

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 1 de 29

LEISHMANIASIS

INFORME DEL EVENTO LEISHMANIASIS, HASTA EL PERIODO EPIDEMIOLÓGICO XIII, COLOMBIA, 2016

*Elaboró: Germán E. Torres Rodriguez
Referente evento*

*Equipo Funcional Enfermedades Transmitidas por Vectores
Grupo Enfermedades Transmisibles
Subdirección 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 protozoo flagelado del género *Leishmania*, introducido al organismo por la picadura de un insecto flebotómico 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.

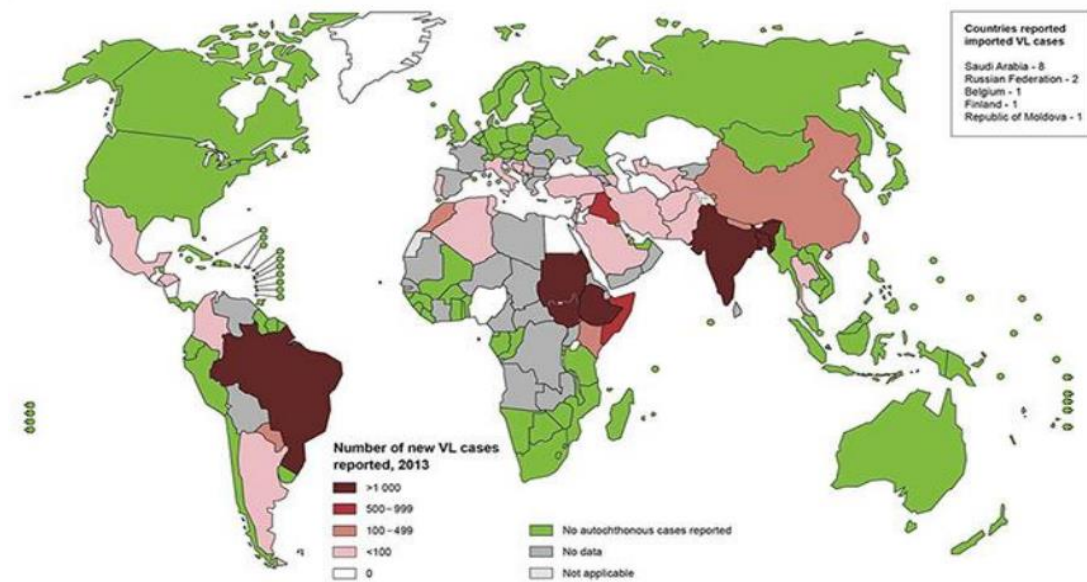
1.1 Comportamiento del evento a nivel mundial

La leishmaniasis afecta principalmente a población pobre en África, Asia y América Latina, y se asocia con la malnutrición, los desplazamientos, malas condiciones de vivienda, el sistema inmunológico débil y la falta de recursos. La leishmaniasis es endémica en más de 98 países y territorios y hay transmisión en los cinco continentes, sin embargo, la carga de morbilidad humana se concentra sobre todo en algunos grandes focos. Se estima que cada año se producen en todo el mundo aproximadamente entre 0,2 y 0,4 millones de nuevos casos de leishmaniasis visceral y entre 0,7 y 1,2 millones de nuevos casos de leishmaniasis cutánea. Más del 90% de los casos mundiales de leishmaniasis visceral ocurren en seis países: Bangladesh, Brasil, Etiopía, India, Sudán del Sur y Sudán (Mapa 1).

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
		FOR-R02.4000-001	2014 – Jun – 25
			Página 2 de 29

LEISHMANIASIS

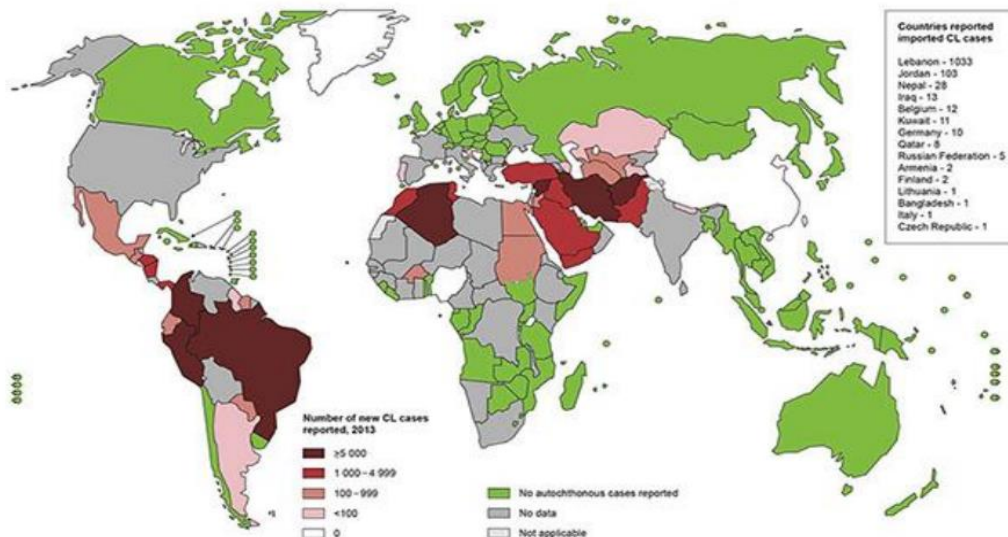
Mapa 1. Distribución geográfica de leishmaniasis visceral en el mundo, 2013.



Fuente: Distribución mundial leishmaniasis visceral, OMS.

La leishmaniasis cutánea está ampliamente distribuida, ya que alrededor de un tercio de los casos se producen en cada una de las tres regiones epidemiológicas, las Américas, el este del Mediterráneo y Asia occidental desde el Medio Oriente hasta Asia Central. Los diez países con los recuentos de casos más altos estimados son: Afganistán, Argelia, Brasil, Colombia, Etiopía, Irán, Nicaragua, Perú, Sudán y Siria, y juntos representan entre el 70 y el 75% de la incidencia global estimada de leishmaniasis cutánea (Mapa 2).

Mapa 2. Distribución geográfica de leishmaniasis cutánea en el mundo, 2013.



Fuente: Distribución mundial leishmaniasis cutánea, OMS.

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 3 de 29

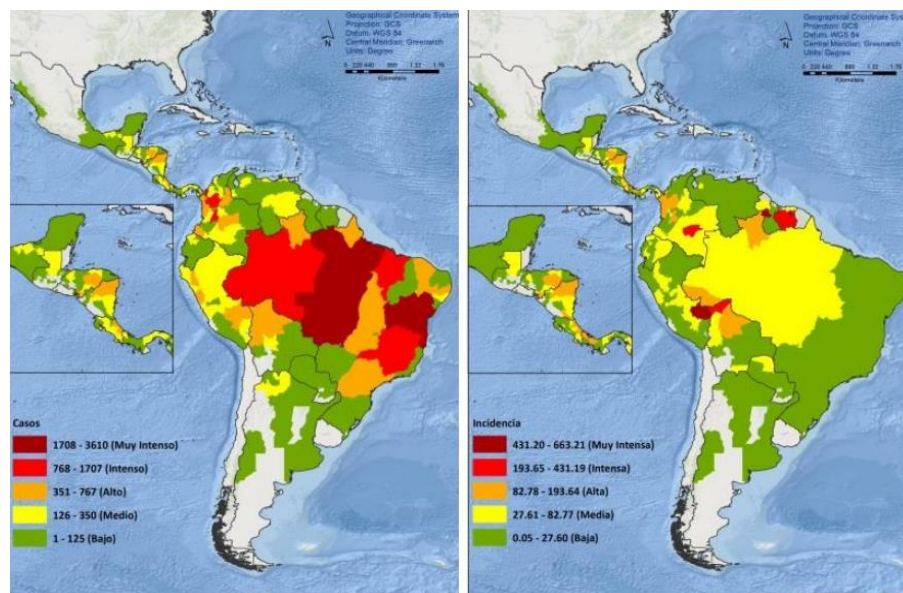
LEISHMANIASIS

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).

1.2 Comportamiento del evento en América

La leishmaniasis cutánea es endémica en 18 países de la Región, de los cuales 17 (94,4%) reportaron a la OPS/OMS los datos en el periodo de 2001 al 2015. En ese periodo fueron reportados 845.775 casos, con un promedio anual de 54.742 en el 2005 se registró el mayor número de casos, representando un incremento del 19,0% en comparación con el promedio de casos del periodo. El 40,25% de los casos (340.342) fueron registrados en la Subregión Andina, 15,45% (130.672), en Centro América y 41,65% (352.247) en Brasil, que sumados a Colombia (19,7%) y Perú (13,12%), representan el 74,45% del total de los casos reportados en el periodo 2001 a 2015 en la Región (Mapa 3). En el 2015 fueron registrados en la Región 46.082 casos en 17 de los 18 países endémicos, lo que representa una tasa de incidencia de 17 casos por cada 100.000 habitantes.

Mapa 3. Distribución de casos, tasa de incidencia/100.000 habitantes de leishmaniasis cutánea a primer nivel administrativo subnacional, Américas, 2015.



Fuente: SisLeish-OPS/OMS – Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis y/o servicios de vigilancia de los países endémicos.

