 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	1.1.1.1.VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
		FOR-R02.4000-001	2012 – Sep. – 05
			Página 1 de 24

1 INFORME FINAL LEISHMANIASIS, 2013.

Referente evento: Sara E. Gómez Romero
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 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* (1). 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 (2)

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) (2,3).


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 (2).

Las leishmaniasis se constituyen como un problema creciente en salud pública en nuestro país, dado al número de casos que se presentan, al cambio en el patrón epidemiológico por la aparición de nuevos focos y al proceso de domiciliación y urbanización del ciclo de transmisión.

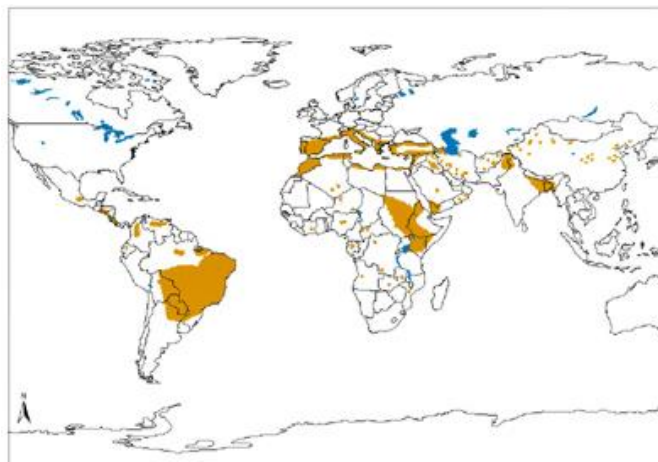
Este informe describe la situación de la enfermedad en lo corrido del año 2013 y establece comparación de las diferencias presentadas respecto al año anterior. Se describe el comportamiento en tiempo, persona y lugar; al igual que se tienen en cuenta otras variables socio-demográficas de interés en el evento.

2.1 Comportamiento del evento a nivel Mundial

Las leishmaniasis se encuentran distribuidas en todos los continentes, son endémicas en 98 países y se considera que aproximadamente, 350 millones de personas están en riesgo de adquirirlas (4) (mapa 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*.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	1.1.1.1.1 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep. – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 2 de 24

Mapa 1. Distribución geográfica de leishmaniasis visceral en el mundo, 2010



Fuente: Distribución mundial leishmaniasis visceral, OMS

Cerca del 90% de los casos de leishmaniasis cutánea ocurren en siete países (Afganistán, Argelia, 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) (5).

Se desconoce la incidencia y prevalencia real de la enfermedad, porque solo en 52 de los países endémicos la leishmaniasis es una enfermedad de notificación obligatoria. 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 (5). 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 (5).

2.2 Comportamiento del evento en América

En América, las leishmaniasis representan un problema significativo en salud Pública, debido a su alta morbilidad, con distribución en algunas partes de México, América Central y América del Sur, a excepción de Chile y Uruguay (6). Para leishmaniasis visceral su mayor incidencia se presenta en el norte del Brasil (mapa 2).

En lo corrido de los años 2001 a 2011, Brasil, Colombia y Perú aportaron el 75,8 % de los casos de leishmaniasis cutánea y mucosa. Para leishmaniasis visceral Brasil aportó el 96,6% de los casos en América (4).

Mapa 2. Distribución geográfica de leishmaniasis cutánea y mucosa en América, 2010



Fuente: Distribución Geográfica *L. Cutánea* y *L. mucosa*, OMS.

2.3 Comportamiento del evento en Colombia

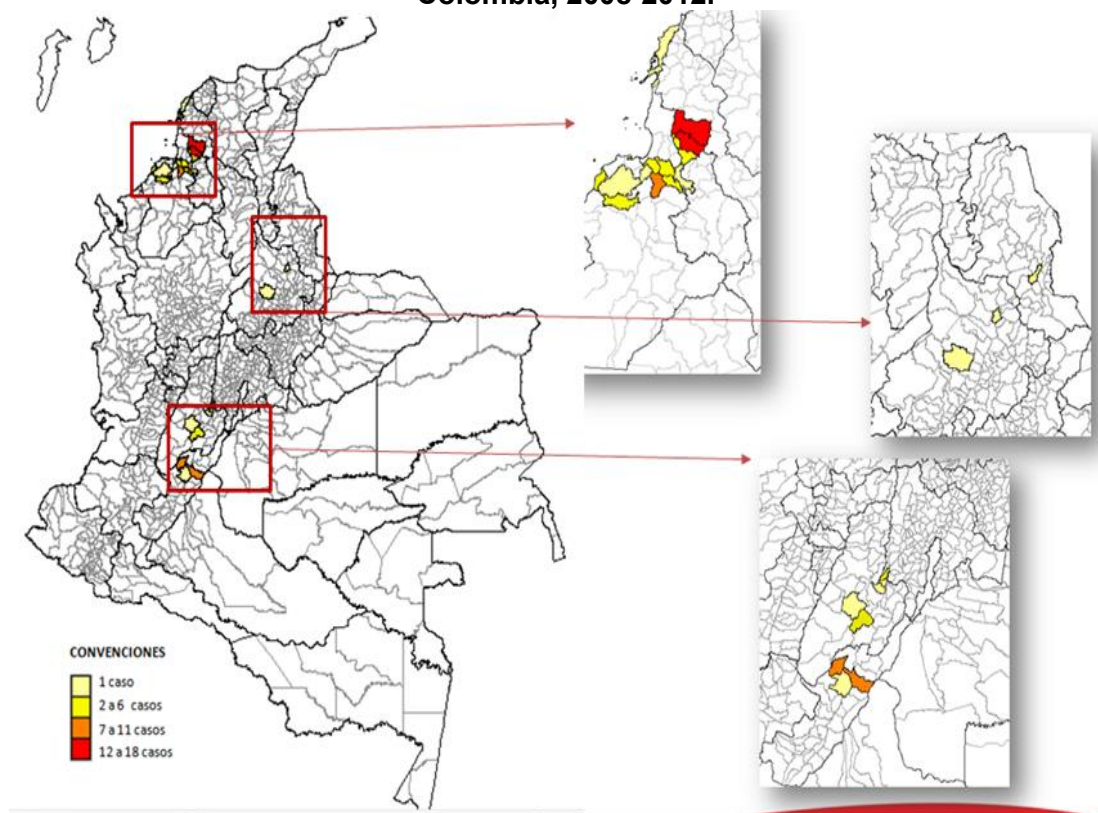
En Colombia, durante la década de los 90 se notificaban en promedio 6.500 casos nuevos de leishmaniasis por año, cifra que aumentó progresivamente al punto de pasar en los años 2005 y 2006 a cerca de 20.000 casos cada año notificados al sistema y durante el 2007 un descenso en los casos a cerca de 14.000 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 con 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 y la de mayor distribución geográfica, la leishmaniasis cutánea (entre 95% y 98% de los casos); la leishmaniasis mucosa, que es el resultado de la diseminación del parásito, y que se puede presentar de semanas a años después de la lesión cutánea (1% a 4%) y leishmaniasis visceral (entre el 0,1 y 1,5 %).

