, se nota ausencia de casos en los municipios del Carmen de Bolívar y San Andrés de Sotavento, quienes han aportado cerca de 26 casos desde los años 2008 a 2011.

6.5 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

6.5.1 Incidencia por forma Clínica

La incidencia nacional acumulada para el décimo tercer periodo del año 2012 es de 95,3 casos por 100000 habitantes, tomando como denominador la población rural (transmisión en su mayor parte rural) del territorio Colombiano.

Por forma clínica la incidencia acumulada para Leishmaniasis Cutánea es 93,2 casos por 100000 habitantes, Leishmaniasis Mucosa 1,96 casos por 100000 habitantes y Leishmaniasis visceral 0,08 casos por 100000 habitantes.

Para calcular la incidencia acumulada por forma Clínica para cada departamento se tomó como denominador la población rural de cada entidad territorial con riesgo real de este.

Los departamentos más afectados para Leishmaniasis cutánea son Vaupés y Guaviare, que tienen incidencias acumuladas superiores a 500 por 100.000 habitantes. Los departamentos de Meta, Vichada, Antioquía, Caldas, Guainía, Putumayo y Santander tienen incidencias acumuladas por encima de la media departamental que fue de 124,7 casos por 100.000 habitantes (tabla 7).

Para leishmaniasis mucosa, Vaupés y Guaviare tienen incidencias superiores a 19 casos X 100000 habitantes; Meta y Vichada con incidencias superiores a 4,2 casos por 100000 habitantes, que corresponde a la media departamental para esta presentación clínica (tabla 6).

Tabla 6. Incidencia acumulada para Leishmaniasis por forma Clínica hasta SE 52 Colombia, 2012.

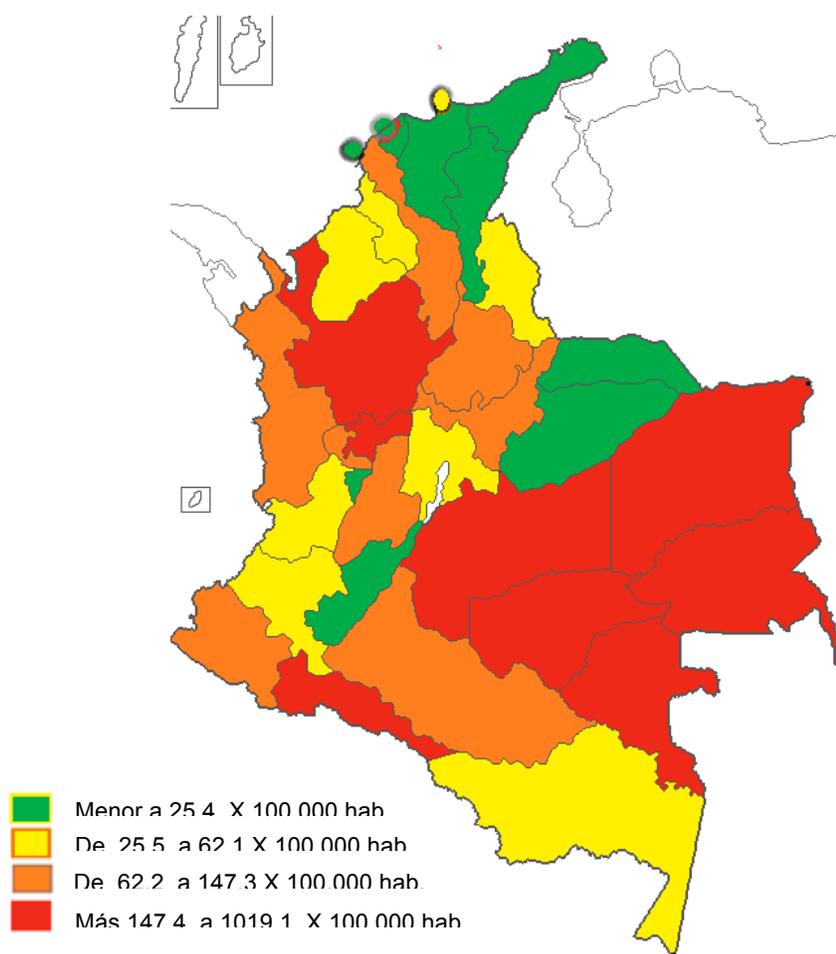
Entidad territorial de Procedencia	Incidencia X 100000 habitantes		
	Leishmaniasis Cutánea	Leishmaniasis Mucosa	Leishmaniasis Visceral
Vaupés	1019,1	30,7	
Guaviare	552,7	19,7	
Meta	276,0	6,8	
Vichada	222,7	7,5	
Antioquia	199,6	2,6	
Caldas	163,6	3,0	
Guainía	161,7	0,0	
Putumayo	154,4	4,1	
Santander	144,9	3,1	
Nariño	112,7	0,8	
Bolívar	112,4	1,6	
Boyacá	109,9	2,6	
Caquetá	108,8	3,5	
Choco	97,6	2,6	
Tolima	73,7	1,5	0,3
Santa marta D.E.	64,9	0,0	
Risaralda	59,2	2,0	
Cundinamarca	58,1	2,1	
Norte Santander	48,4	1,5	
Sucre	41,4	0,0	0,4
Córdoba	39,9	0,1	
Amazonas	35,3	2,7	
Cauca	30,6	0,4	
Valle	26,1	0,6	
Cesar	23,3	0,0	
Quindío	17,9	0,0	
Cartagena	9,2	0,0	
Huila	8,8	0,5	1,8
Guajira	6,1	0,0	
Arauca	5,5	1,2	
Magdalena	4,1	0,3	
Casanare	3,3	0,0	