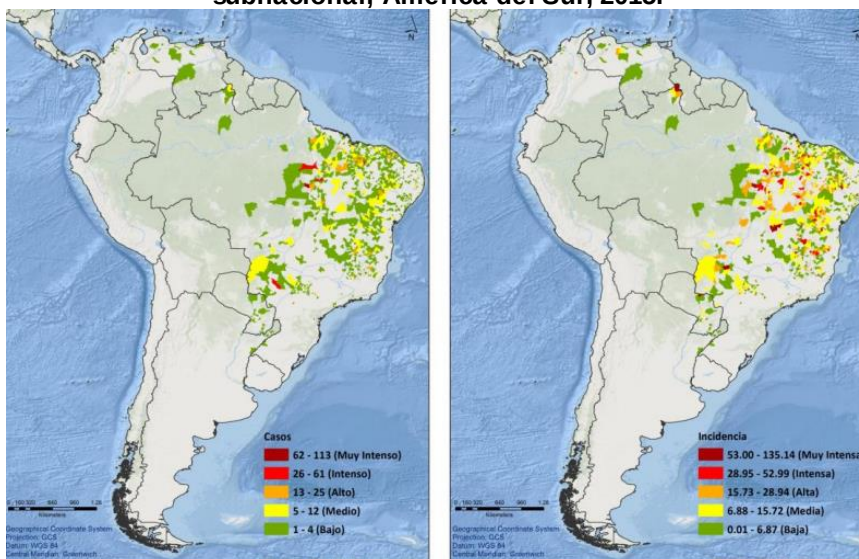
	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 4 de 29

LEISHMANIASIS

Colombia (7.541), Perú (5.459) y Brasil (19.395) reportaron el mayor número de casos detectados, sin embargo las mayores tasas de incidencia fueron observadas en Suriname (218,48/100.000 hab.) y Nicaragua (76,64/100.000). Los casos ocurrieron en 234 unidades del primer nivel político administrativo (departamentos, estados o provincias, de acuerdo con la división en cada país). Del total de casos con la información disponible sobre formas clínicas, el 93,96% (43.297) correspondieron a la forma cutánea y 4,21% (1.942) a la forma mucosa/mucocutánea, siendo que Brasil (1.071), Bolivia (236) y Perú (362) reportaron el mayor número de casos detectados de esta forma, que sumados representan el 86% de los casos reportados en la Región. Sin embargo, los mayores porcentajes de la forma mucosa fueron observados en Paraguay (27,78%), seguido de Bolivia (10,5%), Perú (6,63%) y Brasil (5,52%). Además, fueron reportados 1.018 casos de la forma clínica cutánea atípica en dos países: Honduras (96,5%) con el mayor porcentaje y Nicaragua (3,5%).

En el periodo de 2001 al 2015, fueron registrados en las Américas 52.176 casos de leishmaniasis visceral, distribuidos en 12 países de la Región. Aunque el 96,35% de estos casos (50.268) fueron reportados por Brasil, se observó desde el 2001 un incremento del reporte de casos en países del Cono Sur, Paraguay (990) y Argentina (146). En 2015, un total de 3.456 casos fueron reportados en ocho países distribuidos en 928 municipios (Rango de 1 a 113 casos) (Mapa 4). Los países que reportaron el mayor número de casos fueron Brasil con 95,15% (3.289), seguidos de Paraguay 2,7% (92), Venezuela 1% (37) y Colombia 0,6% (21).

Mapa 4. Casos e incidencia de leishmaniasis visceral, por país a segundo nivel administrativo subnacional, América del Sur, 2015.



Fuente: SisLeish-OPS/OMS – Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis y/o servicios de vigilancia de los países endémicos.

La incidencia de la leishmaniasis visceral en la Región fue de 2,27 casos por 100.000 habitantes, considerando solamente la población del área de transmisión. Brasil, Paraguay y Guatemala presentaron las mayores tasas con 2,54, 2,36 y 1,89 casos por 100.000 habitantes,

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 5 de 29

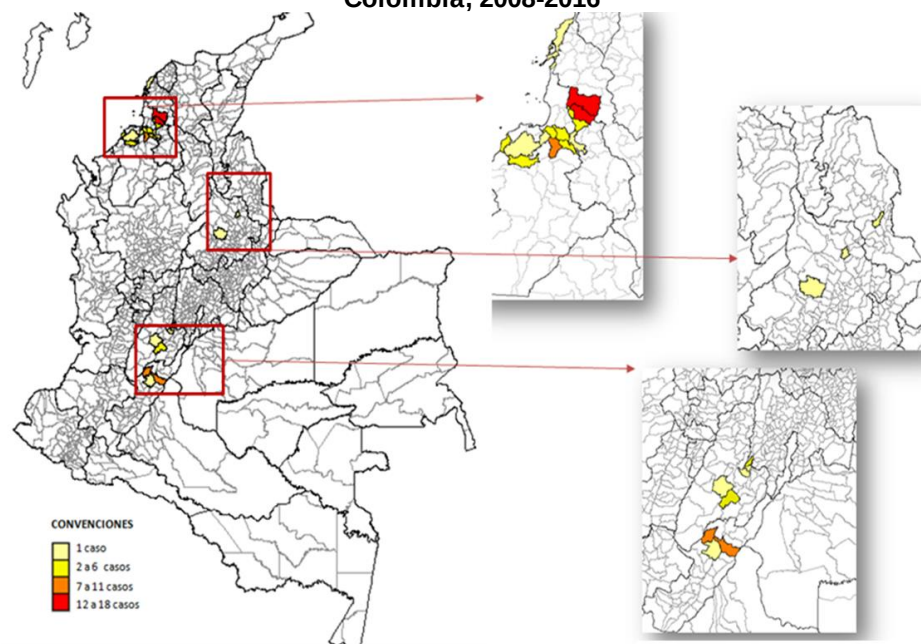
LEISHMANIASIS

respectivamente. En el 2015 fueron registrados en las Américas 3.456 casos de leishmaniasis visceral, de los cuales 257 (7,44%) casos fueron de coinfección LV/VIH. La proporción de coinfectados se mantuvo en el período de 2012-2015, con un promedio anual de 7% (Rango de 6,15% a 7,75%). Brasil y Paraguay son los que reportan la mayor proporción de casos de coinfección, con un promedio anual del 7,11% y 9,23%, respectivamente. Además en 2015, fueron reportadas 268 muertes, resultando en una letalidad de 7,75%, similar al promedio anual de los últimos cuatro años (6,9%).

1.3 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. En los años posteriores descendió hasta 8 239 casos en el año 2008, volviendo a presentar picos súbitos en los años 2009 (15 445 casos), 2010 (14 837 casos), 2014 (11 657 casos) y 2016 (11 850 casos). La leishmaniasis es una enfermedad endémica en casi todo el territorio, excepto en San Andrés Islas, Atlántico y Bogotá D.C. Se estima que en el país existen más 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 %).

**Mapa 5. Distribución geográfica de casos confirmados para L. visceral.
Colombia, 2008-2016**



Fuente: Sivigila. Equipo ETV-Zoonosis, DVARSP, INS.

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 6 de 29

LEISHMANIASIS

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 años 2008 a 2016 se han notificado 211 casos confirmados; el 97,2 % proceden de los departamentos de Bolívar, Sucre, Córdoba, Huila, Tolima y Cundinamarca, con distribución en 33 municipios del territorio nacional. El 68,7 % de estos casos se concentran en los municipios de, El Carmen de Bolívar, Ovejas, San Andrés de Sotavento, Tuchín, Neiva y Sincelejo (Mapa 5).

Este informe describe la situación de la enfermedad en lo corrido del año 2016 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 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer la frecuencia y distribución de morbilidad y medir la mortalidad registrada por leishmaniasis en el país.
- Identificar el cumplimiento de los procesos de notificación, seguimiento y clasificación de los casos de leishmaniasis cutánea, leishmaniasis mucosa y leishmaniasis visceral.

3 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 en curso (semanas epidemiológicas 01 a 52 de 2016). La fuente utilizada para la recolección de los datos corresponde al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Sivigila individual de los casos notificados de las tres formas clínicas de la enfermedad (leishmaniasis cutánea_cód. 420, mucosa_cód. 430 y visceral_cód. 440).

Se tomó la base de datos suministrado por el Sivigila y se llevó a cabo la depuración para eliminar: registros de semanas posteriores al corte del periodo epidemiológico analizado. los registros descartados por error de digitación (ajuste D) y los registros duplicados. documento de identificación y el nombre completo de los pacientes. 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 Inmuno Fluorescencia Indirecta IFI suministrados por el laboratorio de Parasitología de La Red Nacional de Laboratorios del INS, con el fin de verificar la llegada de todas las muestras de los casos probables para esta

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 7 de 29

LEISHMANIASIS

forma clínica y la correspondencia de los casos que aparecen como confirmados (según lo estipulado con los lineamientos de vigilancia 2016).

Posteriormente se realizó el análisis epidemiológico 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 R® y SIGEPI®, 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.

4 HALLAZGOS

4.1 Comportamiento de la notificación

Para el periodo epidemiológico XIII de 2016 (semanas epidemiológicas 01 – 52), se notificaron un total de 12 437 casos, teniendo en cuenta los registros de las tres formas clínicas (leishmaniasis cutánea, mucosa y visceral). Se descartaron 590 registros (4,7 %), 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 (Tabla 1).

Tabla 1. Registros depurados de las bases de datos leishmaniasis. Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016

	Cutánea	Mucosa	Visceral	Total
Total registros Sivigila	12200	143	94	12437
Repetidos	453	3	0	4
Error digitación	73	4	3	80
Descartados laboratorio	NA	NA	54	54
No cumplen definición caso	NA	NA	0	0
Total registros retirados	526	7	57	590
Porcentaje registros retirados	4,3	4,9	60,6	4,7
Registros utilizados	11674	136	37	11847
Porcentaje registros utilizados	95,7	95,1	39,4	95,3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

Respecto a la notificación de casos al Sivigila se tiene que hasta la semana epidemiológica 52 del año 2016 se notificaron al sistema de información Sivigila 11 850 casos de leishmaniasis de los cuales, 11 674 fueron de la forma cutánea (98,5 %), 136 casos de leishmaniasis mucosa (1,1 %) y 37 casos confirmados de leishmaniasis visceral (0,3 %). Durante el mismo periodo del año 2015 se habían notificado al sistema 8 877 casos de leishmaniasis, lo que representa un

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 8 de 29

LEISHMANIASIS

aumento del 33,5 % (2 970 casos) con respecto al año 2016. En promedio se han notificado 228 casos semanales a semana epidemiológica 52 del año 2016.