La leishmaniasis visceral 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 (7). 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 (mapa 3).

Mapa 3. Distribución geográfica de casos confirmados para leishmaniasis visceral, Colombia, 2008-2012.



Fuente: Sivigila, INS

3 OBJETIVOS

Identificar el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de los casos de leishmaniasis cutánea, leishmaniasis mucosa y leishmaniasis visceral.

Establecer la frecuencia y distribución de morbilidad y medir la mortalidad registrada por leishmaniasis en el país.

4 MATERIALES Y MÉTODOS

Se hizo un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de leishmaniasis cutánea, leishmaniasis mucosa y leishmaniasis visceral hasta el periodo epidemiológico XIII del año 2013, utilizando como fuente de datos 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 leishmaniasis 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.

5 HALLAZGOS

5.1 Comportamiento de la notificación

Para el año 2013 (semanas epidemiológica 1 a 52), se notificaron 10001 casos de leishmaniasis para cada una de las formas clínicas. Se retiraron 586 registros (6 %), que correspondían a casos descartados, errores de digitación y duplicados (tabla 1)

Tabla 1. Registros depurados de las bases de datos Leishmaniasis, Colombia a semana epidemiológica 52 de 2013.

FORMA CLINICA	TOTAL REGISTROS SIVIGILA	REPETIDOS	ERROR DIGITACION	DESCARTADO LABORATORIO	TOTAL RETIRADOS	PORCENTAJE RETIRADOS	CASOS DEFINITIVOS	PORCENTAJE REGISTROS UTILIZADOS
L. CUTANEA	9808	530	10	NA	540	6 %	9268	94,5 %
L.MUCOSA	155	7	7	NA	14	9 %	141	91,0 %
L.VISCERAL	48	4	14	14	32	67 %	16	33,3 %
TOTAL	10011	541	31	14	586	6 %	9425	94,1 %

NA: No aplica

Fuente: Sivigila, 2013. Instituto Nacional de Salud

Hasta la semana 52 del año 2013 se notificaron al SIVIGILA 9425 casos de leishmaniasis de los cuales 9268 fueron de la forma cutánea y corresponden a un 98,3 %, 141 casos de la forma mucosa, que corresponden a un 1,5 % y 16 casos para la forma visceral (13 confirmados y 3 probables), que corresponden a 0.2 %. Durante el mismo periodo del año 2012 se notificaron al sistema 9806 casos, lo que corresponde a un descenso de 384 casos (-3,9 %), respecto al mismo periodo del año anterior. Los casos se concentraron en los departamentos de Antioquia,

Meta, Nariño y Tolima, que a su vez concentran el 50 % de la notificación realizada al Sivigila (Tabla 2). Para el análisis se tendrán en cuenta solo los casos confirmados totales, es decir 9422 casos.

Tabla 2 Distribución de casos confirmados de leishmaniasis por departamento de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 52 de 2013.

Entidad territorial de procedencia	L. Cutánea	L. Mucosa	L. Visceral	Total casos	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
ANTIOQUIA	2231	25	0	2256	23,9%	23,9%
META	996	23	0	1019	10,8%	34,7%
NARIÑO	693	11	0	704	7,5%	42,2%
TOLIMA	674	2	1	677	7,2%	49,4%
SANTANDER	625	0	0	625	6,6%	56,0%
PUTUMAYO	414	6	0	420	4,5%	60,5%
CHOCO	402	3	0	405	4,3%	64,8%
CALDAS	372	2	0	374	4,0%	68,8%
BOLIVAR	361	4	3	368	3,9%	72,7%
CAQUETA	342	15	0	357	3,8%	76,4%
CORDOBA	341	2	4	347	3,7%	80,1%
GUAVIARE	309	20	0	329	3,5%	83,6%
RISARALDA	286	4	0	290	3,1%	86,7%
CUNDINAMARCA	187	4	0	191	2,0%	88,7%
NORTE SANTANDER	162	2	0	164	1,7%	90,5%
VALLE	154	1	0	155	1,6%	92,1%
BOYACA	148	2	0	150	1,6%	93,7%
CAUCA	138	1	0	139	1,5%	95,2%
SUCRE	89	0	5	94	1,0%	96,2%
VICHADA	68	2	0	70	0,7%	96,9%
VAUPES	52	1	0	53	0,6%	97,5%
CESAR	31	1	0	32	0,3%	97,8%
GUAINIA	30	2	0	32	0,3%	98,2%
DESCONOCIDO	26	4	0	30	0,3%	98,5%
GUAJIRA	27	0	0	27	0,3%	98,8%
EXTERIOR	26	0	0	26	0,3%	99,0%
ARAUCA	19	2	0	21	0,2%	99,3%
AMAZONAS	15	1	0	16	0,2%	99,4%
HUILA	11	1	0	12	0,1%	99,6%
CASANARE	10	0	0	10	0,1%	99,7%
STA MARTA D.E.	10	0	0	10	0,1%	99,8%
MAGDALENA	8	0	0	8	0,1%	99,9%
CARTAGENA	6	0	0	6	0,1%	99,9%
QUINDIO	5	0	0	5	0,1%	100,0%
TOTAL	9268	141	13	9422	100%	-

