

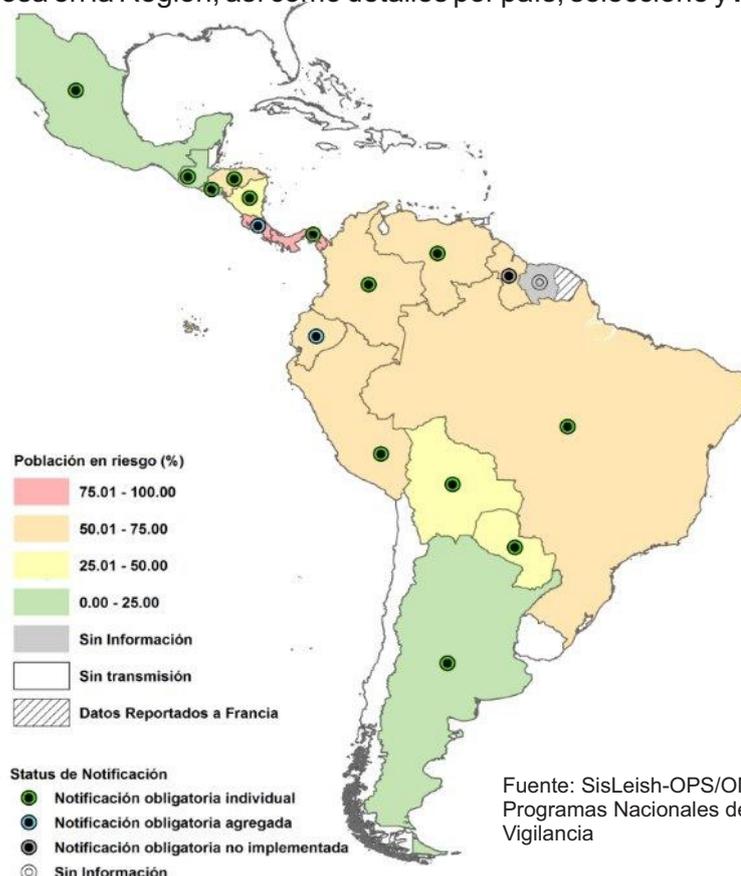
Informe Epidemiológico de las Américas

INTRODUCCIÓN

Las leishmaniasis, enfermedades de transmisión vectorial y con ciclos zoonóticos en las Américas, siguen siendo un problema de salud pública. Representa una elevada carga de enfermedad, debido a que produce formas clínicas graves que pueden causar deformidades, incapacidades y muertes. Entre los países con más AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidades) por leishmaniasis cutánea/mucosa, están Bolivia y Perú, y por leishmaniasis visceral, junto con Brasil que tiene una de las mayores tasas de letalidad por esta forma clínica (1.2).

En los últimos cinco años, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud (OPS/OMS) ha promovido esfuerzos intensificados en los países endémicos para garantizar el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno y de calidad de las personas afectadas por esta enfermedad. Las acciones de vigilancia han sido mejoradas y fortalecidas en la Región, lo cual permite a los países orientar y priorizar las actividades, y a la OPS/OMS le facilita focalizar la cooperación técnica para el fortalecimiento de las capacidades nacionales. A partir de la implantación del Sistema de Información de leishmaniasis – SisLeish liderado por la OPS/OMS, los datos regionales están disponibles y son agregados y consolidados, permitiendo el análisis y el monitoreo de la enfermedad en las Américas. De los 18 países endémicos, en 17 las leishmaniasis son de notificación obligatoria individual o agregada, y 43,57% de la población en esos países (240.635.853) está expuesta al riesgo de sufrir leishmaniasis.

En este informe, se presentan los datos de las leishmaniasis del 2014 y los avances en los esfuerzos para control las leishmaniasis en la Región. Se incluye además, un infográfico por país, que tiene datos epidemiológicos, resultados de la vigilancia, acciones de control e incluso datos demográficos, económicos y ambientales de importancia para el análisis integral de la ocurrencia de las leishmaniasis. Para ver los datos de leishmaniasis cutánea y mucosa en la Región, así como detalles por país, seleccione y **haga clic en el mapa**.



SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Leishmaniasis cutánea y mucosa

En el periodo del 2001 al 2014, fueron reportados a la OPS/OMS un total de 797.849 casos nuevos de leishmaniasis cutánea y mucosa con un promedio anual de 56.989 distribuidos en 17 de los 18 países endémicos de las Américas. Aunque se observa una tendencia regional estable, cuando se analiza individualmente por periodos, se observó un incremento de casos hasta el año 2005 que es debido al aumento de registro de casos en Colombia y Perú, países de la sub-región Andina (Figura 1).