Fuente: SIVIGILA SE 1-52. Grupo ETV, INS, 2012

Se presentan el mapa de riesgo para transmisión de Leishmaniasis cutánea por incidencia, donde la semaforización se llevó a cabo por percentiles quedando de la siguiente forma (figura 15)

- Bajo riesgo: Menor a 24,5 X 100.000 habitantes.
- Mediano riesgo de 24,6 a 57,4 X 100.000 habitantes.
- Alto riesgo de 57,5 a 142 X 100.000 habitantes.
- Muy alto riesgo 142,1, a 995,5 X 100.000 habitantes.

Figura 15. Incidencia de Leishmaniasis Cutánea x 100.000 Habitantes hasta SE 52, Colombia, 2012.



Fuente: SIVIGILA. Grupo ETV, INS, 2012

6.5.2 Letalidad para Leishmaniasis Visceral

La letalidad para Leishmaniasis visceral hasta Semana Epidemiológica 52 fue de cero.

6.5.3 Proporción de recaídas después de tratamiento

No es posible calcular este indicador con los datos suministrados.

6.5.4 Porcentaje de casos tratados

El porcentaje de casos tratados para todas las formas de Leishmaniasis corresponde a 98,8% (9686 casos). Para Leishmaniasis cutánea los casos tratados corresponden a 98,8 % (9478). Para Leishmaniasis mucosa el porcentaje de pacientes tratados corresponde a 98,5 % (199). Para Leishmaniasis visceral el 100% de los casos fueron tratados (tabla 7).

Tabla 7. Porcentaje de casos tratados con Leishmaniasis, Colombia, 2012.

ET de Procedencia	Porcentaje de casos tratados			
	L. Cutánea	L. Mucosa	L. visceral	Total casos
Amazonas	100,0%	100,0%	-	100,0%
Arauca	100,0%	100,0%	-	100,0%
Exterior	100,0%	-	-	100,0%
Guainía	100,0%	-	-	100,0%
Magdalena	100,0%	100,0%	-	100,0%
Meta	99,8%	100,0%	-	99,9%
Guaviare	99,8%	100,0%	-	99,8%
Vaupés	99,8%	100,0%	-	99,8%
Caquetá	99,6%	100,0%	-	99,6%
Bolívar	99,4%	100,0%	-	99,4%
Putumayo	99,3%	100,0%	-	99,3%
Antioquia	99,3%	100,0%	-	99,3%
Boyacá	99,2%	100,0%	-	99,2%
Nariño	99,2%	100,0%	-	99,2%
Risaralda	98,9%	100,0%	-	98,9%
Caldas	98,8%	100,0%	-	98,8%
Córdoba	98,6%	100,0%	-	98,6%
Choco	98,5%	100,0%	-	98,5%
Santander	98,4%	100,0%	-	98,5%
Tolima	98,3%	100,0%	100,0%	98,3%
Norte Santander	97,7%	100,0%	-	97,8%
Huila	100,0%	50,0%	100,0%	97,7%
Valle	97,9%	80,0%	-	97,5%
Cauca	97,1%	50,0%	-	96,5%
Vichada	95,3%	100,0%	-	95,5%
Sucre	94,8%	-	100,0%	95,1%

