

Informe Epidemiológico de las Américas

Introducción

En las Américas, las leishmaniasis siguen siendo un problema de salud pública debido a su magnitud y complejidad clínica, biológica y epidemiológica. Afectan predominantemente a los más pobres, especialmente en los países en desarrollo, hecho que requiere un esfuerzo colectivo y un compromiso compartido entre los gobiernos, las organizaciones, las instituciones y la sociedad para su control.

En 2016, los Estados Miembros de la OPS aprobaron, mediante la Resolución CD55.R9 del Consejo Directivo de la Organización Pan-americana de la salud (OPS), el “Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022”.

En este Plan de acción, se definieron objetivos específicos para el fortalecimiento de la vigilancia y el control de la leishmaniasis en las Américas. Con este propósito se elaboró el [Plan de Acción de la Leishmaniasis de las Américas 2017-2022](#), detallando las metas, indicadores y líneas de acción para reducir la morbilidad y la mortalidad por leishmaniasis en la Región.

Este Informe ha sido elaborado a partir del Sistema de Información Regional de Leishmaniasis - SisLeish/ OPS/OMS y actualiza la información de las leishmaniasis en las Américas para el año 2015. En particular, llama la atención sobre los aspectos epidemiológicos de las leishmaniasis en las zonas fronterizas, ya que muchos países comparten entre sí los casos, ambientes, especies de parásitos, vectores y reservorios. En la **figura 1**, se presenta el estado actual de la leishmaniasis cutánea y mucosa en las áreas de frontera de la Región que muestra la densidad de los casos entre los países, teniendo como referencia el punto central del municipio y 100 km de radio, formando zonas donde sus límites implican dos o tres países.

Al hacer clic en cada país se puede ver un Infográfico de la leishmaniasis cutánea y mucosa, que contiene los datos epidemiológicos, así como los de la vigilancia, control y atención.



Figura 1. Densidad de casos de leishmaniasis cutánea y mucosa en los municipios fronterizos, Américas -2015.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis / Servicios de Vigilancia. Datos disponibles en el 20 de febrero 2017

Situación epidemiológica

Leishmaniasis cutánea y mucosa

En las Américas, la leishmaniasis cutánea y mucosa (LC) se presenta en 20 países, siendo endémica en 18 de ellos; sin embargo los países presentan diferentes intensidades de transmisión: baja, media, alta, intensa y muy intensa. En el período 2001-2015 se notificaron a la OPS/OMS, 843.931 nuevos casos de LC con un promedio anual de 56.262 casos, distribuidos en 17 de los 18 países endémicos. En los últimos cinco años se observa una reducción de los casos, y en 2015 se registró el número más bajo de casos para todo el período examinado, con una disminución del 10% en relación con el año 2014 (**Figura 2**).

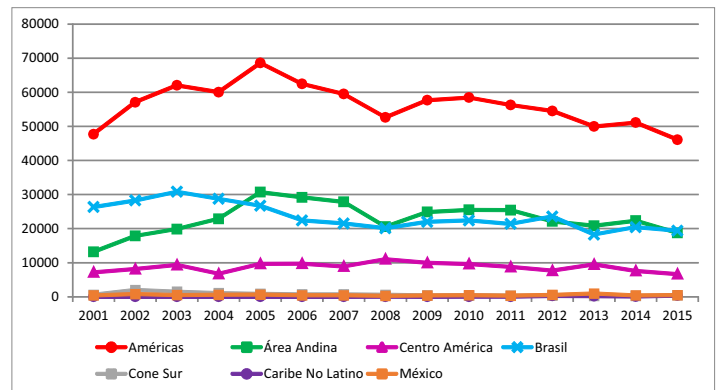


Figura 2. Número de casos por año de leishmaniasis cutánea y mucosa en subregiones y en algunos países seleccionados de las Américas, 2001-2015.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Datos disponibles en el 20 de febrero 2017

En 2015, 17 de 18 países endémicos reportaron 46.082 casos de leishmaniasis cutánea y mucosa, con la excepción de Guyana Francesa que reporta los casos directamente a Francia. Del total de casos en la región, el 70% fueron reportados por Brasil (19.395), Colombia (7.541) y Perú (5.459). La tasa de incidencia de las Américas fue 18,35 casos por 100.000 habitantes; las incidencias más altas se registraron en Surinam (218,48/100.000 habitantes) y en Nicaragua (76,64 / 100.000 habitantes.). Los casos se registraron en 234 (74,3%) unidades del primer nivel político administrativo subnacional (departamentos, estados, regiones o provincias, de acuerdo con la división de cada país) y en 3.238 (26,9%) unidades del segundo nivel administrativo (municipios, cantones, provincias, distritos, etc.).