En 2014, un total de 16 países endémicos reportaron 51.098 casos de leishmaniasis cutánea con una tasa de incidencia de 19,76 casos por 100.000 habitantes (los datos del Surinam y Guyana Francesa no fueron incluidos en el sistema). El 75% de los casos detectados fueron reportados por Brasil (20.418), Colombia (11.586) y Perú (6.231). Sin embargo, las mayores incidencias fueron registradas en Nicaragua (62,97/100.000 hab.) y Costa Rica (52,55/100.000 hab.), países de la región Centro Americana. Los casos ocurrieron en 216 (68%) de las 315 unidades del primer nivel administrativo subnacional (departamentos, estados, regiones o provincias, de acuerdo con la división de cada país) y en 3.174 (26%) del total de 12.054 unidades del segundo nivel administrativo (municipios, cantones, provincias, distritos, entre otros).

Para fines de vigilancia y monitoreo, es necesario establecer indicadores estandarizados y hacer la estratificación epidemiológica para conocer la magnitud, la tendencia y el riesgo de ocurrencia de la enfermedad, así como para apoyar en la organización de los servicios, la priorización y la gestión de las

acciones para mejorar la eficiencia en la respuesta del sector salud. En general, los países endémicos utilizan distintos indicadores para dirigir y priorizar las acciones para leishmaniasis cutánea/mucosa. Entre ellos están: el número de casos, la incidencia y la densidad de casos. Esos indicadores, cuando son analizados individualmente, presentan ventajas y desventajas para representar adecuadamente los distintos escenarios epidemiológicos. Después de un ejercicio de análisis crítico y discusión del uso de estos indicadores, que fue hecho entre el Programa Regional de Leishmaniasis de la OPS/OMS, los expertos en epidemiología y los responsables de los programas de leishmaniasis de los países, se estableció un indicador compuesto que fue construido a partir de los tres indicadores mencionados. Este indicador compuesto, fue estratificado al segundo nivel administrativo subnacional y los resultados fueron validados a nivel regional y por los países (Figura 2).

Para la estratificación del indicador compuesto, se hizo un estudio de su distribución usando el método de cortes naturales (natural break, por su nombre en inglés) para reducir la varianza dentro y entre las clases. Con base en las clases, se generaron cinco estratos de transmisión: baja, media, alta, intensa y muy intensa. Para cada estrato de transmisión, se establecieron algoritmos y acciones específicas para el control de las leishmaniasis, debido a que en cada uno se requiere una combinación de actividades adecuadas a esa realidad que respondan a la interacción entre los huéspedes, los parásitos, los vectores y los reservorios, así como a los factores ambientales, económicos, sociales, físicos, biológicos, entre otros.

En las Figuras 2 y 3, se presentan los datos desagregados al segundo nivel administrativo subnacional, tanto para la estratificación de riesgo usando el indicador compuesto, como para la densidad de casos.

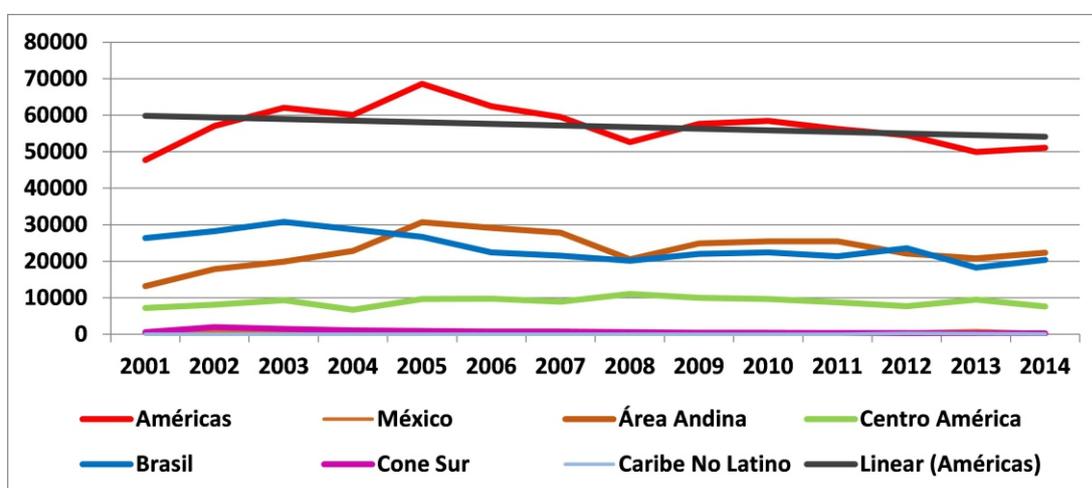


Figura 1. Leishmaniasis cutánea y mucosa en países endémicos de las Américas, 2001-2014.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/ Servicios de Vigilancia
Datos disponibles al 22 de mayo de 2016