Fuente: Sivigila, 2013. Instituto Nacional de Salud

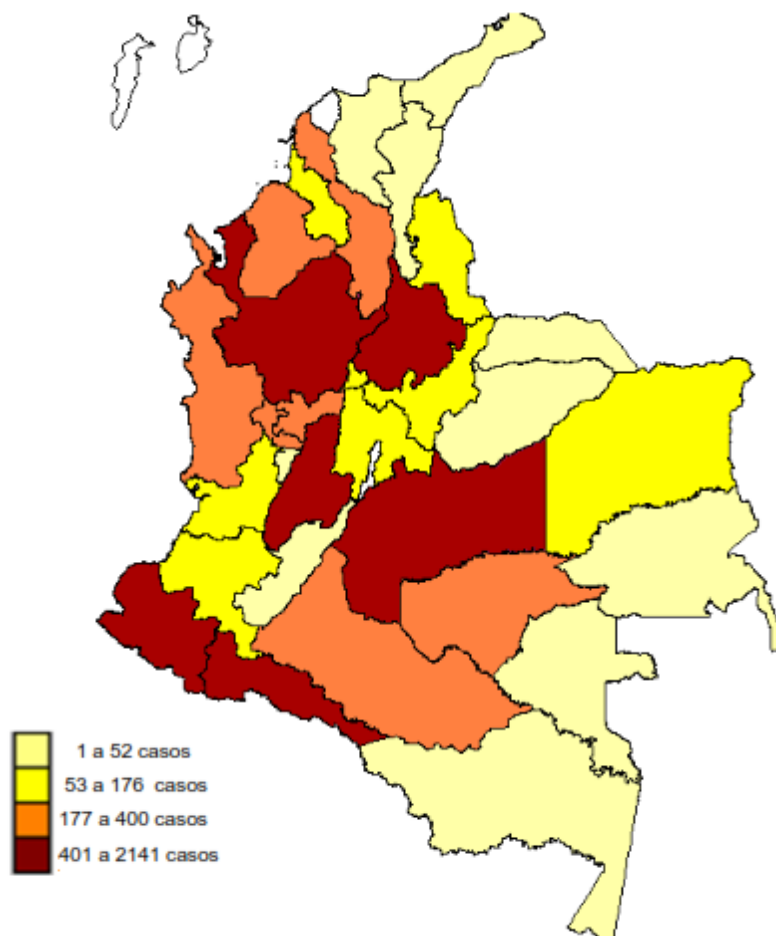
5.2 LEISHMANIASIS CUTANEA

5.2.1 Magnitud en lugar y persona

Durante las semanas epidemiológicas 1 a 52 del 2013 se notificaron al SIVIGILA 9268 casos de leishmaniasis cutánea.

Los Departamentos que presentaron mayor número de casos son en orden: Antioquia, Meta, Nariño, Tolima, Santander, Putumayo, Chocó, Caldas, que aportan el 70 % de la notificación hecha al Sivigila durante 2013 (tabla 2, mapa 4).

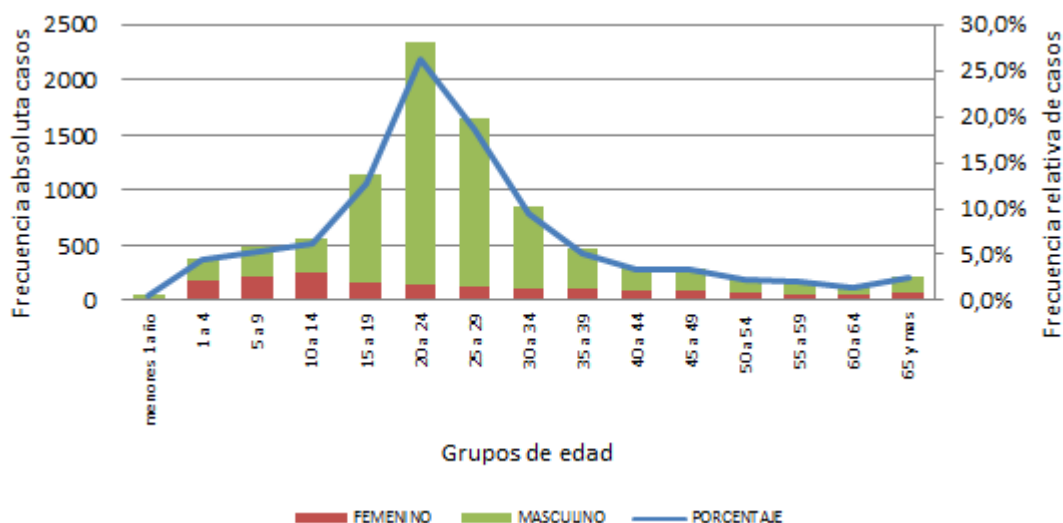
Mapa 4. Distribución de casos de leishmaniasis cutánea por departamento de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 52 de 2013.



Fuente: Sivigila, 2013. Instituto Nacional de Salud

De los 9595 casos 7527 (81.2 %) fueron en hombres. La distribución por edad muestra que el intervalo de edad estuvo entre un mes y 95 años, con un promedio de edad de 26 años, una mediana de 24 y moda de 19 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 20 a 24 y el menos afectado al de menores de un año (Gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución de casos de leishmaniasis cutánea por grupos de edad, Colombia, a semana epidemiológica 52 de 2013.



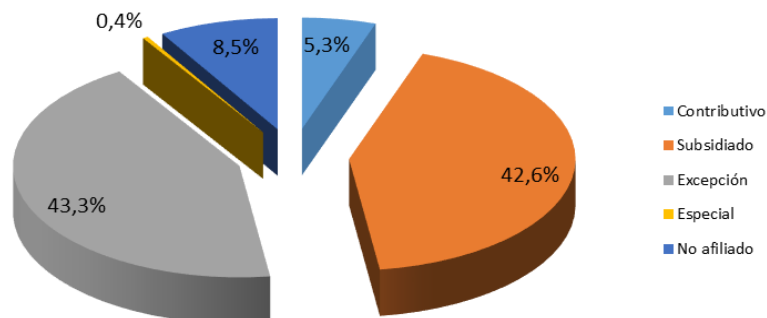
Fuente: Sivigila, 2013. Instituto Nacional de Salud

Por área de procedencia 7354 casos (79,4 %) ocurrieron en área rural dispersa, seguido de 971 casos (10,5 %) en centro poblado y 943 casos (10,2 %) en 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 7859 casos (84.8 %) pertenecen a otros grupos (mestizos), 986 casos (10,6 %) al grupo afro colombianos, 376 casos (4,1%) a grupos indígenas, 22 casos (0,2 %) a raizal, 19 casos (0,2 %) a palenqueros y ROM 5 casos (0,1 %).

Respecto a la afiliación al sistema general de seguridad social, la mayor proporción se presentó en el régimen excepción con 4009 casos (43,3 %), 36 casos (0,4 %) en régimen especial y 7790 pacientes (8,5 %) no estaban afiliados a ningún sistema, llevando esto a tener un bajo acceso para el manejo y posterior seguimiento al tratamiento (Gráfica 2).

Gráfica 2. Distribución de casos de leishmaniasis cutánea por sistema general de seguridad social en salud, Colombia, a semana epidemiológica 52 de 2013.