Los casos de leishmaniasis se concentraron en los departamentos de Tolima, Antioquia y Norte de Santander, agrupando el 55,0 % de la notificación de casos a semana 52 de 2016 (Tabla 2).

Tabla 2. Casos notificados de leishmaniasis por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016.

Entidad territorial	Cutánea	Mucosa	Visceral	Total	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
Tolima	3508	5	1	3514	29,7%	29,7%
Antioquia	1933	20	0	1953	16,5%	46,1%
Norte de Santander	1044	4	0	1048	8,8%	55,0%
Santander	800	6	0	806	6,8%	61,8%
Meta	670	30	0	700	5,9%	67,7%
Chocó	539	8	0	547	4,6%	72,3%
Risaralda	459	0	0	459	3,9%	76,2%
Nariño	348	1	0	349	2,9%	79,1%
Cundinamarca	336	9	0	345	2,9%	82,1%
Caldas	336	7	0	343	2,9%	84,9%
Bolívar	285	0	20	305	2,6%	87,5%
Caquetá	260	15	0	275	2,3%	89,8%
Guaviare	240	14	0	254	2,1%	92,0%
Boyacá	158	8	0	166	1,4%	93,4%
Putumayo	116	1	0	117	1,0%	94,4%
Córdoba	107	0	6	113	1,0%	95,3%
Valle del Cauca	103	2	0	105	0,9%	96,2%
Cauca	81	0	0	81	0,7%	96,9%
Huila	57	1	4	62	0,5%	97,4%
Buenaventura	48	0	0	48	0,4%	97,8%
Guainía	33	2	0	35	0,3%	98,1%
Sucre	25	0	6	31	0,3%	98,4%
La Guajira	27	0	0	27	0,2%	98,6%
Exterior	25	0	0	25	0,2%	98,8%
Vaupés	21	2	0	23	0,2%	99,0%
Vichada	22	0	0	22	0,2%	99,2%
Arauca	18	1	0	19	0,2%	99,4%
Cesar	19	0	0	19	0,2%	99,5%
Desconocido	15	0	0	15	0,1%	99,7%
Casanare	13	0	0	13	0,1%	99,8%
Amazonas	11	0	0	11	0,1%	99,9%
Santa Marta	9	0	0	9	0,1%	99,9%
Magdalena	5	0	0	5	0,0%	100,0%
Quindío	3	0	0	3	0,0%	100,0%
Total	11674	136	40	11847	100,0%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 9 de 29

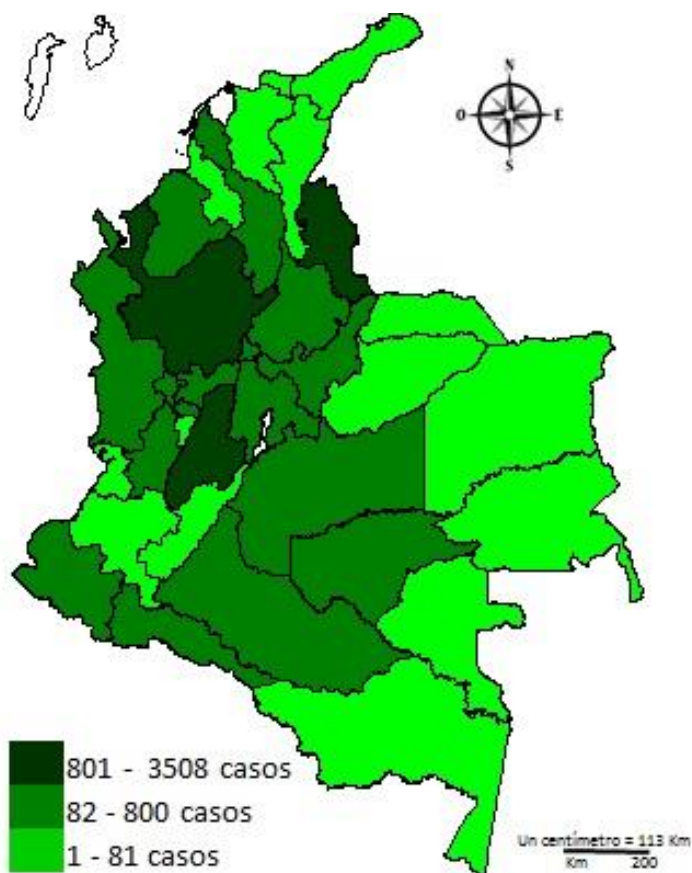
LEISHMANIASIS

4.2 LEISHMANIASIS CUTANEA

4.2.1 Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Los 11 674 casos de leishmaniasis cutánea notificados a semana epidemiológica 52 de 2016, tienen como procedencia 32 entidades territoriales (Mapa 6) y 447 municipios (Mapa 7).

Mapa 6. Leishmaniasis cutánea notificada por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

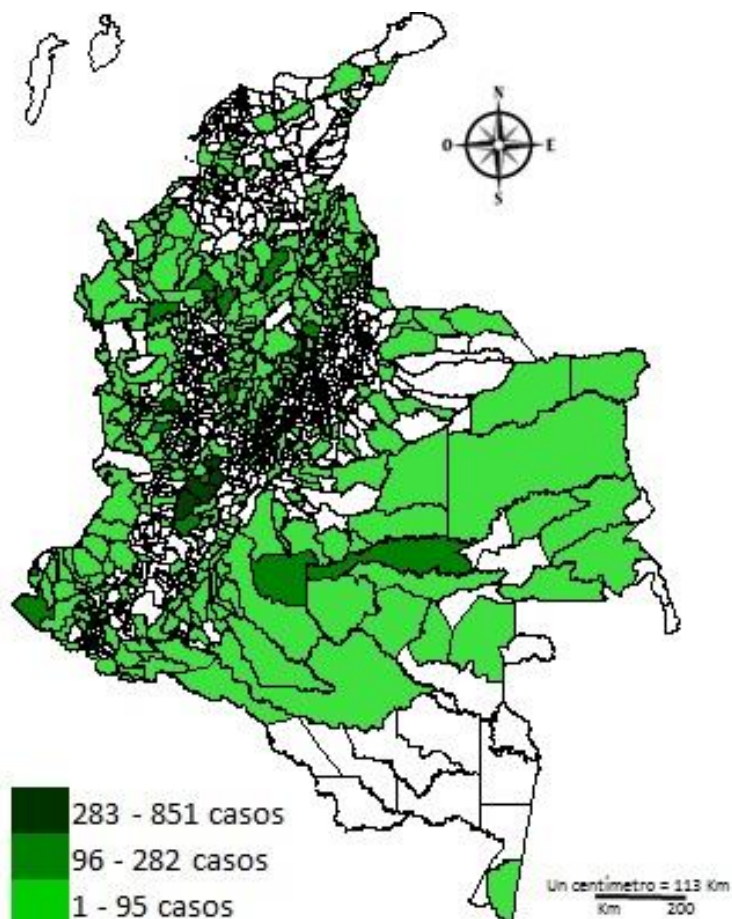
Los casos de leishmaniasis cutánea se concentraron en los municipios de Rovira (Tolima) con el 7,3 %, Chaparral (Tolima) con el 6,9 %, Rioblanco (Tolima) con el 5,2 %, Pueblo Rico (Risaralda)

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 10 de 29

LEISHMANIASIS

con el 3,6 %, Ortega (Tolima) con el 3,5 %, San Antonio (Tolima) con el 2,4 % y La Macarena (Meta) con el 2,3 %, agrupando el 31,2 % de los casos notificados en el país. Cabe resaltar que Tolima con 25 municipios que notificaron casos reunieron el 30,0 % de los casos notificados en Colombia a semana epidemiológica 52 de 2016 (Mapa 7).

Mapa 7. Leishmaniasis cutánea notificada por municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016.