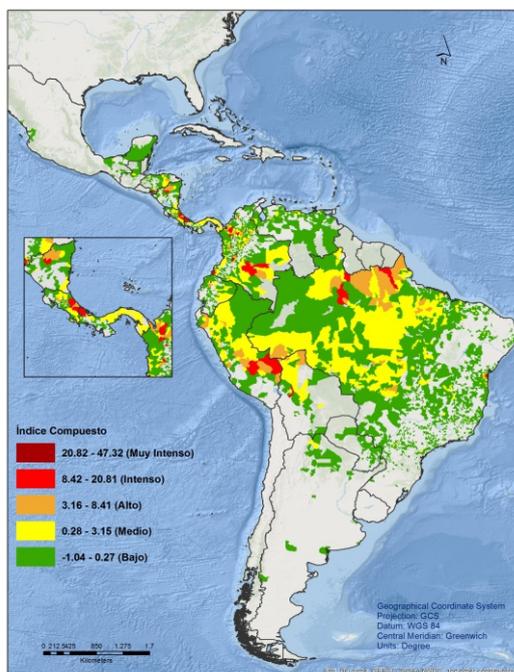


Figura 2. Estratificación de riesgo de leishmaniasis cutánea y mucosa a segundo nivel administrativo subnacional, Américas, 2014. Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/ Servicios de Vigilancia. Datos disponibles al 22 de mayo de 2016.
*ICL: Índice compuesto leishmaniasis cutánea, estimado a partir de los casos, la incidencia y la densidad de casos.

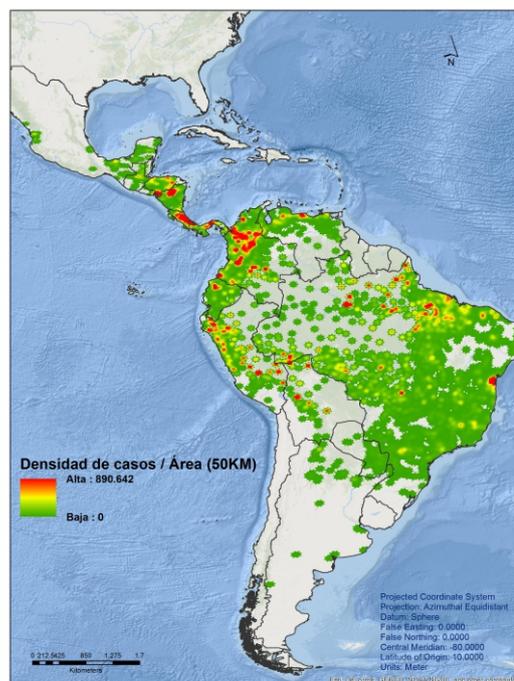


Figura 3. Densidad de casos de leishmaniasis cutánea y mucosa en países endémicos en las Américas, 2014. Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/ Servicios de Vigilancia. Datos disponibles al 22 de mayo de 2016

Los datos de Guyana no están incluidos, debido a que sus datos están disponibles solamente para el primer nivel administrativo (Regiones). La Figura 2, muestra la amplia distribución geográfica de la leishmaniasis cutánea en las Américas, así como la distribución de los municipios por riesgo de transmisión (escala de color). El mapa de la Figura 3, muestra las áreas de mayor concentración de casos de leishmaniasis cutánea, a través del indicador de la densidad de casos, en el cual se toma como referencia el punto central del municipio y un radio de 50 Km.

En el 2014, del total de casos con información disponible sobre las formas clínicas, el 95,84% (47.046) corresponden a la forma cutánea y el 4,16% (1.953) a la forma mucosa/mucocutánea; esta última se considerada severa por producir incapacidades y mutilaciones si no se trata de forma temprana y adecuada. Brasil (1.016 casos), Bolivia (228 casos) y Perú (343 casos) reportaron los mayores números de casos detectados de esta forma clínica, lo que representa el 81,25% de los casos registrados en la Región. Las formas cutáneas diseminadas y cutáneas difusas, siguen siendo un desafío debido a las dificultades en el manejo y la respuesta terapéutica.

Entre las formas cutáneas, fueron notificados 1.027 casos caracterizados clínicamente como la forma cutánea atípica en cuatro países: Honduras (93,21%), Nicaragua (5,55%), Venezuela (0,97%) y El Salvador (0,30%); esta forma clínica produce lesiones

no ulceradas y en general pequeñas, pero en su ciclo de transmisión están involucrados el mismo parásito y vectores que causan la leishmaniasis visceral. El bajo nivel de evidencia sobre la eficacia del tratamiento para esta forma clínica, dificulta el manejo de los casos y la definición de las mejores conductas a seguir.