Fuente: Sivigila, 2013. Instituto Nacional de Salud

5.2.2 Comportamiento de otras variables de interés

Por localización de las lesiones, 5967 casos (64,4 %) presentaron lesiones únicas y el máximo número de lesiones reportado por persona fue de 9, con 62 casos (0,7 %). Las lesiones se ubicaron predominantemente en miembros superiores e inferiores. Se reportaron un total de 11035 lesiones en los 9268 pacientes así: 4569 (41 %) se presentaron en miembro superior, 2785 (25 %) en miembro inferior, 2118 (19 %) en cara y 1563 (14 %) en tronco; siendo las dos primeras las de mayor exposición a la picadura por el flebótomo *Lutzomyia*.

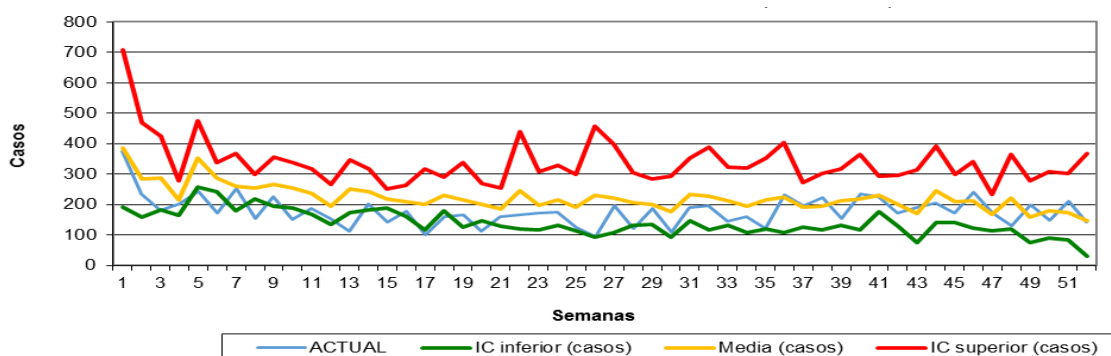
El tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la consulta tuvo en promedio 43 días, con un intervalo de 0 a 380 días. 762 Casos (8 %) consultaron a la misma fecha que se refiere el inicio de síntomas, 625 casos (7 %) consultaron entre uno y cinco días después de inicio de síntomas, 2878 casos (31 %) consultaron entre 6 y 30 días después del inicio de síntomas, 2582 casos (28 %) entre 31 y 60 días, 1395 casos (15 %) entre 61 y 90 días, 549 casos (6 %) entre 91 y 120 días, 366 casos (4 %) entre 121 a 200 días, 95 casos (1 %) , 14 casos (0,2 %) después de 365 días y dos casos sin registro entre inicio de síntomas y consulta.

En cuanto a los antecedentes de tratamientos, 1272 casos (14 %) habían sido tratados anteriormente y fue necesaria la hospitalización en 171 pacientes (1,8 %).

5.2.3 Tendencia del evento

El canal endémico nacional de leishmaniasis cutánea se encontró en la zona de éxito y seguridad durante el 88.7 % de las semanas epidemiológicas y un 11,3 % que superaron la mediana y se ubicaron en la zona de alarma (semanas 47,49 y 51) (Gráfica 3).

Gráfica 3. Canal endémico nacional de leishmaniasis cutánea, Colombia a semana epidemiológica 52 de 2013.



Fuente: Sivigila, 2013. Instituto Nacional de Salud

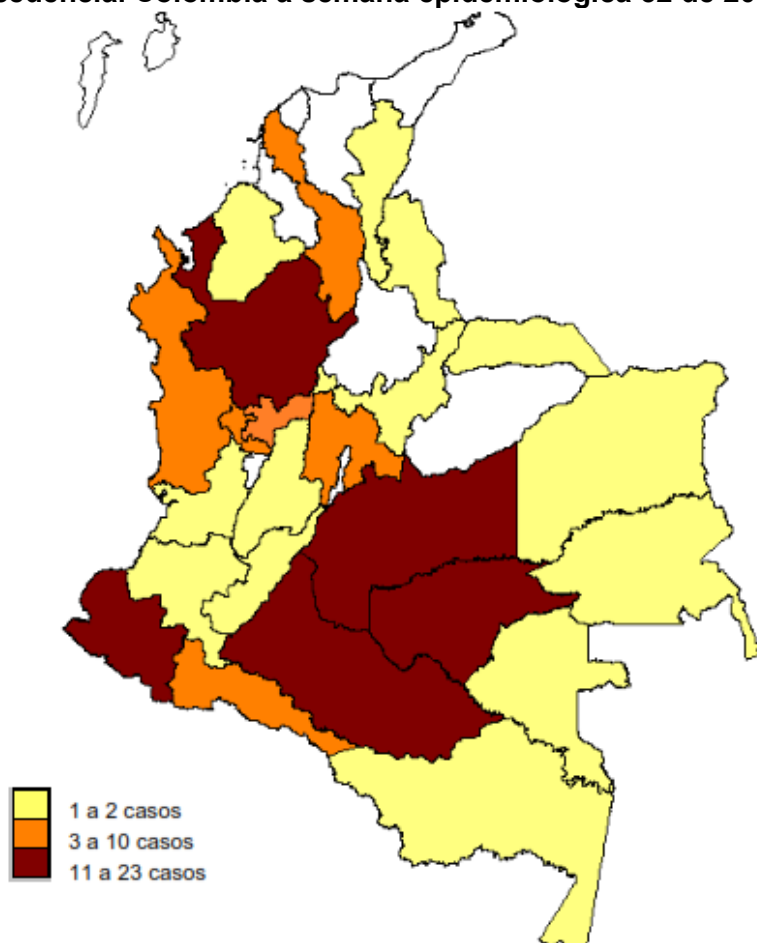
A semana epidemiológica 52 de 2012 se habían notificado 9595 casos de, lo que corresponde a un descenso de 327 casos (3,4 %) para el año 2013. Respecto a la notificación realizada por las entidades territoriales, 14 de las 32 Entidades territoriales nacionales (44 %) aumentaron el número de casos. Guaviare, Meta y Vaupés con descensos superiores a 250 casos. También hubo un aumento en el número de casos procedentes del exterior pasando de 22 casos en 2012 a 26 casos en 2013.

5.3 LEISHMANIASIS MUCOSA

5.3.1 Magnitud en lugar y persona

Hasta la semana epidemiológica 52 del 2013 se notificaron al SIVIGILA 141 casos de leishmaniasis mucosa. Los departamentos que aportaron la mayor cantidad de casos corresponden a los departamentos de Antioquía, Meta, Guaviare y Caquetá, quienes concentran el 59 % de la notificación (Mapa 5).