En las leishmaniasis, el análisis de los datos e indicadores son de suma importancia para conocer, monitorear, planificar y direccionar acciones para reducir el riesgo de transmisión. Por lo tanto, este informe añade información específica sobre la situación de la enfermedad en las fronteras y llama la atención para el riesgo y la necesidad de establecer acciones conjuntas para reforzar la vigilancia y el control en estas zonas, incluso para aquellos países, como Uruguay, donde actualmente no existe transmisión de leishmaniasis cutánea.

Del total de casos de leishmaniasis cutánea reportado en las Américas, 12.461 (27,04%) casos se presentaron en 480 (44,6%) unidades de fronteras entre países, que corresponde al segundo nivel administrativo subnacional. Algunos países se destacan por presentar más del 40% de los casos de leishmaniasis cutánea en las zonas fronterizas (**Tabla 1**).

Tabla 1. Distribución de los casos de leishmaniasis cutánea, de acuerdo con el segundo nivel administrativo subnacional y fronteras entre países, Américas, 2015.

Países*	Total de casos de LC	Casos de LC en fronteras		Total de Unidades del 2º nivel administrativo subnacional fronterizas con otros países	Unidades del 2º nivel administrativo subnacional frontera con casos de LC		Países de fronteras con casos de LC
		Número	%		Número	%	
Argentina	336	175	52,08	85	8	9,41	Paraguay y Bolivia
Bolivia	2.231	974	43,66	31	9	29,03	Argentina, Paraguay, Bolivia y Brasil
Brasil	19.395	3.494	18,01	588	203	34,52	Paraguay, Argentina, Bolivia, Perú, Colombia, Venezuela, Surinam, Guyana y Guyana Francesa
Colombia	7.541	510	6,76	42	30	71,43	Brasil, Ecuador, Perú, Venezuela y Panamá
Costa Rica	1.171	413	35,27	10	10	100	Nicaragua y Panamá
Ecuador	1.479	182	12,31	28	20	71,43	Colombia y Perú
Guatemala	564	228	40,43	43	12	27,91	México, El Salvador, Honduras y Belice
Honduras	2.040	137	6,72	12	9	75	Guatemala, El Salvador y Nicaragua
México	479	49	10,23	20	5	25	Guatemala
Nicaragua	1.925	430	22,34	27	13	48,15	Costa Rica y Honduras
Panamá	930	205	22,04	7	5	71,43	Colombia y Costa Rica
Peru	5.459	1.437	26,32	17	17	100	Bolivia, Brasil, Colombia y Ecuador
Paraguay	126	30	23,81	23	8	34,78	Argentina, Brasil y Bolivia
El Salvador	20	0	0	16	0	0	Guatemala y Honduras
Venezuela	2.013	217	10,78	25	14	56	Brasil, Colombia y Guyana

* Datos de leishmaniasis cutánea no disponibles en Guyana y Surinam.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Datos disponibles en el 20 de febrero 2017.

La **Figura 1** muestra las extensas áreas de ocurrencia de leishmaniasis cutánea en fronteras, determinando las áreas con alta y baja densidad de casos en un radio de 100 km. Estas áreas son continuas y forman grandes espacios geográficos que exceden límites entre países. Para las áreas con alta densidad de casos, se destaca la triple frontera entre el Norte de Bolivia – Norte de Brasil – Sudeste de Perú. Algunas otras áreas con alta a media densidad de casos se observan en las áreas de fronteras de Argentina, Colombia y Ecuador y entre los países de América Central. En situaciones específicas, en que estas áreas están representadas por baja densidad de casos, destacamos el Uruguay, país sin transmisión autóctona de leishmaniasis cutánea, a pesar de los casos que se presentan en sus fronteras con Argentina, llamando la atención sobre la realización de acciones de vigilancia entomológica, ya que por los criterios epidemiológicos se considera que es una área vulnerable.