Los datos regionales del 2014, muestran que las variables de sexo y edad (Figuras 4 y 5) están disponibles en el 99,9% (51.069) de los casos reportados, lo que representa una mejora en la captura y registro de datos, ya que por ejemplo, en el 2013 el 15,53% (7.762) de los casos no tenía la variable de edad, mientras que en el 2014 el 0,88% (454 casos) no la tiene. El 70,5% (36.051) de los casos del 2014 fueron del sexo masculino y el 51,32% ocurrieron en personas entre los 20 y 50 años de edad.

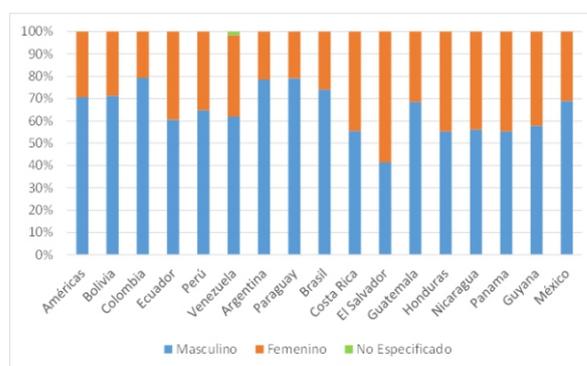


Figura 4. Proporción de casos de leishmaniasis cutánea por sexo, Américas, 2014. Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/ Servicios de Vigilancia. Datos disponibles al 22 de mayo de 2016.

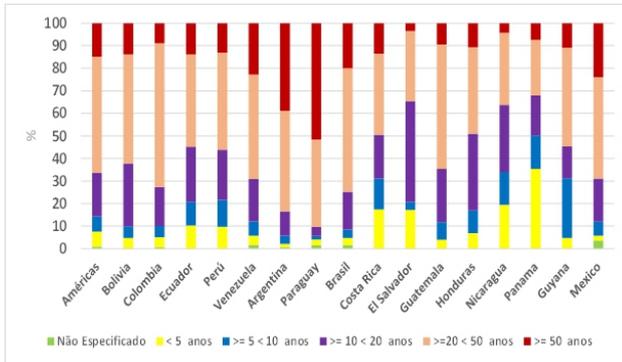
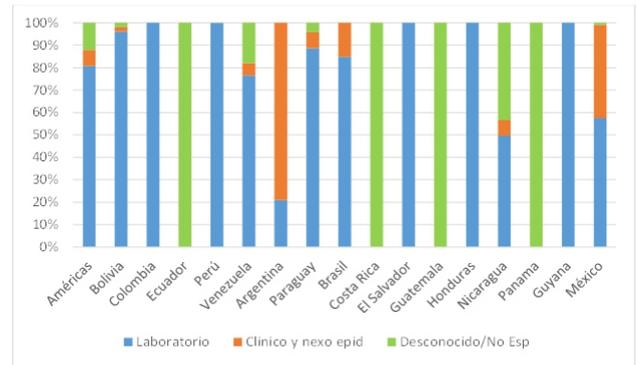


Figura 5. Proporción de casos de leishmaniasis cutánea por grupo de edad, Américas, 2014. Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/ Servicios de Vigilancia. Datos disponibles al 22 de mayo de 2016.

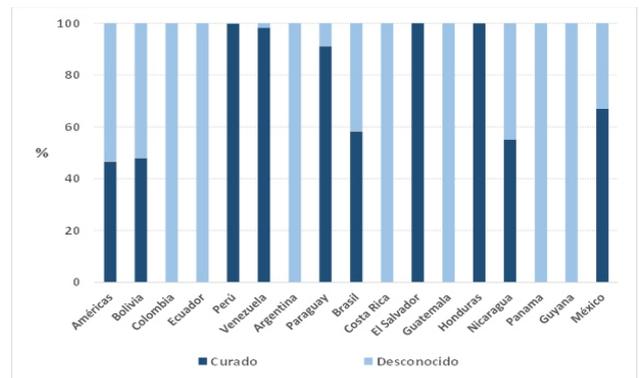


Figuras 6. Proporción de casos de leishmaniasis cutánea y mucosa, según criterio de confirmación, Américas, 2014. Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/ Servicios de Vigilancia. Datos disponibles al 22 de mayo de 2016

Ambos son considerados grupos de riesgo, debido que el principal patrón de transmisión de la enfermedad es selvático, donde trabajadores formales e informales, militares, turistas, entre otros, se adentran al hábitat natural del vector y se infectan. Los menores de diez años representan el 13,46% (6.880) de los casos registrados, sin embargo, en los países de Centro América como Costa Rica (31.1%), Nicaragua (34%) y Panamá (50,3%), ese porcentaje sobrepasa el 30% de los casos. Por otro lado, en países del Cono Sur como Argentina y Paraguay los casos se concentran en el grupo mayor de 50 años.