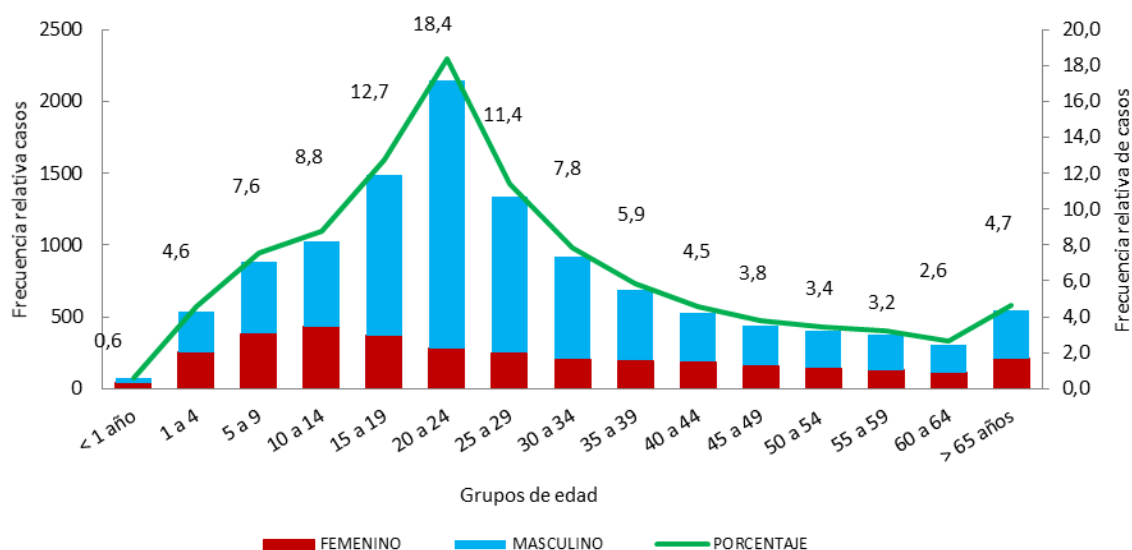
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 11 de 29

LEISHMANIASIS

En cuanto a la distribución por sexo, 8 337 casos (71,4 %) corresponden al sexo masculino. La distribución por edad muestra que el intervalo de edad estuvo entre siete meses y 96 años, con un promedio de edad de 28 años +/- 18. Del total de casos de leishmaniasis cutánea, el grupo de edad más afectado corresponde al de 20 a 24 años con 84 casos (18,4 %) (Gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución de casos de leishmaniasis cutánea por grupo de edad y sexo. Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

Por área de procedencia, 9 410 (80,6 %) ocurrieron en el área rural dispersa, 1 227 casos (10,5 %) en el centro poblado y 1 037 casos (8,9 %) ocurrieron en la cabecera municipal; mostrando así un aumento en área urbana y periurbana a lo largo de los últimos 10 años.

Por pertenencia étnica, 544 casos (4,7 %) se presentaron en grupos indígenas, 392 casos (3,4 %) en grupos afro colombianos, 24 casos (0,2 %) en grupos gitanos, 14 casos (0,1 %) en raizales y 10 698 casos (91,6 %) se presentaron en otros grupos.

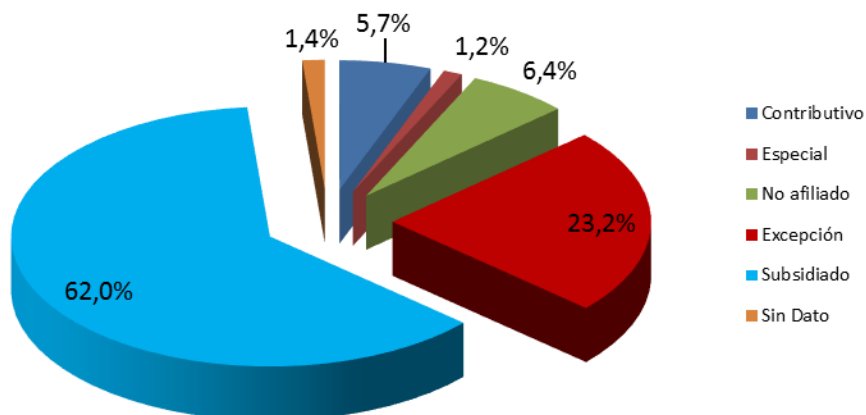
Por grupo poblacional se notificaron 325 casos (2,8 %) en población desplazada, 80 casos (0,7 %) en víctimas de la violencia, 42 casos (0,4 %) en discapacitados, 30 casos (0,3 %) en desmovilizados, 33 casos (0,3 %) en carcelarios, 33 casos (0,3 %) en población ICBF, 32 casos (0,3 %) en gestantes y 11 282 casos (96,6 %) que pertenecen a otros grupos.

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 12 de 29

LEISHMANIASIS

Respecto a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, la mayor proporción de casos registrados pertenece al régimen subsidiado con 7 242 casos (62,0 %), seguido del régimen excepción con 2 713 casos (23,2 %) y 746 casos (6,4 %) sin afiliación, llevando éste último régimen de afiliación 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, semanas epidemiológicas 01-52, 2016.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

4.2.1.1 Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

Las lesiones se ubican predominantemente en miembros superiores e inferiores. La distribución de las lesiones fue la siguiente: 5 349 de los casos (45,8 %) con lesiones en miembros superiores, 4 199 (36,0 %) en miembros inferiores, 2 234 (19,1 %) con lesiones en cara y 2 107 (18,0 %) con lesiones en tronco.

Las ocupaciones tales como soldados de las fuerzas militares, estudiantes, amas de casa y agricultores de cultivos transitorios y permanentes, están agrupando el 76,0 % de los casos registrados (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de casos de leishmaniasis cutánea por principales ocupaciones. Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016.

Profesión u ocupación	Frecuencia absoluta de casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia relativa acumulada de casos
Soldados de las fuerzas militares	2318	19,9%	19,9%
Estudiante	2280	19,5%	39,4%
Hogar (ama de casa)	1672	14,3%	53,7%

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 13 de 29

LEISHMANIASIS

Agricultores de cultivos transitorios	1495	12,8%	66,5%
Agricultores de cultivos permanentes	1108	9,5%	76,0%
No aplica	915	7,8%	83,8%
Menor de edad	471	4,0%	87,9%
Mineros y canteros	210	1,8%	89,7%
Suboficiales de las fuerzas militares	163	1,4%	91,1%
Jornalero	111	1,0%	92,0%
Militar	91	0,8%	92,8%
Desempleado	67	0,6%	93,4%
Oficiales de las fuerzas militares	53	0,5%	93,8%
Policías	40	0,3%	94,2%
Obreros de la construcción	38	0,3%	94,5%
Mozos y peones agropecuarios	35	0,3%	94,8%
Auxiliares de la policia nacional	32	0,3%	95,1%
Trabajadores forestales	30	0,3%	95,3%
Pensionado	28	0,2%	95,6%
Trabajadores pecuarios, ganaderos	24	0,2%	95,8%
Agentes de la policia nacional	22	0,2%	96,0%
otras ocupaciones	471	4,0%	100,0%
Total	11674	100%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

El tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la consulta tuvo en promedio 45 días. Un 40,0 % de los casos consultaron antes de 30 días luego del inicio de síntomas (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de casos de leishmaniasis cutánea según intervalo de tiempo entre inicio de síntomas y consulta. Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016.

Intervalo días consulta	Casos	Frecuencia relativa
menor 1 día de consulta	801	7%
entre 1 y 15 días	1507	13%
entre 16 y 30 días	2365	20%
entre uno y dos meses	3734	32%
entre dos y tres meses	1963	17%
entre tres y cuatro meses	745	6%
entre cuatro y cinco meses	267	2%
entre cinco y seis meses	119	1%
entre seis y siete meses	87	1%
entre siete y ocho meses	28	0%
más de ocho meses	58	0%
Total	11674	100%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

En cuanto a los antecedentes de tratamientos, 1 714 casos (14,7 %) refieren haber sido tratados anteriormente. Fue necesaria la hospitalización en 186 casos (1,6 %).

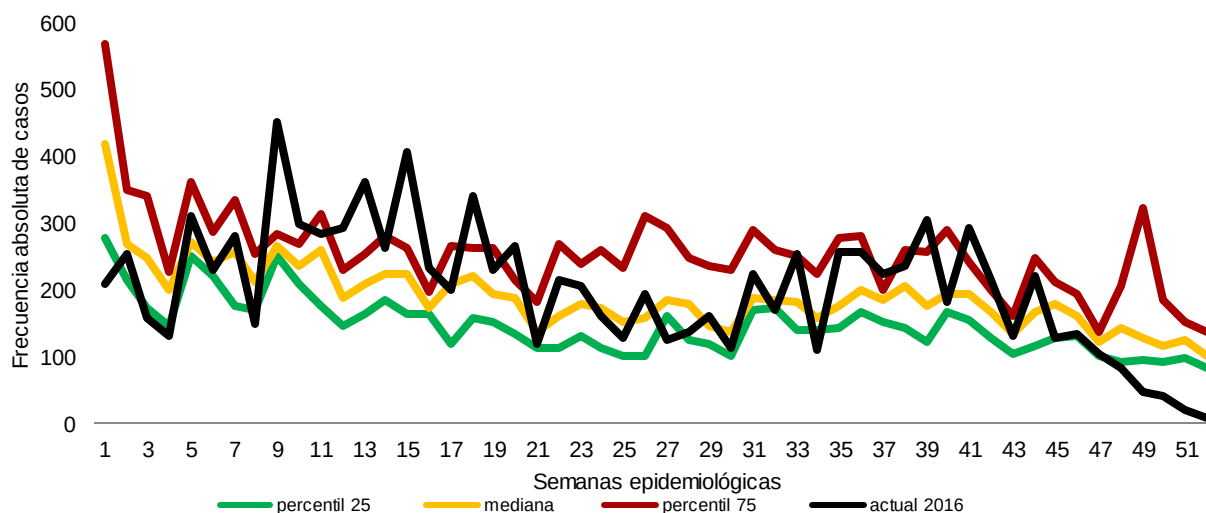
4.2.2 Tendencia del evento

A semana epidemiológica 52 de 2016, el país estuvo 13 semanas (25,0 %) en brote de leishmaniasis cutánea, 14 semanas (26,9 %) estuvieron en alarma y 25 semanas (48,1 %) permanecieron en seguridad y éxito (Gráfica 3).