Cundinamarca	92,8%	100,0%	-	93,0%
Santa Marta D.E.	92,3%	-	-	92,3%
Cesar	91,8%	-	-	91,8%
Quindío	88,9%	-	-	88,9%
Sin dato	87,5%	100,0%	-	88,9%
Casanare	81,8%	-	-	81,8%
Guajira	79,2%	-	-	79,2%
Cartagena	75,0%	-	-	75,0%
Total	98,8%	98,5%	100,0%	98,8%

Fuente: SIVIGILA. Grupo ETV, INS, 2012

6.5.5 Proporción de casos con confección con VIH

Hasta semana epidemiológica 52 no hay casos confirmados de L. visceral con confección VIH. Se notificaron tres casos probables, de los cuales 2 se descartaron y uno quedo como probable.

7. DISCUSIÓN

El comportamiento de los casos de L. Cutánea, respecto a años anteriores es similar debido a que se tienen factores constantes como la migración, el conflicto armado, dinámica vectorial, entre otros que condicionan esta enfermedad, observándose que se presentan condiciones que son propias de esta forma clínica; tales como el grupo de edad y el sexo de los casos en las que se presenta generalmente en hombres en edad productiva, cuyas actividades son de tipo rural y los llevan a ingresar a zonas selváticas, deforestadas e intervenidas por la actividad humana.

Se observa que en el transcurso del año se presentan condiciones que son propias de esta forma clínica; tales como el grupo de edad y el sexo de los casos en las que se presenta generalmente en hombres en edad productiva, cuyas actividades son de tipo rural y los llevan a ingresar a zonas selváticas, deforestadas e intervenidas por la actividad humana. Sin embargo el escenario urbano está dado en departamentos como Cundinamarca, Caldas, Sucre, Santander y Tolima, entre otros, que están asociados a la presencia del flebótomo vector y en los cuales se pueden encontrar variabilidad en las características sociodemográficas en las que hay aumenta el número de casos en mujeres y niños y a su vez pueden atribuirse a la adaptación de los flebótomos a los ambientes domiciliarios y peridomiciliarios, cuando estos se reproduce en zonas cercanas a las viviendas con generación de hábitos de domiciliación, que permite el incremento de casos en los diferentes grupos de edad.

Para la forma Visceral, como se menciona en la literatura, está restringida a ciertas áreas geográficas a lo largo de la cuenca del río Magdalena en los departamentos de Córdoba, Sucre, Bolívar, Huila y Tolima, estos tres últimos de gran interés por las presentaciones de los 9 casos confirmados hasta el XIII periodo epidemiológico. Los casos a su vez se encuentran focalizados tanto en la zona rural, como es el caso de Coyaima en Tolima y el caso de Tuchin en Sucre; como en la parte urbana, en el caso del Brote presentado en el municipio de Neiva en el Huila.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep. – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 25 de 27

Se tiene que para los casos de L. visceral la susceptibilidad de los adultos es baja, asociada a la edad (niños menores de 2 años), como en los casos, con características de inmunosupresión, desnutrición y todos aquellos relacionados con condiciones de vida que generen susceptibilidad por parte de la población más expuesta.

Es de gran importancia el proceso de urbanización para la forma visceral que obligan a estar alerta ante la existencia de estos focos, dado a la implicación que tienen en la población.

En cuanto a la cantidad de datos en subregistro, se pueden atribuir a la falta de acceso al sistema de salud, a las dificultades de desplazamiento y a las concepciones culturales que se tienen acerca de la enfermedad y su tratamiento.

En cuanto al proceso de notificación se evidencia una disminución durante las últimas semanas epidemiológicas, lo cual deja ver la falta de oportunidad en este proceso.