En el 2014, el 80,71% (41.244) de los casos confirmados de leishmaniasis cutánea y mucosa, fueron confirmados por laboratorio, representando un incremento cuando se compara con la proporción de casos confirmados por laboratorio en el 2013 (69,9%) (Figura 6). A pesar de ese incremento importante a nivel Regional, en Costa Rica, Ecuador, Guatemala y Panamá esta información es desconocida o no está disponible. Un total de 161 casos (0,32%) de formas cutáneas y mucosas presentaron coinfección Leishmania/VIH, de los cuales un caso fue registrado en Colombia y los demás en Brasil. Se observa un aumento en el número y proporción de casos de coinfectados Leishmania/VIH en Brasil, que pasó de 98 casos (0,54%) en el 2013 a 161 (0,78%) en el 2014.

En menos de la mitad de los casos se registró la información sobre la evolución clínica; de éstos, 23.770 casos (46,52%) se reportaron como curados y 92 como muertos (Figura 7). Del total de muertes, 17 fueron asociadas a posibles complicaciones o uso inadecuado de medicamentos específicos que son cardiotoxicos, hepatotóxicos e nefrotóxicos. En Colombia, Ecuador, Argentina, Costa Rica, Guatemala, Panamá y Guyana la información sobre evolución clínica no está disponible en los Programas Nacionales o en los Sistemas de Vigilancia.



Figuras 7. Proporción de casos de leishmaniasis cutánea y mucosa, según evolución, Américas, 2014. Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/ Servicios de Vigilancia. Datos disponibles al 22 de mayo de 2016

LEISHMANIASIS VISCERAL

En las Américas, la leishmaniasis visceral es endémica en 12 países que están clasificados en tres escenarios epidemiológicos: países con transmisión esporádica (Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Bolivia, Guyana y México), países con transmisión estable o controlada (Colombia y Venezuela) y países con transmisión en expansión (Argentina, Brasil y Paraguay).

En el período de 2001 al 2014, fueron registrados 48.720 casos de leishmaniasis visceral con un promedio anual de 3.480 casos, de los cuales el 96,42% (46.976) fueron reportados por Brasil. Se observó una tendencia estable de los casos reportados entre el 2004 y el 2012, sin embargo, a partir del 2009 ocurrió un incremento de casos en los países del Cono Sur y una reducción en los países Andinos, principalmente en Venezuela y Colombia (Figura 8). A partir del 2012, año en que los datos están disponibles en el SisLeish, fueron registradas 654 muertes causadas por leishmaniasis visceral, con una letalidad media de 6,6% (Figura 9).



Figura 8. Casos de leishmaniasis visceral en países con mayor reporte de casos, Américas, 2001-2014.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/ Servicios de Vigilancia. Datos disponibles al 22 de mayo de 2016.

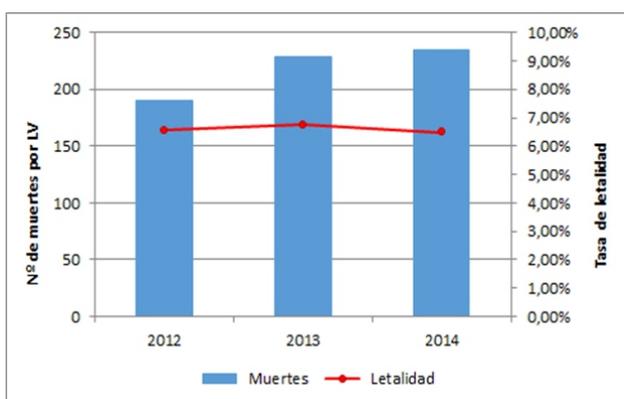


Figura 9. Número de muertes y letalidad por leishmaniasis visceral, Américas, 2012-2014.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/ Servicios de Vigilancia. Datos disponibles al 22 de mayo de 2016

En el 2014, fueron reportados en las Américas un total de 3.624 casos de leishmaniasis visceral y una tasa de incidencia de 2,42 casos/100.000 habitantes. De los casos reportados, cerca del 95% ocurrieron en Brasil, sin embargo, se observa en los últimos tres años un incremento constante en las tasas de incidencia en Paraguay, en donde este incremento se observa independientemente de la población que se use para su estimación (población expuesta al riesgo o la población general del país). Además, en Colombia se triplicó el número de casos reportados en el 2014 comparado con el reporte del 2012 (Tabla 1).