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 14 de 29

LEISHMANIASIS

Gráfica 3. Canal endémico nacional de leishmaniasis cutánea, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

Según la notificación realizada al sistema de información Sivigila, el comportamiento de leishmaniasis cutánea hasta la semana epidemiológica 52 de 2016, comparado con el mismo periodo del año 2015, presentó un aumento de 2 919 casos (33,0 %). El 51,5 % de las entidades territoriales presentaron una disminución de casos respecto al año inmediatamente anterior, mientras que un 48,5 % presentaron un aumento de casos. Los departamentos que presentaron mayor disminución en número de casos son Meta (39,1 %), Guaviare (39,4 %) y Córdoba (51,8 %); mientras que los departamentos con un mayor aumento de casos fueron Tolima (224,8 %), Norte de Santander (124,5 %), Santander (45,7 %) y Caldas (194,7 %) (Tabla 5).

Tabla 5. Diferencia de casos de leishmaniasis cutánea por entidad territorial de procedencia. Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2015 y 2016.

Entidad territorial de procedencia	Año 2015	Año 2016	Diferencia (frecuencia absoluta)	Diferencia (frecuencia relativa)
Meta	1100	670	-430	-39,1%
Guaviare	396	240	-156	-39,4%
Córdoba	222	107	-115	-51,8%
Putumayo	215	116	-99	-46,0%
Vichada	119	22	-97	-81,5%
Nariño	437	348	-89	-20,4%
Chocó	603	539	-64	-10,6%
Bolívar	318	285	-33	-10,4%
Sucre	46	25	-21	-45,7%
Amazonas	28	11	-17	-60,7%
Guainía	50	33	-17	-34,0%
Vaupés	37	21	-16	-43,2%
Caquetá	275	260	-15	-5,5%
Cauca	92	81	-11	-12,0%
Desconocido	19	15	-4	-21,1%
Buenaventura	51	48	-3	-5,9%
Cartagena	1	0	-1	-100%
Arauca	18	18	0	0%

LEISHMANIASIS

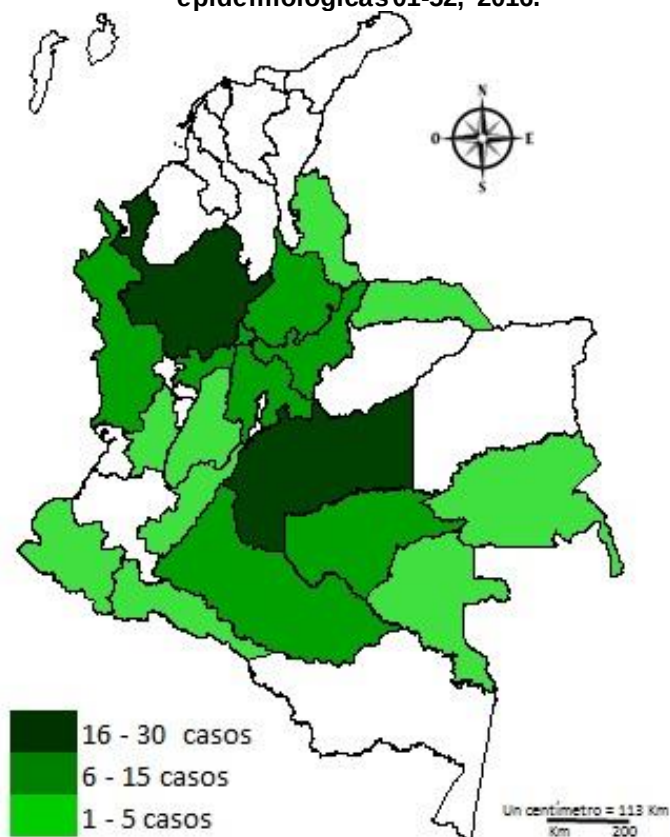
Cesar	19	19	0	0%
Magdalena	4	5	1	25,0%
Santa Marta	7	9	2	28,6%
Quindío	0	3	3	300%
Exterior	20	25	5	25,0%
Casanare	6	13	7	116,7%
Valle del Cauca	93	103	10	10,8%
La Guajira	9	27	18	200%
Huila	27	57	30	111,1%
Boyacá	78	158	80	102,6%
Cundinamarca	212	336	124	58,5%
Risaralda	295	459	164	55,6%
Antioquia	1750	1933	183	10,5%
Caldas	114	336	222	194,7%
Santander	549	800	251	45,7%
Norte de Santander	465	1044	579	124,5%
Tolima	1080	3508	2428	224,8%
Total	8755	11674	2919	33,3%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

4.3 LEISHMANIASIS MUCOSA

4.3.1 Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Mapa 8. Leishmaniasis mucosa notificada por entidad de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016.



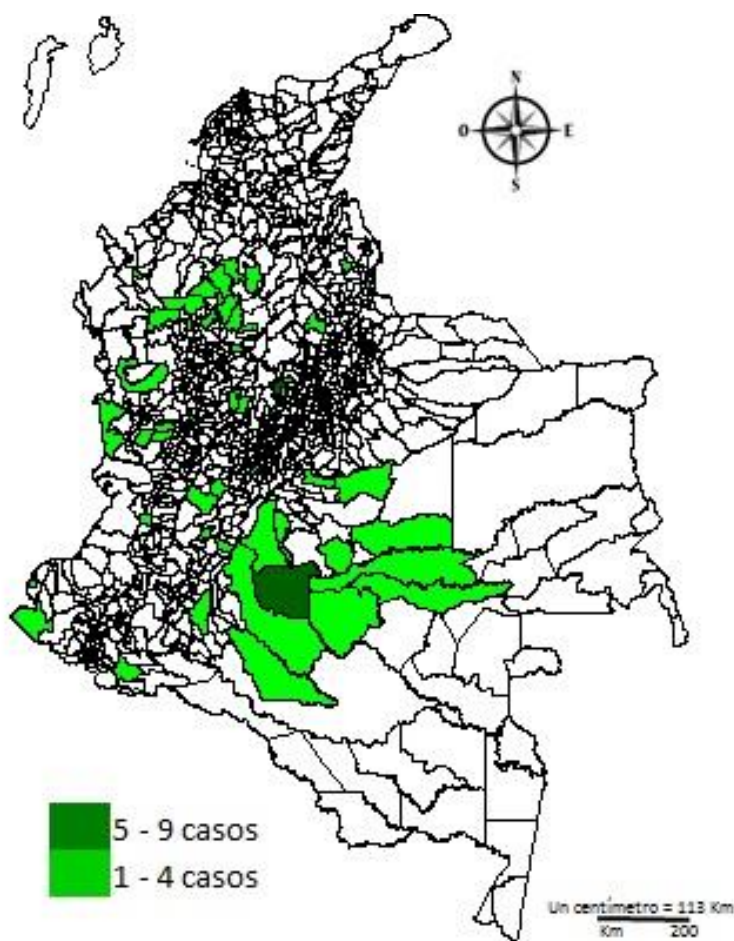
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 16 de 29

LEISHMANIASIS

A semana epidemiológica 52 de 2016, los 136 casos de leishmaniasis mucosa son procedentes de 17 entidades territoriales (Mapa 8) y 56 municipios (Mapa 9). Las entidades territoriales con mayor número de casos fueron Meta con 30 casos (22,1 %), Antioquia con 20 (14,7 %), Caquetá con 15 (11,0 %) y Guaviare con 14 (10,3 %). Los municipios con mayor número de casos fueron La Macarena (Meta) y Otanche (Boyacá) con 9 (6,6 %) y 7 (5,1 %) casos respectivamente.

Mapa 9. Leishmaniasis mucosa notificada por municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016.



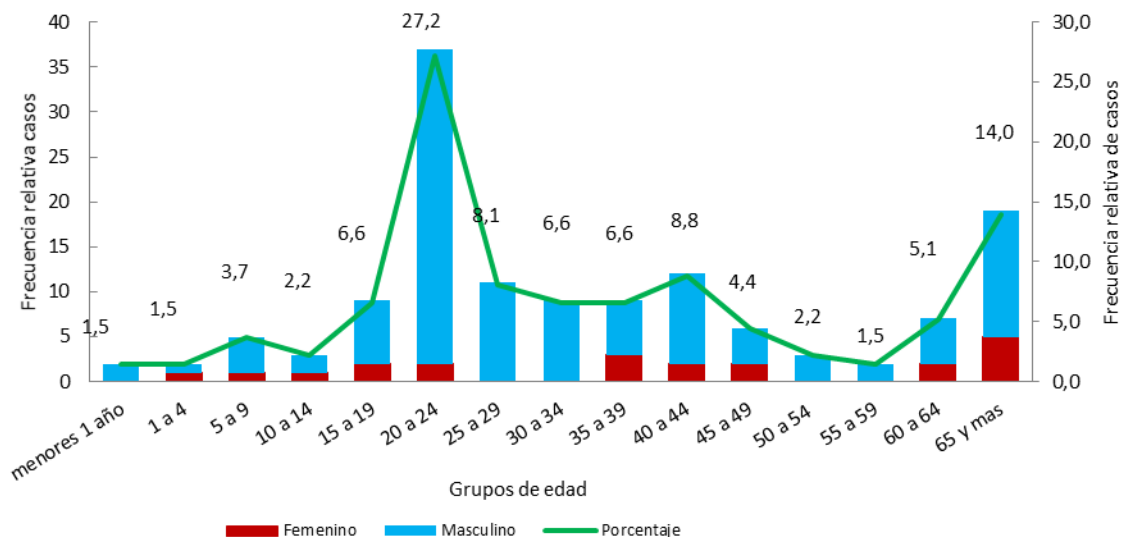
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

En cuanto a la distribución por sexo, 115 casos (84,6 %) se presentó en hombres. La distribución por edad muestra que el intervalo de edad estuvo entre 11 meses y 95 años, con una media de edad de 35,5 +/- 19,9 años. Del total de casos el grupo de edad más afectado fue de 20 a 24 años con 37 casos (27,2 %) (Gráfica 4).