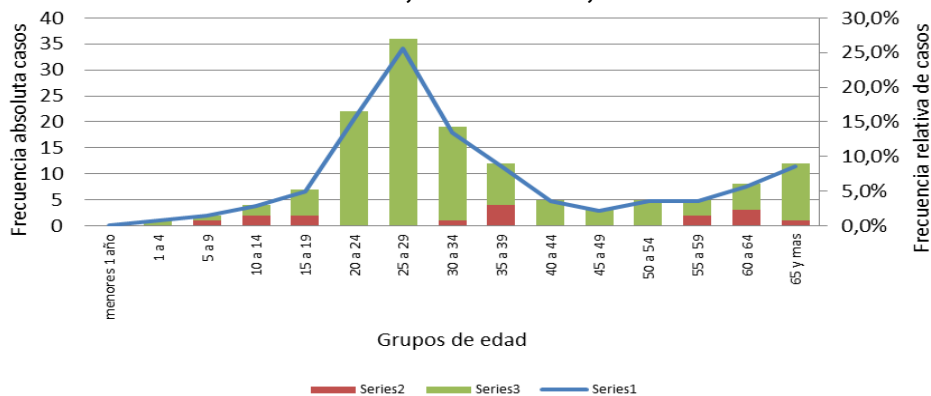
Mapa 5. Distribución de casos de leishmaniasis mucosa por departamento de procedencia. Colombia a semana epidemiológica 52 de 2013.



Fuente: Sivigila, 2013. Instituto Nacional de Salud

Por sexo se tiene que 125 casos (88,76 %) se presentaron en hombres. La distribución por edad muestra que el intervalo fue de 4 a 83 años, con una edad promedio de 35 años, una mediana de 29 años y moda de 28 años. El grupo de edad más afectado es el de 25 a 29 años (36 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 (Gráfica 4).

Gráfica 4. Distribución de casos de leishmaniasis mucosa por grupo de edad y sexo. Colombia, hasta SE 52, 2013

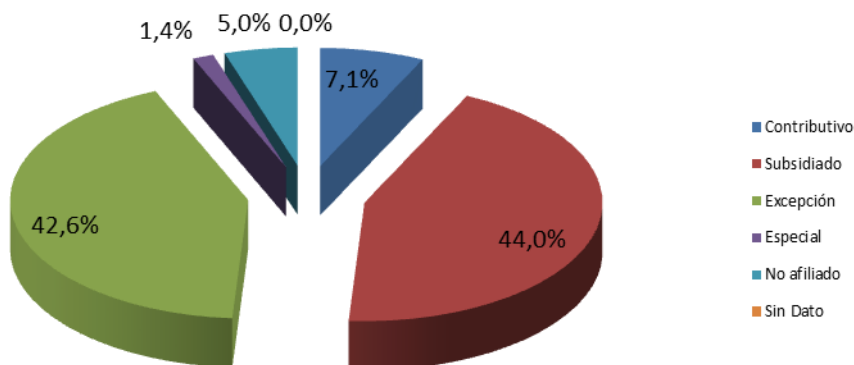


Fuente: Sivigila, 2013. Instituto Nacional de Salud


Por pertenencia étnica 123 pacientes (87 %) correspondían a otros grupos, 14 casos (9,9 %) al grupo afro colombianos, 4 casos (2,8 %) en indígenas. Por área 86 casos (60,9 %) ocurrieron en el área rural dispersa, 33 casos (23,4 %) en el centro poblado y 22 casos (15,6 %) en la cabecera municipal.

Respecto a la afiliación al sistema general de seguridad social, la mayor proporción se presentó en pacientes del régimen subsidiado con 62 casos (44 %) y siete pacientes no tenían aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud (Gráfica 5).

Gráfica 5. Distribución de casos de leishmaniasis mucosa por sistema general de seguridad social en salud, Colombia a semana epidemiológica 52 de 2013.



Fuente: Sivigila, 2013. Instituto Nacional de Salud

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	1.1.1.1.VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO		Versión: 01
				2012 – Sep. – 05
		FOR-R02.4000-001		Página 13 de 24

5.3.2 Comportamiento de otras variables de interés

En 65 casos (46,4 %) se encontró que las cicatrices eran compatibles con formas cutáneas. Las mucosas afectadas son: nasal con 110 casos (78 %), seguida de la cavidad oral con 17 casos (12,1 %), labios con 9 casos (6,4 %), párpados con dos casos (1,4 %) y en tres casos no se tuvo información.

La sintomatología referida fue: rinorrea en 70 casos (50,7 %), ulceración en 67 casos (48,6 %), epistaxis en 56 casos (40,6 %), obstrucción nasal en 41 casos (29,7 %), hiperemia en 29 casos (21 %), perforación en 20 casos (14,5 %), disfonía en 7 casos (5,1 %), destrucción de tabique en 6 casos (4,3 %) y disfagia en 4 casos (2,9 %). En 54 pacientes (38,3 %) se refirió haber recibido tratamiento previamente; fue necesaria la hospitalización de 4 casos (2,8 %).

El tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la consulta médica tiene en promedio 77 días, con un intervalo de 0 a 405 días. 10 Casos (7,1 %) consultaron en la misma fecha que del inicio de síntomas, 11 casos (7,8 %) entre uno y cinco días después, 26 casos (18,4 %) entre 6 y 30 días después, 27 casos (19,1 %) entre 31 y 60 días después, 25 casos (17,7 %) consultaron entre 61 y 90 días después, 10 casos (7,1 %) entre 91 y 120 días después, 19 casos (13,5 %) entre 121 y 200 días después, 12 casos (8,5%) entre 201 7 365 días después y un solo caso con más de 365 días de consulta después de inicio de síntomas.

5.3.3 Tendencia del evento

Hubo un descenso de 61 casos notificados al SIVIGILA lo que corresponden a un -30,2 % en año 2013 respecto al 2012. El comportamiento en la notificación mostró un aumento de casos en los departamentos de Cesar, Córdoba, Risalda, Guainia y Nariño. En proporción, el aumento se vio en el departamento de Nariño (+75%). Vaupes y Santander presentaron descensos maores a 10 casos en la notificación de casos respecto a 2012 (Tabla 3).

Tabla 3. Casos de leishmaniasis mucosa por departamento de procedencia, Colombia, hasta semana epidemiológica 52, 2012-2013.