Países	2012				2013				2014			
	N°	%	Incid. Riesgo ¹	Incid. General ²	N°	%	Incid. Riesgo ¹	Incid. General ²	N°	%	Incid. Riesgo ¹	Incid. General ²
Brasil	2.770	95,8	4,54	2,31	3.253	95,8	4,35	2,71	3.453	95,2	5,21	2,62
Paraguay	76	2,6	2,47	2,03	107	3,2	3,85	3,27	118	3,3	4,06	2,68
Venezuela	9	0,3	1,28	0,22	7	0,2	0,58	0,10	9	0,2	1,55	0,24
Colombia	9	0,3	2,34	0,36	13	0,4	2,65	0,29	31	0,9	3,3	0,41
Argentina	24	0,8	1,13	1,06	7	0,2	0,61	0,19	11	0,3	1,75	0,96
Honduras	0	0,0	0,0	0,0	3	0,1	1,21	0,67	2	0,1	3,12	0,31
El Salvador	0	0,0	0,0	0,0	1	0,05	2,74	0,90	0	0,0	0,0	0,0
Guatemala	0	0,0	0,0	0,0	1	0,05	2,58	1,98	0	0,0	0,0	0,0
México	4	0,1	0,57	0,21	4	0,1	0,59	0,22	0	0,0	0,0	0,0
Total	2892	100,0	4,25	2,15	3.396	100,0	4,17	2,40	3.624	100,0	5,07	2,42

Tabla 1. Número, proporción de casos e incidencia^{1,2} de leishmaniasis visceral por país, Américas, 2012-2014.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/ Servicios de Vigilancia.

1- Incidencia por 100.00 habitantes considerando la población de las áreas de transmisión de LV en el país y región

2- Incidencia por 100.00 habitantes considerando la población total del país con transmisión de LV

Datos disponibles al 22 de mayo de 2016.

Del total de casos reportados en el 2014, el 64,7% (2.347) fueron del sexo masculino, siguiendo el patrón regional de los años anteriores. Sin embargo, en Argentina el 64% de los casos fueron reportados en mujeres (Figura 10). El 33,4% (1212) de los casos fueron reportados en menores de cinco años de edad, el 31,7% en personas entre 20 y 50 años y el 15,7% en mayores de 50 años (Figura 11).

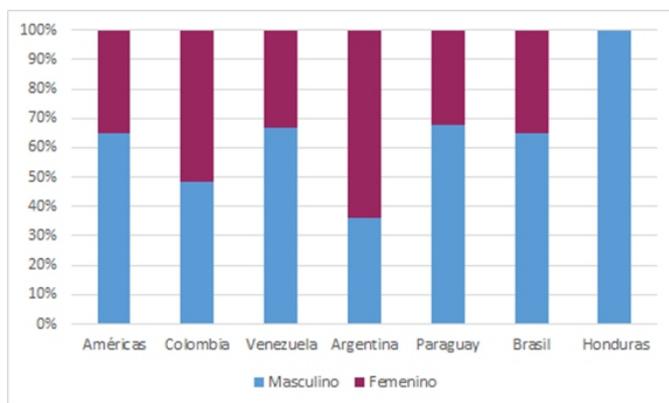


Figura 10. Proporción de casos de leishmaniasis visceral por sexo por país, Américas, 2014.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/ Servicios de Vigilancia. Datos disponibles al 22 de mayo de 2016.

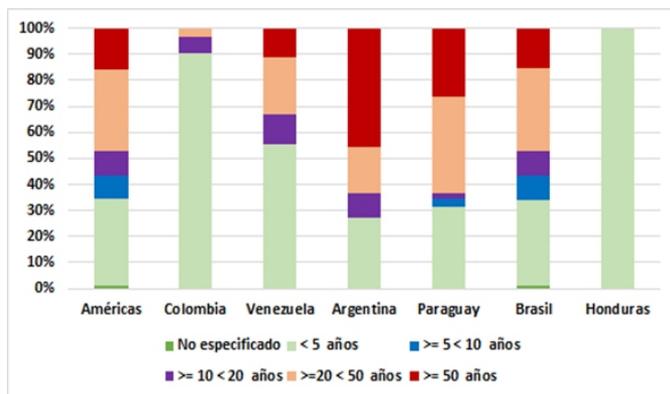


Figura 11. Proporción de casos de leishmaniasis visceral por grupo de edad y por país, Américas, 2014.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/ Servicios de Vigilancia. Datos disponibles en 22 de mayo de 2016.

En este mismo año, fueron reportados 242 casos (6,68%) de coinfección leishmaniasis visceral/VIH, de los cuales 234 fueron reportados por Brasil y 8 por Paraguay. El 85,7% (3.106) de los casos tuvo confirmación por laboratorio; cabe resaltar que el porcentaje de casos con información desconocida o no especificada con respecto al tipo de diagnóstico se ha venido reduciendo a lo largo de los años. La proporción de cura fue del 66,9% (2.425); 235 muertes por leishmaniasis visceral fueron reportadas por Brasil (230) y Paraguay (5), representando una letalidad de 6,6% y 4,9%, respectivamente.