Los datos suministrados para la generación de información del comportamiento del evento podrían ser de mejor calidad, ya que se evidencian dificultades en la interpretación de datos que son de fácil comprensión y conducción pero que debido a la falta de manejo adecuado del protocolo y de la guía de manejo de Leishmaniasis.

8. CONCLUSIONES

Se evidencia un aumento en la notificación de casos respecto al año 2011, aunque se ve un descenso en las últimas semanas epidemiológicas.

Se reflejan muchas debilidades en el diligenciamiento de los datos y su consecución con la ficha de notificación, como resultado de la falta de manejo en el protocolo de Leishmaniasis.

Se debe dar cumplimiento en el ajustes de casos para Leishmaniasis visceral según lo establecido en el protocolo (máximo cuatro semanas siguientes a la notificación) y deben enviarse todas las muestras para confirmación por IFI para los casos de Leishmaniasis visceral, por parte de las Secretarías Departamentales y municipales de Salud.

9. RECOMENDACIONES

Es importante implementar la vigilancia activa, a través del fortalecimiento en la notificación de todos los casos encontrados y en todas las formas clínicas con el fin de proveer al sistema con datos oportunos y completos que orienten la realidad del evento en nuestro país y la importancia que tiene en la población tanto rural como urbana.

Se hace necesaria la capacitación del personal asistencial de la salud encargado del manejo y seguimiento de los pacientes y la apropiación del conocimiento y manejo de los protocolos y las fichas de notificación del evento, con el fin de generar datos que puedan llevar al procesamiento y emisión de información por parte de la Subdirección de vigilancia y control, útil para tomar medidas que contribuyan al control y prevención de los casos de leishmaniasis.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep. – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 26 de 27

Se requiere que todas las muestras de suero para IFI de todos los casos probables de L. visceral lleguen al laboratorio de parasitología del INS para su procesamiento; al igual que todas las láminas de aspirado de médula ósea y/o bazo.

10. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo para la vigilancia en Salud Pública de Leishmaniasis. Colombia 2010.
2. Pan American Health Organization, Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) and Sociedad de Pediatría do Estado de Rio de Janeiro (SOPERJ). Update of American Trypanosomiasis and Leishmaniasis Control and Research: Final Report (Rio de Janeiro, Brazil, 6–7 November 2007). PAHO/HDM/CD/512-2008. 111-118. [Consultado: 14 de agosto de 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/res-dch-leish-priorities.pdf>.
3. ROMEROO, Marlyn. Una mirada a la epidemiología y al control de la Leishmaniasis zoonótica en Colombia. Biosalud 2007; 5: 99-111
4. González C., Cabrera OL., Munstermann IE., Ferro C. Distribución de los vectores de *Leishmania infantum* (Kinetoplastida: Trypanosomatidae) en Colombia. Biomédica 2006; 26 (Supl.1):64-72.
5. VELEZ, Ivan, ed al. Leishmaniosis cutánea en Colombia y género. Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales, Universidad de Antioquia. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v17n1/4073.pdf>
6. Campbell-Lendrum D, Dujardin JP, Martinez E, Feliciangeli MD, Perez JE, Passerat de Silans LNM and Domestic and Desjeux P. Peridomestic Transmission of American Cutaneous Leishmaniasis: Changing Epidemiological Patterns Present New Control Opportunities. Memorias Instituto Oswaldo Cruz. Vol. 96(2): 159-162, February 2001
7. Muñoz G, Davies CR. *Leishmania panamensis* transmission in the domestic environment: the results of a prospective epidemiological survey in Santander, Colombia. Biomédica 2006; 26 (Supl.1):131-44
8. Gutiérrez, Patricia. Informe final del evento Leishmaniasis, 2010. Subdirección de Vigilancia y Control de Enfermedades. Grupo Enfermedades transmitidas por Vectores, 2010. Disponible en <http://www.ins.gov.co/?idcategoria=90298>

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep. – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 27 de 27

11. Anexos. Bases de datos casos confirmados Leishmaniasis, Colombia 2012 (documento Excel).

11.1 Leishmaniasis Cutánea 2012 (hoja 1 documento Excel).

11.2 Leishmaniasis Mucosa 2012 (Hoja 2 documento Excel).

11.3 Leishmaniasis Visceral 2012 (Hoja 3 documento Excel).