Departamento de Procedencia	Año 2013	Año 2012	Diferencia	
			Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
VAUPES	1	13	-12	-92,3
SANTANDER	0	11	-11	-100,0
CHOCO	3	12	-9	-75,0
META	23	32	-9	-28,1
PUTUMAYO	6	11	-5	-45,5
TOLIMA	2	6	-4	-66,7
VALLE	1	5	-4	-80,0
BOLIVAR	4	7	-3	-42,9
CUNDINAMARCA	4	7	-3	-42,9
VICHADA	2	5	-3	-60,0
NORTE SANTANDER	2	4	-2	-50,0
AMAZONAS	1	2	-1	-50,0
ANTIOQUIA	25	26	-1	-3,8
ARAUCA	2	3	-1	-33,3
BOYACA	2	3	-1	-33,3
CALDAS	2	3	-1	-33,3
CAQUETA	15	16	-1	-6,3
CAUCA	1	2	-1	-50,0
GUAVIARE	20	21	-1	-4,8
HUILA	1	2	-1	-50,0
MAGDALENA	0	1	-1	-100,0
CESAR	1	0	1	100,0
CORDOBA	2	1	1	100,0
RISARALDA	4	3	1	33,3
DESCONOCIDO	4	2	2	100,0
GUAINIA	2	0	2	100,0
NARIÑO	11	4	7	175,0
Total	141	202	-61	-30,2

Fuente: Sivigila, 2013. Instituto Nacional de Salud

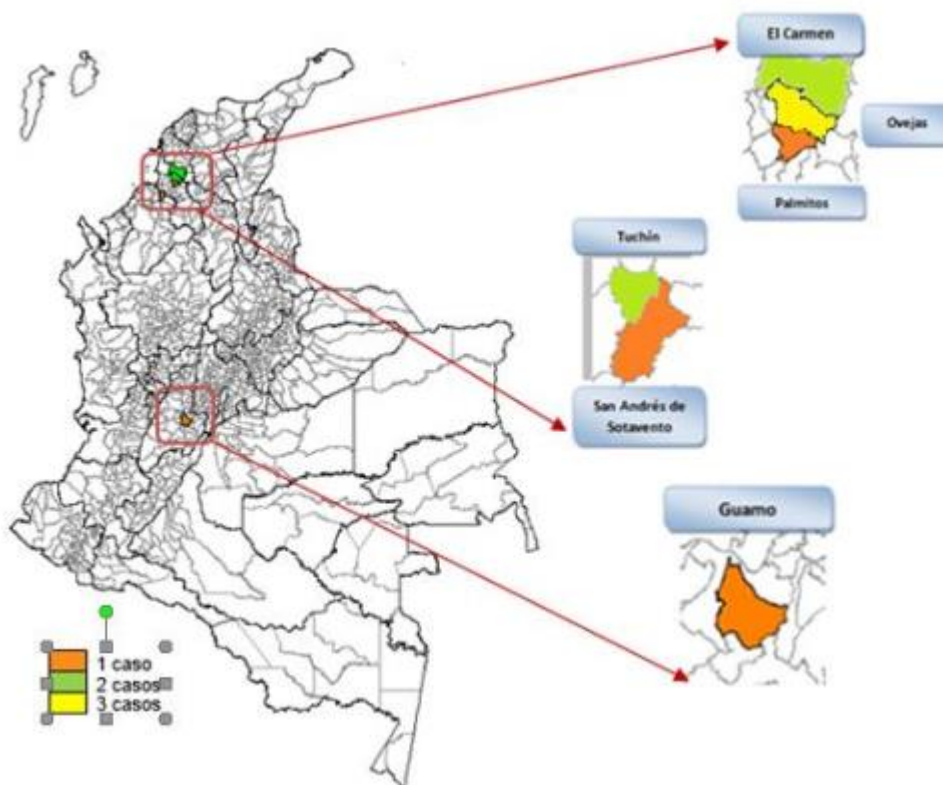
5.4 LEISHMANIASIS VISCERAL

5.4.1 Magnitud en lugar y persona

Hasta la semana 52 de 2013 se notificaron 48 casos de leishmaniasis visceral, de los cuales 14 se descartaron por pruebas de laboratorio, 14 fueron errores de digitación, cuatro casos eran duplicados, trece casos fueron confirmados y tres quedaron como probables.

Los pacientes confirmados para esta forma clínica fueron procedentes de los municipios de El Carmen de Bolívar (tres casos), Ovejas, Sucre (tres casos), Tuchín, Córdoba (tres casos), Los Palmitos, Sucre (un caso), *Sincelejo, Sucre (un caso), San Andrés de Sotavento, Sucre (un caso) y El Guamo, Tolima (un caso). (Mapa 7).

Mapa 7. Distribución de casos de leishmaniasis visceral por municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 52 de 2013



Fuente: Sivigila, 2013. Instituto Nacional de Salud

Los casos que quedaron como probables son procedentes de los municipios de Tuchín (Córdoba), Sincelejo (Sucre) y Sincelejo (Sucre); fueron notificados y atendido en el distrito de Cartagena y en Sincelejo (Sucre). En los tres casos no fueron enviadas las muestras para

diagnóstico serológico por IFI al laboratorio de parasitología del INS, conforme al lineamiento nacional. Tampoco se enviaron las láminas de pruebas diagnósticas

5.4.2 Comportamiento de otras variables de interés

Por sexo, siete casos (53,9 %) se presentaron en mujeres, el intervalo de edad estuvo entre seis meses y seis años, con un promedio de edad de 1,7 años +/- 1,4 y una moda de un año. Por área de procedencia 7 casos (53,9%) ocurrieron en el centro poblado y 6 casos (46,1 %) ocurrieron en área rural dispersa. Por pertenencia étnica 10 casos en otros (mestizos) y tres casos en población indígena.

Las manifestaciones clínicas referidas fueron: fiebre, hepatomegalia, esplenomegalia y anemia en 100 % de los casos, trombocitopenia en 61 % de los casos (8/13) y leucopenia en el 46 % (6/13).

Todos los pacientes tenían afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud; pertenecen al régimen subsidiado 11 casos (84,6 %) y contributivo dos casos (15,4 %).

5.4.3 Tendencia del evento

Se presenta una disminución de cuatro casos confirmados (-44,4 %) en el año 2013 respecto al mismo periodo del año 2012 (tabla 4).

El comportamiento en la notificación respecto al año anterior mostró un aumento de casos en los departamentos de Córdoba y Sucre.

Tabla 4. Casos confirmados de leishmaniasis visceral por departamento de procedencia, Colombia a semana epidemiológica 52, 2012-2013.