Los casos de leishmaniasis visceral fueron reportados por seis países, distribuidos en 54

departamentos/estados y 879 municipios con promedio de 4 casos (rango de 1 a 128). Analizando la densidad de casos, desagregados al segundo nivel administrativo subnacional, y asumiendo un radio de 50 Km, se observa una concentración de casos en una región grande de Asunción, en Paraguay y en municipios de las regiones Nordeste, Sudeste y Centro Oeste de Brasil (Figura 12). La distribución espacial de la incidencia de leishmaniasis visceral en la región, muestra un elevado número de municipios con incidencias bajas y medias, sin embargo, cuando se compara con la densidad de casos se observa que esos municipios, en general son las capitales de los estados/departamentos, que tienen elevada densidad poblacional (Figura 13).

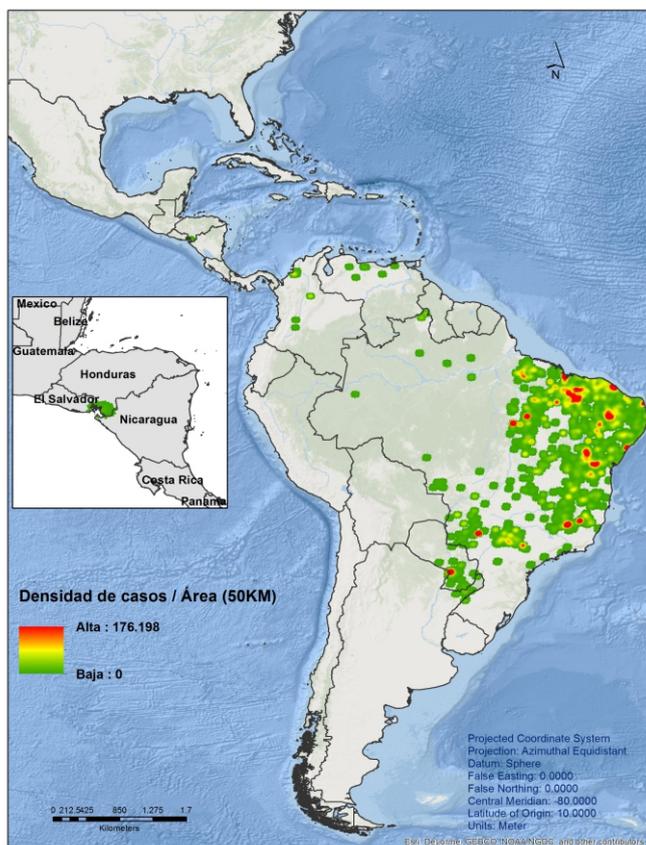


Figura 12. Densidad de casos de leishmaniasis visceral a segundo nivel administrativo, Américas, 2014.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/ Servicios de Vigilancia. Datos disponibles al 22 de mayo de 2016.

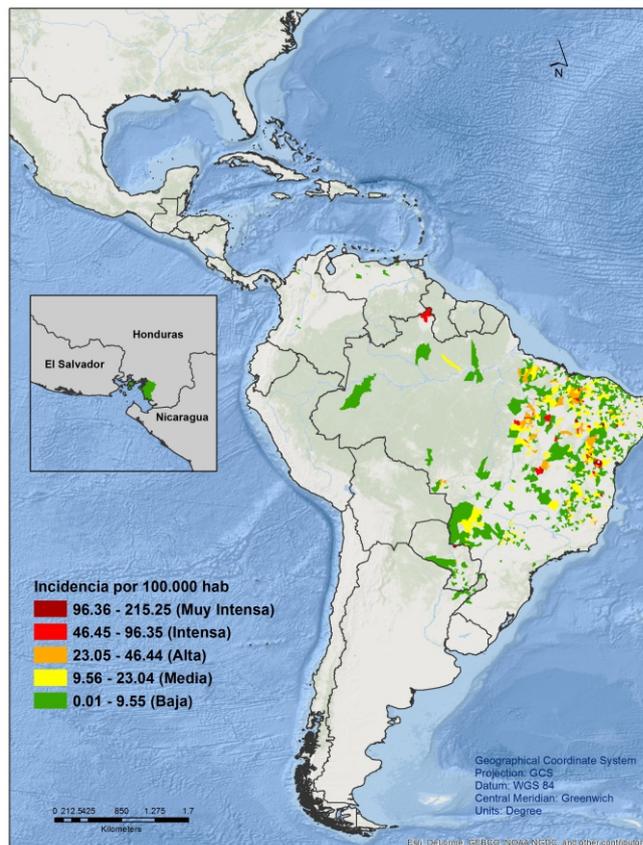


Figura 13. Incidencia de leishmaniasis visceral a segundo nivel administrativo, Américas, 2014.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/ Servicios de Vigilancia. Datos disponibles al 22 de mayo de 2016.