La **Figura 3** muestra los datos desglosados al segundo nivel administrativo subnacional, estratificados por el riesgo de acuerdo con el indicador compuesto. Guyana no está representada porque sus datos están disponibles sólo para el primer nivel administrativo (Regiones). En la **Figura 4**, se muestra la el riesgo de transmisión de leishmaniasis cutánea y mucosa en las zonas de fronteras, de acuerdo con el índice compuesto para la leishmaniasis cutánea al segundo nivel administrativo subnacional.

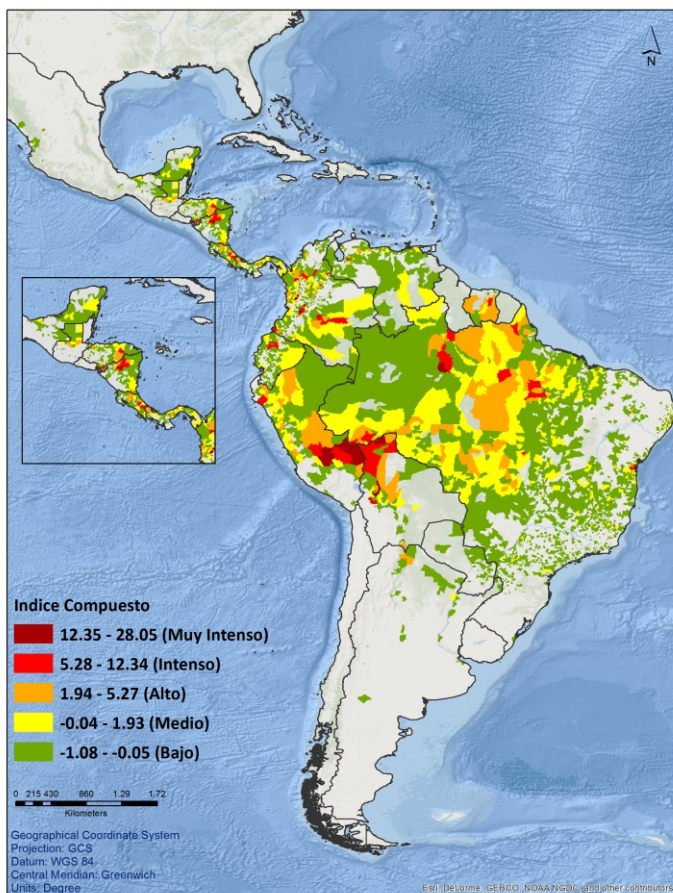


Figura 3. Estratificación de riesgo de leishmaniasis cutánea y mucosa, por segundo nivel administrativo subnacional, Américas, 2015.

* ICL: Índice compuesto de leishmaniasis cutánea, representado por casos, incidencia y la densidad de casos.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis / Vigilancia. Datos disponibles en el 20 de febrero 2017.