Departamento de Procedencia	Año 2013	Año 2012	Diferencia
Bolívar	3	0	-1
Córdoba	4	0	4
Huila	0	7	-7
Sucre	5	1	4
Tolima	1	1	0
Total	13	9	-4

Fuente: Sivigila, 2013. Instituto Nacional de Salud

5.5 Comportamiento de los indicadores de vigilancia de los eventos

5.5.1 Incidencia por forma Clínica

La incidencia nacional acumulada para el décimo tercer periodo del año 2013 fue de 91 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 fue 89 casos por 100000 habitantes, Leishmaniasis mucosa 1,4 casos por 100000 habitantes y Leishmaniasis visceral 0,1 casos por 100000 habitantes.

Los departamentos más afectados para Leishmaniasis cutánea son Caldas, Guaviare, Antioquia, y Meta con incidencias superiores a 200 casos por 100.000 habitantes. La incidencia media departamental fue de 92 casos por 100000 habitantes, donde 12 entidades territoriales la superan (tabla 7).

Para Leishmaniasis mucosa, Guaviare tiene la mayor incidencia a 19 casos X 100000 habitantes; El promedio nacional corresponde a 2 casos por 100000 habitantes, que es superado por 10 entidades territoriales (tabla 5).

Tabla 5. Proporción de incidencia de las leishmaniasis, Colombia, a semana epidemiológica 52, 2013.

Entidad territorial de procedencia	Incidencia X 100000 habitantes		
	Leishmaniasis cutánea	Leishmaniasis mucosa	Leishmaniasis visceral
CALDAS	378,3	2,0	0,0
GUAVIARE	286,3	18,5	0,0
ANTIOQUIA	219,8	2,5	0,0
META	207,1	4,8	0,0
RISARALDA	194,6	2,7	0,0
TOLIMA	172,3	0,5	0,3
SANTANDER	176,7	0,0	0,0
PUTUMAYO	154,4	2,2	0,0
NARIÑO	130,0	2,1	0,0
VAUPES	121,4	2,3	0,0
BOYACA	129,1	1,7	0,0
VICHADA	99,2	2,9	0,0
CHOCO	85,2	0,6	0,0
BOLIVAR	84,7	0,9	0,7
GUAINIA	74,6	5,0	0,0
CAQUETA	73,5	3,2	0,0
NORTE SANTANDER	59,8	0,7	0,0
CUNDINAMARCA	55,7	1,2	0,0
STA MARTA D.E.	52,5	0,0	0,0

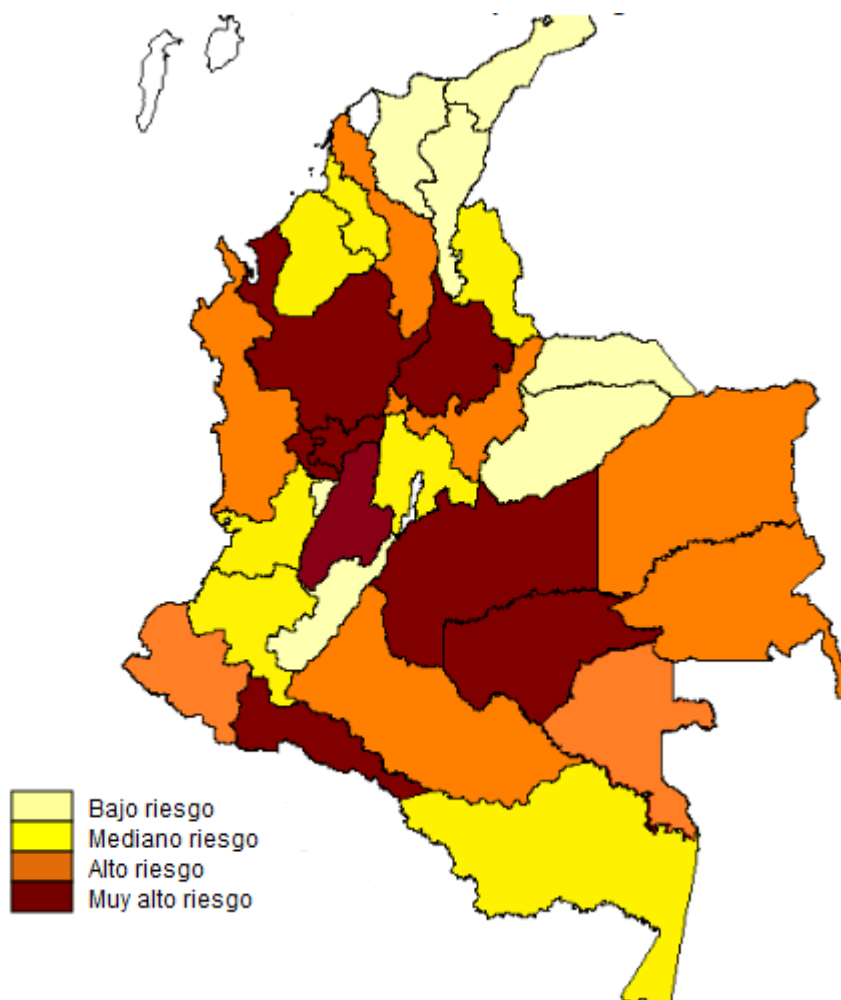
CORDOBA	36,7	0,2	0,4
SUCRE	31,7	0,0	1,8
CAUCA	30,2	0,2	0,0
AMAZONAS	20,1	1,3	0,0
VALLE	16,9	0,1	0,0
CARTAGENA	13,9	0,0	0,0
CESAR	11,9	0,4	0,0
QUINDIO	10,0	0,0	0,0
ARAUCA	7,4	0,8	0,0
LA GUAJIRA	6,6	0,0	0,0
MAGDALENA	2,5	0,0	0,0
HUILA	2,8	0,3	0,0
CASANARE	2,9	0,0	0,0

Fuente: Sivigila, 2013. Instituto Nacional de Salud

A continuación se presenta el mapa de riesgo nacional de Leishmaniasis cutánea por incidencia, con semaforización por percentiles, quedando de la siguiente forma (mapa 9).

- Bajo riesgo: Menor a 14 casos X 100.000 habitantes.
- Mediano riesgo de 15 a 60 casos X 100.000 habitantes.
- Alto riesgo de 61 a 130 casos X 100.000 habitantes.
- Muy alto riesgo 131 a 379 casos X 100.000 habitantes.

Mapa 8. Incidencia de Leishmaniasis cutánea. Colombia, hasta semana epidemiológica 52, 2013.