CONSIDERACIONES FINALES

La compilación y análisis de datos e información epidemiológica de las leishmaniasis en las Américas, se han mejorado en los últimos tres años, debido que se avanzó en la definición, estandarización y análisis de los indicadores así como en la orientación de las acciones para vigilancia y control de la enfermedad. Actualmente, los datos al nivel regional están desagregados al segundo nivel administrativo subnacional. Sin embargo, cuando se hace el análisis individual de los indicadores, se observan limitaciones.

El uso de otros indicadores como densidad de casos por área y la propuesta del uso de indicador compuesto para leishmaniasis cutánea (casos, incidencia y densidad), y en un futuro para la leishmaniasis visceral (casos e incidencia), es una alternativa para minimizar esas limitaciones y apoyar a los países en la mejor toma de decisiones. Los análisis al nivel nacional y subnacional deben ser los más desagregados posible, por eso, es necesario que los países identifiquen sus áreas de transmisión al tercer o cuarto nivel administrativo, caracterizando y monitoreando los focos en su menor unidad geográfica. El uso del indicador compuesto para establecer la estratificación de riesgo es de extrema importancia para direccionar servicios y priorizar las acciones, con el objetivo de mejorar la vigilancia y el control de esta enfermedad.

La información regional de leishmaniasis para el año 2014, muestra una mejora en la base de datos del SisLeish, donde vemos una reducción en el porcentaje de casos con información desconocida para el sexo, la

edad, los criterios de confirmación y de diagnóstico y una mejora de los indicadores de curación clínica y el diagnóstico por laboratorio. Por otro lado, vemos un aumento en el porcentaje de casos de coinfección por Leishmania/VIH para las formas cutáneas y mucosas, que puede estar relacionado con acciones conjuntas entre los Programas de leishmaniasis y de VIH con la consecuente mejora de los servicios de captación de casos de forma más temprana.

El registro de muertes atribuidas a la leishmaniasis cutánea, mucosa y visceral, así como la reducción de la incidencia en grupos (< 10 años y > 50 años) y formas más severas de la enfermedad, sigue siendo un desafío; por eso, la OPS/OMS y países endémicos están trabajando activamente para intensificar las acciones, investigar los casos, fomentar la gestión conjunta entre el programa de leishmaniasis, los servicios de vigilancia, los servicios de atención a salud y de farmacovigilancia, con el propósito de fortalecer el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, prevención, vigilancia y control de la enfermedad en las Américas.

REFERENCIAS

1- Organización Mundial de la Salud. Control de las leishmaniasis. Informe de una reunión del Comité de Expertos de la OMS sobre el Control de las Leishmaniasis, Ginebra, 22–26 Marzo de 2010. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010. (OMS, serie de informes técnicos no. 949). Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82766/1/WHO_TRS_949_spa.pdf. Accedido 2016 Mayo 22.

2- Karimkhani, C.; Wanga, V.; Coffeng, L. E.; Naghavi, P.; Dellavalle, R. P.; Naghavi, M. Global burden of cutaneous leishmaniasis: a cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet Infectious Diseases. 2016; Vol. 16, n. 5, p: 584-591.

1 - Elaboración: Ana Nilce Silveira Maia-Elkhoury, Samantha Yuri Oshiro Branco Valadas, Martha Idali Saboya, Daniel Magalhães Lima, Lia Puppim Buzanovsky, Manuel Jose Sanchez Vazquez.

Correspondencia: aelkhoury@paho.org

2 - Agradecimientos: A los profesionales de los Programas Nacionales de Leishmaniasis y de Vigilancia Epidemiológica de los países endémicos que participan directa e indirectamente en las acciones.

Sugerencia de citación: Organización Panamericana de la Salud: Leishmaniasis: Informe Epidemiológico en las Américas: Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2016,

Organización Panamericana de la Salud <http://www.paho.org> © OPS/OMS, 2016

Visite el Campus Virtual de Salud Pública para conocer nuestros **Cursos de autoaprendizaje en Leishmaniasis Visceral y Cutánea en las Américas**. Estos cursos a distancia gratuitos tienen como objetivo apoyar la vigilancia y control a través de la capacitación técnica de los médicos y otros profesionales de la salud. Visite el enlace: <https://mooc.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=26>



Para mayores informaciones sobre Leishmaniasis consulte el sitio de la OPS: www.paho.org/leishmaniasis