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 17 de 29

LEISHMANIASIS

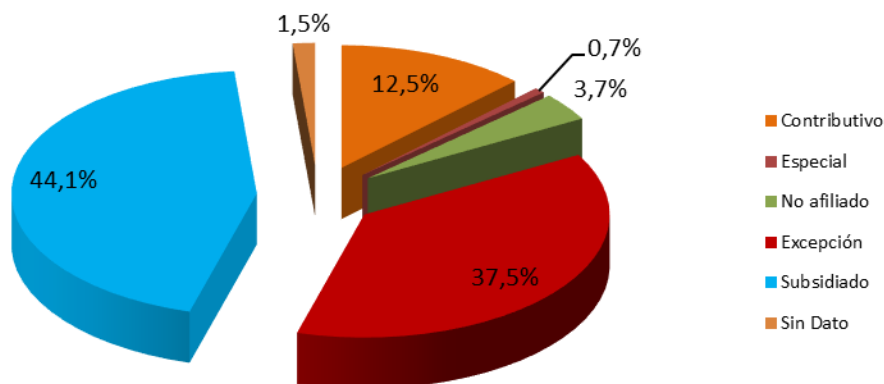
Gráfica 4. Distribución de casos de leishmaniasis mucosa por grupo de edad y sexo. Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

Respecto a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, 60 casos (44,1 %) fueron notificados en régimen subsidiado, 51 casos (37,5 %) pertenecen al régimen excepción y cinco casos (3,7 %) sin afiliación (Gráfica 5).

Gráfica 5. Distribución de casos de leishmaniasis mucosa por sistema general de seguridad social en Salud. Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

Por área de procedencia, 80 casos (58,8 %) ocurrieron en área rural, 42 casos (30,9 %) en centro poblado y 14 casos (10,3 %) en cabecera municipal. Por pertenencia étnica nueve casos (6,6 %)

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 18 de 29

LEISHMANIASIS

fueron notificados en el grupo afrocolombianos, un caso (0,7 %) corresponden a grupos indígenas y 126 casos (92,6 %) a otros grupos. Respecto a grupos poblacionales, dos casos (1,5 %) se presentaron en población desplazada, un caso (0,7 %) en desmovilizados y 134 (98,5 %) casos se presentaron en otros grupos.

4.3.2 Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

En 102 casos (75,0 %) se presentó afectación en la mucosa nasal, 15 casos (11,0 %) afectación en labios y 13 casos (9,6 %) en cavidad oral. Los signos y síntomas con mayor frecuencia fueron rinorrea 45 casos (33,1 %), ulceración 45 casos (33,1 %) y obstrucción nasal 31 casos (27,8 %) (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de casos de leishmaniasis mucosa por signos y síntomas. Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016.

Signos y síntomas	Casos	Frecuencia relativa
Rinorrea	45	33,09%
Ulceración	45	33,09%
obstrucción nasal	31	22,79%
Epistaxis	29	21,32%
Perforación tabique	25	18,38%
Hiperemia	19	13,97%
Disfonía	14	10,29%
Destrucción tabique	12	8,82%
Disfagia	7	5,15%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

Según el tipo de ocupación registrada, el 44,9 % de los casos se agrupa entre soldados de las fuerzas militares y agricultores de cultivos transitorios (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución de casos de leishmaniasis mucosa por principales ocupaciones. Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016.

Profesión u ocupación	Frecuencia absoluta de casos	Frecuencia relativa de casos	Frecuencia relativa acumulada de casos
Soldados de las fuerzas militares	42	30,9%	30,9%
Agricultores de cultivos transitorios	19	14,0%	44,9%
Hogar (ama de casa)	13	9,6%	54,4%
Estudiante	11	8,1%	62,5%
Agricultores de cultivos permanentes	9	6,6%	69,1%
Suboficiales de las fuerzas militares	8	5,9%	75,0%
Otras ocupaciones	34	25,0%	100,0%
Total	136	100,0%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

El tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la fecha de consulta fue en promedio de 67 días. El 64 % de los casos registrados consultaron después de los 30 días (Tabla 8). 58 casos (42,6 %) tienen antecedentes de tratamiento previo y nueve casos (6,6 %) requirieron hospitalización.

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 19 de 29

LEISHMANIASIS

Tabla 8. Distribución de casos de leishmaniasis mucosa según intervalo de tiempo entre inicio de síntomas y consulta. Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016.

Intervalo días consulta	Casos	Frecuencia relativa
menor 1 día de consulta	12	9%
entre 1 y 15 días	16	12%
entre 16 y 30 días	21	15%
entre uno y dos meses	31	23%
entre dos y tres meses	23	17%
entre tres y cuatro meses	12	9%
entre cuatro y cinco meses	9	7%
entre cinco y seis meses	2	1%
entre seis y siete meses	5	4%
entre siete y ocho meses	0	0%
más de ocho meses	5	4%
Total	136	100%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

4.3.3 Tendencia del evento

Según la notificación realizada al sistema de información Sivigila, el comportamiento de la leishmaniasis mucosa hasta la semana epidemiológica 52 de 2016, comparado con el mismo periodo del año anterior, presento un aumento a nivel nacional de 35 casos, lo que representa un incremento de 34,7 % (Tabla 9).

Tabla 9. Diferencia de casos de leishmaniasis mucosa por entidad territorial de procedencia. Colombia, semanas epidemiológicas 01-52 de 2015 y 2016.

Entidad territorial de procedencia	Año 2015	Año 2016	Diferencia (frecuencia absoluta)	Diferencia (frecuencia relativa)
Guaviare	18	14	-4	-22,2%
Nariño	5	1	-4	-80,0%
Bolívar	4	0	-4	-100%
Córdoba	4	0	-4	-100%
Putumayo	4	1	-3	-75,0%
Cauca	3	0	-3	-100%
Arauca	2	1	-1	-50,0%
Amazonas	1	0	-1	-100%
Cesar	1	0	-1	-100%
Desconocido	1	0	-1	-100%
La Guajira	1	0	-1	-100%
Santa Marta	1	0	-1	-100%
Chocó	8	8	0	0%
Guainía	2	2	0	0%
Huila	1	1	0	0%
Cundinamarca	8	9	1	12,5%
Valle del Cauca	1	2	1	100%
Vaupés	1	2	1	100%
Santander	4	6	2	50,0%
Norte de Santander	1	4	3	300%
Tolima	2	5	3	150%
Boyacá	2	8	6	300%
Caldas	1	7	6	600%
Caquetá	9	15	6	66,7%
Meta	15	30	15	100%
Antioquia	1	20	19	1900%
Total	101	136	35	34,7%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 20 de 29

LEISHMANIASIS

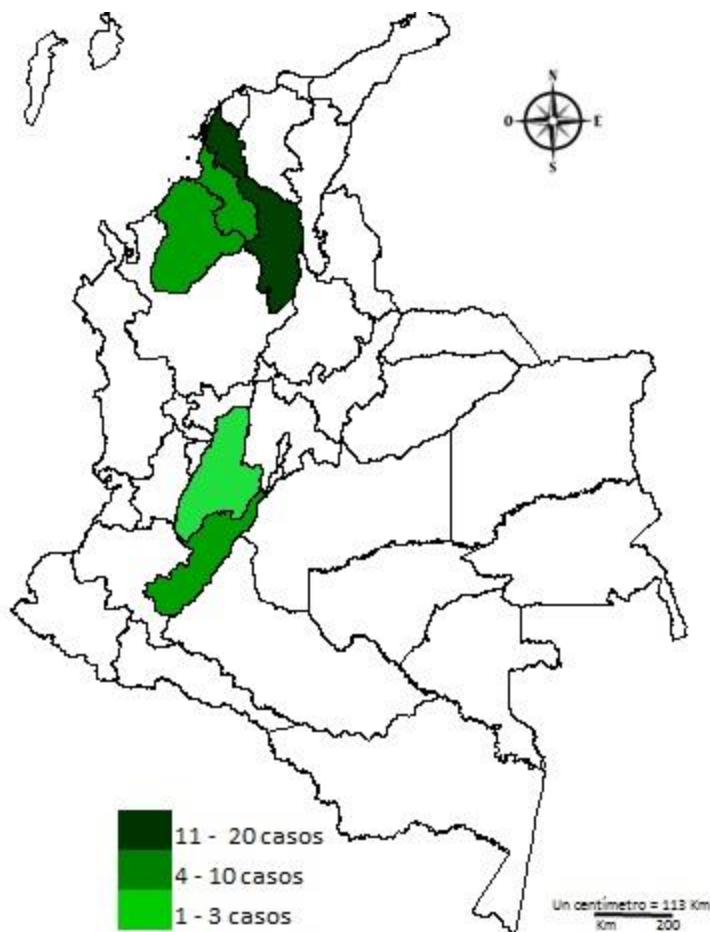
El 46,2 % de las entidades territoriales presentaron descensos en la notificación, siendo Guaviare, Nariño, Bolívar y Córdoba las de un mayor descenso; mientras que Antioquia y Meta presentaron un aumento considerable (Tabla 9).

4.4 LEISHMANIASIS VISCERAL

4.4.1 Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Hasta semana epidemiológica 52 de 2016, los 37 casos de leishmaniasis visceral confirmados al Sivigila son procedente de cinco entidades territoriales (Mapa 10) y 13 municipios (Tabla 10).

Mapa 10. Leishmaniasis visceral notificada por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

LEISHMANIASIS

Tabla 10. Distribución de casos de leishmaniasis visceral por entidad territorial y municipio de procedencia. Colombia, semanas epidemiológicas 01-52 de 2016.