Fuente: Sivigila, 2013. Instituto Nacional de Salud

5.5.2 Letalidad para leishmaniasis visceral

La letalidad para leishmaniasis visceral hasta semana epidemiológica 7,7 % (Un caso).

5.5.3 Porcentaje de casos tratados

El porcentaje de casos tratados para todas las formas de leishmaniasis corresponde a 98,5% (9278/9420 casos). Para leishmaniasis cutánea los casos tratados corresponden a 98,5 % (9127/9268 casos), para leishmaniasis mucosa el porcentaje de pacientes tratados corresponde a 97,9 % (138/141 casos) y para leishmaniasis visceral el 85 % (11/13 casos) de los casos fueron tratados (tabla 6).


Tabla 6. Porcentaje de casos tratados con leishmaniasis, Colombia, 2013.

Entidad territorial de procedencia	Porcentaje de casos tratados			
	Leishmaniasis cutánea	Leishmaniasis mucosa	Leishmaniasis visceral	Total casos
AMAZONAS	100,0%	100,0%	NA	100,0%
ARAUCA	100,0%	100,0%	NA	100,0%
CARTAGENA	100,0%	NA	NA	100,0%
CASANARE	100,0%	NA	NA	100,0%
CESAR	100,0%	100,0%	NA	100,0%
EXTERIOR	100,0%	NA	NA	100,0%
GUAINIA	100,0%	100,0%	NA	100,0%
MAGDALENA	100,0%	NA	NA	100,0%
PUTUMAYO	100,0%	100,0%	NA	100,0%
QUINDIO	100,0%	NA	NA	100,0%
STA MARTA D.E.	100,0%	NA	NA	100,0%
VAUPES	100,0%	100,0%	NA	100,0%
CALDAS	99,7%	100,0%	NA	99,7%
CAQUETA	99,7%	100,0%	NA	99,7%
RISARALDA	99,7%	100,0%	NA	99,7%
META	99,6%	100,0%	NA	99,6%
ANTIOQUIA	99,2%	96,0%	NA	99,2%
CORDOBA	99,1%	100,0%	100%	99,1%
TOLIMA	99,1%	100,0%	100%	99,1%
BOLIVAR	99,2%	75,0%	100%	98,9%
CHOCO	98,8%	100,0%	NA	98,8%
NARIÑO	98,6%	100,0%	NA	98,6%
TOTAL	95%	95%	89%	98,5%
SANTANDER	98,4%	NA	NA	98,4%
NORTE SANTANDER	98,1%	100,0%	NA	98,2%
VALLE	97,4%	100,0%	NA	97,4%
CUNDINAMARCA	96,8%	100,0%	NA	96,9%
BOYACA	96,6%	100,0%	NA	96,7%
CAUCA	96,4%	100,0%	NA	96,4%
SUCRE	96,6%	NA	60%	94,7%
HUILA	100,0%	0,0%	NA	91,7%
VICHADA	91,2%	100,0%	NA	91,4%
GUAVIARE	89,0%	100,0%	NA	89,7%
DESCONOCIDO	84,6%	100,0%	NA	86,7%
LA GUAJIRA	63,0%	NA	NA	63,0%
TOTAL	98,5 %	97,9 %	85 %	98,5 %

NA: No aplica, sin casos

Fuente: Sivigila, 2013. Instituto Nacional de Salud

5.5.4 Casos con confección con VIH

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	1.1.1.1.VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep. – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 21 de 24

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

6 DISCUSIÓN

El comportamiento endémico de los casos de leishmaniasis a semana epidemiológica 52 de 2013, se mantiene en las entidades territoriales que contribuyen con la mayor carga a la enfermedad, teniendo en cuenta factores constantes como la migración, el conflicto armado, dinámica vectorial, entre otros, que condicionan esta enfermedad. Se presentan condiciones para el grupo de edad y el sexo, es decir, 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.

A pesar de ser una enfermedad de predominio rural, existen escenarios urbanos en departamentos como Cundinamarca, Caldas, Sucre, Santander y Tolima, entre otros, que están asociados a la adaptación y presencia del flebótomo vector, 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, todos de gran interés por las presentaciones de casos confirmados hasta el XIII periodo epidemiológico.


Se tiene que para los casos de L. visceral, la susceptibilidad de los adultos es baja, asociada a la edad (niños menores de dos 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.

Eventos económicos como la apertura de vías, nuevas explotaciones forestales, agrícolas o mineras, asentamientos en zonas boscosas, así como los eventos sociales tales como la migración (forzada y voluntaria) y la urbanización en áreas semiforestales, promueven la entrada de personas no inmunes en zonas de transmisión de leishmaniasis

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.

Persiste el reto de mejorar la calidad de los datos ya que está se asocia al acceso al sistema de salud, a las dificultades de desplazamiento y a las concepciones culturales que se tienen.

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.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	1.1.1.1.VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep. – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 22 de 24

7 CONCLUSIONES

Las zonas rurales representan la mayor carga de la enfermedad por distribución geográfica y el grupo de edad más afectado es el de 15 a 44 años.

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.

8 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 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.

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


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 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo para la vigilancia en Salud Pública de leishmaniasis. Colombia 2010.
2. Ministerio de la Protección Social. Guía de atención Clínica Integral del Paciente con leishmaniasis. Bogotá, 2010).
3. Romero, M. Una mirada a la epidemiología y al control de la Leishmaniasis zoonótica en Colombia. Biosalud 2007; 5: 99-111. Disponible en http://biosalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%206_10.pdf

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	1.1.1.1.VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep. – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 23 de 24

4. Organización panamericana de la Salud. Leishmaniasis: Reporte epidemiológico de las Américas. No1. Abril 2013
5. 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>.
6. (Centers of Disease Control and Prevention. Leishmaniasis: Epidemiología y factores de riesgo. Enero, 2013. Disponible en <http://www.cdc.gov/parasites/leishmaniasis/epi.html>. Consultado 22 de Mayo de 2013).
7. 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.
8. VELEZ, I, 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>
9. 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
10. 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

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	1.1.1.1.VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 01
			2012 – Sep. – 05
		FOR-R02.4000-001	Página 24 de 24

10 ANEXOS. Bases de datos casos confirmados leishmaniasis, Colombia 2013 (documento Excel).

10.1 Leishmaniasis cutánea 2013 (hoja 1 documento Excel).

10.2 Leishmaniasis mucosa 2013 (Hoja 2 documento Excel).

10.3 Leishmaniasis visceral 2013 (Hoja 3 documento Excel).