Entidad territorial	Municipio	Casos	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
BOLIVAR	EL CARMEN DE BOLIVAR	17	45,9%	45,9%
	SAN JACINTO	1	2,7%	48,6%
	MARIA LA BAJA	2	5,4%	54,1%
Total BOLIVAR		20	54,1%	
SUCRE	OVEJAS	1	2,7%	56,8%
	PALMITO	1	2,7%	59,5%
	SAMPUES	2	5,4%	64,9%
	SINCELEJO	2	5,4%	70,3%
Total SUCRE		6	16,2%	
CORDOBA	SAN ANDRES SOTAVENTO	3	8,1%	78,4%
	* CORDOBA. MUN. DESCONOCIDO	1	2,7%	81,1%
	CERETE	1	2,7%	83,8%
	PURISIMA	1	2,7%	86,5%
Total CORDOBA		6	16,2%	
HUILA	NEIVA	3	8,1%	94,6%
	SANTA MARIA	1	2,7%	97,3%
Total HUILA		4	10,8%	
TOLIMA	LIBANO	1	2,7%	100,0%
Total general		37	100,0%	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

El 54,1 % de los casos de leishmaniasis visceral del país se concentraron en tres municipios del departamento de Bolívar, siendo El Carmen de Bolívar el municipio que notificó a nivel nacional el 42,5 % de los casos (17 casos).

En cuanto a la distribución por sexo, el 51,4 % de los casos se presentó en hombres. La distribución por edad mostró que los casos se presentaron en pacientes entre los cuatro meses y 68 años, con un promedio de 6,2 +/- 14,7 años. El 86,5 % de los casos se presentó en menores de cuatro años.

Por área de procedencia, 19 casos (51,4 %) ocurrieron en área rural dispersa, 10 casos (27,0 %) en cabecera municipal y ocho casos (21,6 %) en centro poblado. Por pertenencia étnica cinco casos (13,5 %) se presentaron en grupos indígenas y 32 casos (86,5 %) corresponden a otros grupos. Por grupos poblacionales, un caso registrado pertenece al grupo desplazados (2,7 %) y el resto de casos a otros grupos (97,3 %).

Respecto a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, 36 casos (89,2 %) pertenecen al régimen subsidiado y cuatro casos (10,8 %) pertenecen al régimen contributivo.

4.4.2 Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

Referente a las manifestaciones clínicas propias de esta forma clínica, los signos y síntomas más frecuentes fueron fiebre con un 97,3 % (36 casos), anemia con el 86,5 % (32 casos) y esplenomegalia con el 75,7 % (28 casos) (Tabla 11).

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 22 de 29

LEISHMANIASIS

Tabla 11. Distribución de casos de leishmaniasis visceral por signos y síntomas. Colombia, semanas epidemiológicas 01-52, 2016.

Signos y síntomas	Casos	Frecuencia relativa
fiebre	36	97,3%
hepatomegalia	27	73,0%
esplenomegalia	28	75,7%
anemia	32	86,5%
leucopenia	11	29,7%
trombocitopenia	25	67,6%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

Respecto al tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y el momento de consulta solo el 68,0 % de los casos consultaron entre los primeros 15 días después del inicio de síntomas. En 21,6 % de los casos (8 casos) se registró haber recibido tratamiento previamente y el 86,5 % de los casos (32 casos) tienen registro de hospitalización.

4.4.3 Tendencia del evento

De acuerdo a la notificación realizada al Sivigila, el comportamiento observado hasta la semana epidemiológica 52 de 2016, con respecto al mismo periodo del año inmediatamente anterior, muestra un aumento del 76,2 % (16 casos). Todas las entidades territoriales donde se conocen focos previos, presentaron un aumento de casos. Bolívar, Córdoba y Huila son las entidades territoriales que muestran un mayor incremento (Tabla 12).

Tabla 12. Diferencia de casos confirmados de leishmaniasis visceral por municipio de procedencia. Colombia, semanas epidemiológicas 01-52 de 2015 y 2016.

Entidad territorial de procedencia	Año 2015	Año 2016	Diferencia (frecuencia absoluta)	Diferencia (frecuencia relativa)
Bolívar	14	20	6	42,9%
Huila	0	4	4	400%
Córdoba	3	6	3	100%
Sucre	4	6	2	50,0%
Tolima	0	1	1	100%
Total	21	37	19	76,2%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

4.5 Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

4.5.1 Incidencia por forma Clínica

La incidencia nacional de leishmaniasis hasta el periodo epidemiológico XIII de 2016 fue de 113,2 casos por 100 000 habitantes, tomando como denominador la población en riesgo (población en municipios donde se encuentra el vector, principalmente área rural o rural-urbana en algunos municipios). Por forma clínica, la proporción de incidencia fue de 111,5 casos por 100 000

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 23 de 29

LEISHMANIASIS

habitantes para leishmaniasis cutánea, 1,3 casos por 100 000 habitantes para leishmaniasis mucosa y 0,4 casos por 100 000 de habitantes para leishmaniasis visceral (Tabla 13).

Tabla 13. Proporción de casos nuevos de leishmaniasis por forma clínica. Colombia, semanas epidemiológicas 01-52 de 2016.

Entidad territorial	Cutánea	Mucosa	Visceral
Tolima	901,1	1,3	0,3
Norte de Santander	385,0	1,5	0
Caldas	344,0	7,2	0
Risaralda	312,3	0	0
Santander	226,3	1,7	0
Guaviare	219,2	12,8	0
Antioquia	189,1	2,0	0
Boyacá	139,0	7,0	0
Meta	137,1	6,1	0
Chocó	113,1	1,7	0
Cundinamarca	99,6	2,7	0
Guainía	80,8	4,9	0
Bolívar	66,6	0	4,7
Nariño	64,1	0,2	0
Caquetá	55,1	3,2	0
Santa Marta	49,4	0	0
Vaupés	48,6	4,6	0
Putumayo	42,8	0,4	0
Vichada	31,3	0	0
Cauca	17,7	0	0
Valle del Cauca	16,4	0,2	0
Amazonas	14,6	0	0
Huila	14,3	0,3	1,0
Córdoba	11,4	0	0,6
Sucre	8,9	0	2,1
Cesar	7,3	0	0
Arauca	6,9	0,4	0
La Guajira	6,4	0	0
Quindío	6,0	0	0
Casanare	3,7	0	0
Magdalena	1,6	0	0
Colombia	111,5	1,3	0,4

*Número de casos nuevos por cada 100 000 habitantes.

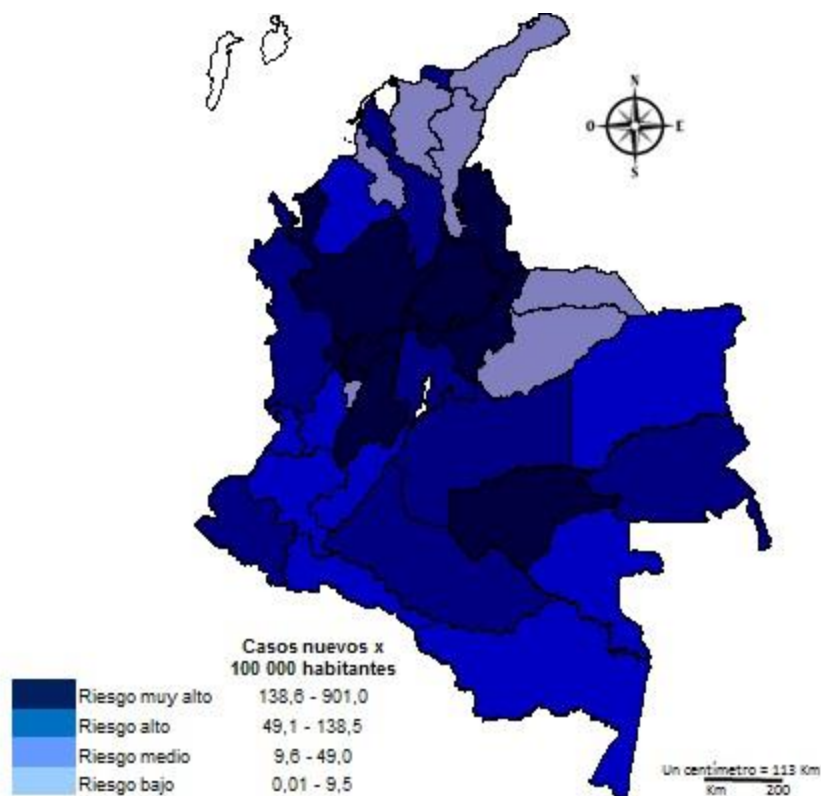
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

Dada el número de casos nuevos de leishmaniasis cutánea, se realizó una clasificación de riesgo epidemiológico teniendo en cuenta la incidencia a nivel nacional por percentiles, donde se observa a Tolima con un riesgo muy alto (901,1 casos por cada 100 000 habitantes), seguido de Norte de Santander, Caldas y Risaralda (Mapa11).

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 24 de 29

LEISHMANIASIS

Mapa 11. Riesgo epidemiológico según número de casos nuevos de leishmaniasis cutánea. Colombia, semanas epidemiológicas 01-52 de 2016.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

4.5.2 Letalidad para leishmaniasis Visceral

Hasta semana epidemiológica 52 de 2016, la letalidad por L. visceral fue de 0 %.

4.5.3 Porcentaje de casos tratados

El porcentaje de casos tratados para todas las formas de leishmaniasis, conforme a lo registrado en Sivigila es de 99,2 %. Para leishmaniasis cutánea los casos tratados corresponden a 99,2 % (513 / 520 casos), leishmaniasis mucosa 98,5 % (134 / 136 casos) y leishmaniasis visceral 100 % (37 / 37 casos) (Tabla 14).

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 25 de 29

LEISHMANIASIS

Tabla 14. Porcentaje de casos tratados para leishmaniasis por forma clínica. Colombia, semanas 01-52 de 2016.

Entidad territorial	Cutánea	Mucosa	Visceral	Total
Buenaventura	100%	0%	0%	100%
Casanare	100%	0%	0%	100%
Córdoba	100%	0%	100%	100%
Exterior	100%	0%	0%	100%
Guainía	100%	100%	0%	100%
La Guajira	100%	0%	0%	100%
Huila	100%	100%	100%	100%
Magdalena	100%	0%	0%	0%
Putumayo	100%	100%	0%	100%
Quindío	100%	0%	0%	0%
Santa Marta	100%	0%	0%	100%
Sucre	100%	0%	100%	100%
Vichada	100%	0%	0%	100%
Desconocido	100%	0%	0%	100%
Nariño	100%	100%	0%	100%
Cundinamarca	100%	100%	0%	100%
Risaralda	100%	0%	0%	100%
Chocó	99,4%	87,5%	0%	99,3%
Santander	99,4%	100%	0%	99,4%
Boyacá	99,4%	100%	0%	99,4%
Antioquia	99,3%	100%	0%	99,3%
Tolima	99,3%	100%	100%	99,3%
Meta	99,3%	100%	0%	99,3%
Caquetá	99,2%	100%	0%	99,3%
Caldas	98,8%	100%	0%	98,8%
Guaviare	98,8%	92,9%	0%	98,4%
Bolívar	98,6%	0%	100%	98,7%
Norte de Santander	98,6%	100%	0%	98,6%
Cauca	97,5%	0%	0%	97,5%
Valle del Cauca	97,1%	100%	0%	97,1%
Vaupés	95,2%	100%	0%	0,0%
Cesar	94,7%	0%	0%	94,7%
Arauca	94,4%	100%	0%	0,0%
Amazonas	81,8%	0%	0%	81,8%
Colombia	99,2%	98,5%	100%	99,2%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2016.

4.5.4 Proporción de casos con confección con VIH

Hasta semana epidemiológica 52 de 2016 se ha notificado un 10,0 % (cuatro registros) de casos confirmados de leishmaniasis visceral con coinfección VIH. Dos de estos casos provienen de El Carmen de Bolívar (Bolívar), uno de San Jacinto (Bolívar) y uno de Carete (Córdoba).

5 DISCUSIÓN

A semana epidemiológica 52 de 2016, se observa una gran distribución de la enfermedad en casi todo Colombia, con un aumento significativo de casos de las tres formas clínicas de leishmaniasis en la mayoría de entidades territoriales, respecto al mismo periodo del año anterior. Este comportamiento se puede atribuir a las dificultades en el acceso al sistema de salud, a las necesidades de desplazamiento por situaciones al

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 26 de 29

LEISHMANIASIS

margen de la ley, las concepciones culturales que se tienen acerca de la enfermedad y su tratamiento, la falta de la vigilancia comunitaria del evento y una falta de oportunidad en la consulta a los servicios de salud por parte de los pacientes.

Durante los últimos años en Colombia han habido aumentos súbitos en los años 2005 y 2006 (cerca de 20 000 casos cada año), 2009 (15 445 casos), 2010 (14 837 casos), 2014 (11 657 casos) y ahora en el 2016 (11 847 casos), haciendo evidente un comportamiento cíclico de la enfermedad, influenciado por el cambio del clima, la dinámica del vector y variaciones en la dinámica poblacional.

En la actualidad, dada la ecoepidemiología 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 a lo descrito para esta enfermedad, se observó un mayor afectación en hombres (71,5 %), en edad laboralmente activa (20 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 y niños 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 formas clínicas de leishmaniasis en el área urbana y periurbana es otra problemática a tener presente, observándose un 9,0 % de casos procedentes de cabecera municipal y un 10,1 % de centros poblados, 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.

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 Tolima, Antioquia, Norte de Santander y Santander. Así mismo las entidades territoriales con mayor afectación debido al alto número de casos nuevos continúan siendo Tolima, Norte de Santander, Caldas y Risaralda. Sin embargo, es necesario resaltar que Tolima en el 2016 fue la entidad territorial con mayor frecuencia de casos (30 % de los casos notificados al Sivigila) y mayor proporción de casos nuevos (901,1 casos por cada 100 000 habitantes) de leishmaniasis cutánea en el país.

La demora observada entre el momento de inicio de síntomas y el momento de consulta en un centro de salud, es uno de los principales factores de riesgo que podrían estar influenciando el aumento significativo de casos en especial de la forma cutánea, seguida de la forma mucosa. El 60 % de casos notificados al sistema de vigilancia para ambas formas clínicas acudió a consulta después de 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.

La proporción de pacientes tratados en el país fue del 99,2 %, lo cual muestra alta eficiencia del programa en la distribución de medicamentos; sin embargo, se debe reforzar el seguimiento y tratamiento en pacientes diagnosticados en Amazonas, en el cual se observó un porcentaje de tratamiento del 81,8 % para casos de leishmaniasis cutánea.

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 27 de 29

LEISHMANIASIS

El porcentaje observado de casos notificados para las tres formas clínicas que han recibido tratamiento previamente es del 15 %, lo cual abre la posibilidad de pensar en 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. De otra parte, aunque el porcentaje de gestantes con diagnóstico de leishmaniasis fue del 0,3%, se debe prestar especial atención a esta población vulnerable, en especial en áreas altamente endémicas.

Respecto a los casos de leishmaniasis visceral, se debe tener en cuenta que para esta forma clínica no se observó mayor afectación en alguno de los dos sexos (hombres 51,4 %) y que el 86,5 % de los casos se presentaron en menores de 4 años, lo que reafirma que el tipo de actividad no es un factor de riesgo determinante para esta forma clínica, y prima la madurez y el 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 Bolívar, Córdoba, Sucre y Huila. Sin embargo, es necesario hacer seguimiento al incremento de casos que se viene presentando en El Carmen de Bolívar, el cual notificó el 45,9 % de los casos reportados en el país. Adicionalmente, el 50 % de los casos con coinfección VIH son procedentes de este mismo municipio.

De otra parte, se evidenció que el 13,5 % de los casos de leishmaniasis visceral reportados no fueron hospitalizados, lo cual evidencia a un diagnóstico no oportuno de la forma visceral y la falta de conocimiento de esta enfermedad por parte del personal en las instituciones de salud, que en muchos casos conlleva a desenlaces fatales, según lo observado en años anteriores.

6 CONCLUSIONES

Se evidenció un comportamiento socio demográfico propio de la enfermedad en el 2016, con un aumento significativo de casos para las tres formas clínicas de la enfermedad, en comparación con el mismo periodo del año inmediatamente anterior.

Tolima, Antioquia, Norte de Santander y Santander son aquellas entidades territoriales que aportaron el mayor número de casos de leishmaniasis cutánea en el país.

Los departamentos de Tolima, Norte de Santander, Caldas y Santander, tienen el mayor riesgo para leishmaniasis cutánea, con incidencias que superan los 15 casos por 100.000 habitantes.

Las entidades territoriales aportantes del mayor número de casos de leishmaniasis mucosa fueron Meta, Antioquia, Caquetá y Guaviare.

El Carmen de Bolívar, Córdoba es el municipio con mayor número de casos de leishmaniasis visceral confirmados en el país.

Se empieza a observar un aumento significativo en la urbanización de la enfermedad debido a la adaptación del vector a ambientes en área rural intervenidos por el hombre.

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 28 de 29

LEISHMANIASIS

7 RECOMENDACIONES

Mantener 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.

Mantener una capacitación constante del personal asistencial en salud encargado del manejo y seguimiento de pacientes, con el fin de brindar un diagnóstico y un tratamiento oportuno, y generar datos que puedan llevar a la emisión de información útil para tomar medidas que contribuyan al control y prevención de las tres formas clínicas de leishmaniasis en el país.

Enviar al INS todas las muestras de suero para IFI de todos los casos probables de leishmaniasis visceral para su confirmación, al igual que todas las láminas de aspirado de médula ósea y/o bazo cuando se tengan.

Enviar al INS las investigaciones de campo, estudio de foco y las copias de historia clínica completa de los casos confirmados para leishmaniasis visceral.

Mantener la vigilancia y control constante de caninos, en las áreas donde ya se cuenta con focos naturales para leishmaniasis visceral, previamente identificados.

Continuar con campañas de educación a la comunidad respecto al autocuidado, uso de repelentes y toldillos impregnados.

Intensificar la supervisión y evaluación de los planes municipales de vigilancia y control para las leishmaniasis.

	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
				2014 – Jun – 25
			FOR-R02.4000-001	Página 29 de 29

LEISHMANIASIS

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo para la vigilancia en Salud Pública de leishmaniasis. Colombia 2017.
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
4. Organización panamericana de la Salud. Leishmaniasis: plan de acción para fortalecer la vigilancia y control de las leishmaniasis en las américas 2017-2022.
5. Centers of Disease Control and Prevention. Leishmaniasis: Epidemiología y factores de riesgo. Enero, 2013. Disponible en <https://www.cdc.gov/parasites/leishmaniasis/epi.html> Consultado 28 de febrero de 2017.
6. 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.
7. 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> 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

9 Anexos

9.1 Bases de datos leishmaniasis segundo periodo epidemiológico de 2016

Hoja 1. L. Cutánea a semana epidemiológica 52 de 2016

Hoja 2. L. Mucosa a semana epidemiológica 52 de 2016

Hoja 3. L. Visceral a semana epidemiológica 52 de 2016