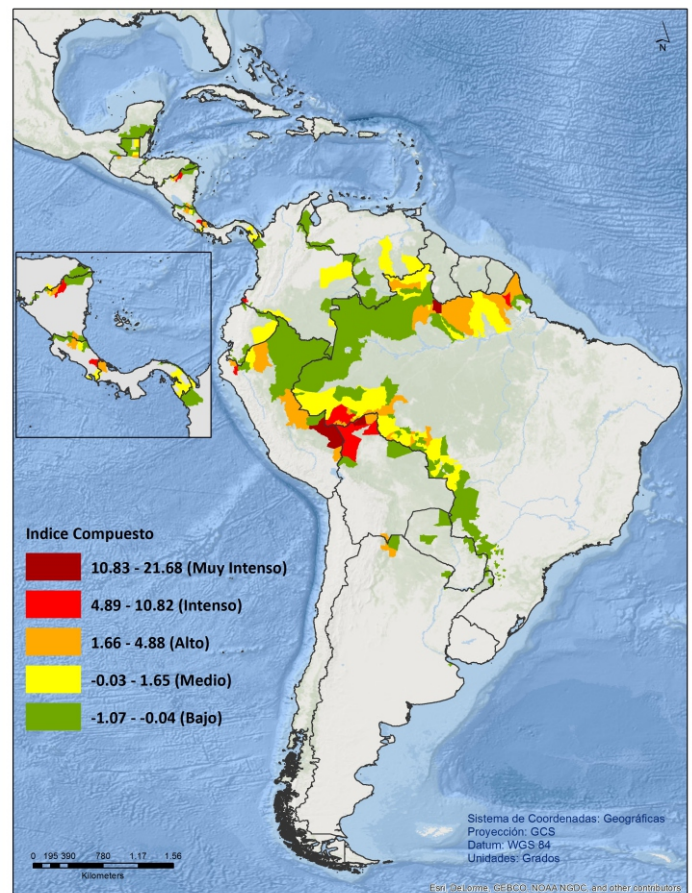


Figura 4. Estratificación de riesgo de leishmaniasis cutánea y mucosa en las zonas de fronteras, por segundo nivel administrativo subnacional, Américas, 2015.

* ICL: Índice compuesto de leishmaniasis cutánea, representado por casos, incidencia y la densidad de casos.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Datos disponibles en el 20 de febrero 2017.

La forma clínica de la enfermedad ha sido reportada en 45.239 (98,2%) casos, y 1.038 casos clínicamente caracterizados como formas cutáneas atípicas fueron reportados en Honduras (94,6%), Nicaragua (3,5%) y El Salvador (1,9 %). Se informó en la Región un total de 1.942 (4,21%) casos de la forma mucosa/mucocutánea, considerada la forma clínica más grave, porque si no se diagnostica y se trata tempranamente puede producir complicaciones clínicas, discapacidades y mutilaciones. Los países que reportaron el 85,9% de los casos registrados fueron: Brasil (1.071), Perú (362) y Bolivia (236); sin embargo, Paraguay registró la mayor proporción de casos de la forma mucosa (27,8%), como se muestra en la **Figura 5**.

Según los datos reportados en el SisLeish, la variable sexo está disponibles en 99,9% (46.076) de los casos; 69% (31.779) de los casos correspondieron al sexo masculino. En cuanto a la edad, en el 99,4% de los casos, esta información está disponible, y los niños menores de 10 años aportaron el 12,7% (5.970) de los registros. Sin embargo, en algunos países como Panamá (43,1%), El Salvador (35%), Nicaragua (32,2%) y

Costa Rica (31,7%) este porcentaje es superior al 30% de los casos (**Figura 6**). La ocurrencia de casos de leishmaniasis cutánea en este grupo de edad se debe investigar, ya que las acciones preventivas y de control se pueden realizar, cuando se comprueba la transmisión en el peri o en el intradomicilio.

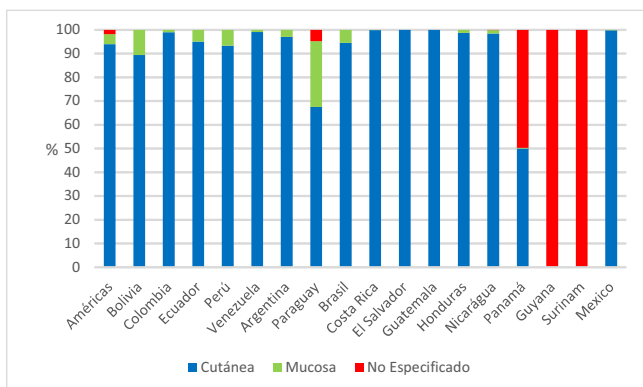


Figura 5. Proporción de casos de leishmaniasis cutánea y mucosa según forma clínica y país, Américas, 2015.
Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia
Datos disponibles en el 20 de febrero 2017.

En 2015, el 83,2% (38.336) del total de casos confirmados de leishmaniasis cutánea y mucosa fueron confirmados por diagnóstico de laboratorio, lo que representa un leve aumento en comparación con la proporción de casos confirmados en laboratorio en 2014 (80,71%). En Costa Rica y Ecuador esta información es desconocida o no está disponible (**Figura 7**). La coinfección *Leishmania*/VIH ocurrió en 198 casos (0,43%) de diferentes formas cutáneas y mucosas, con 63 casos reportados en Colombia y los demás en Brasil. Se observó un aumento en el número de registros y en la proporción de casos coinfectados *Leishmania*/VIH en Colombia, de 1 caso (0,01%) en 2014 a 63 (0,84%) en 2015, mostrando una mejora en el sistema de información en el país.

Aproximadamente en la mitad de los casos se registra información sobre la evolución clínica: 23.106 (50.14%) casos evolucionaron a curación y 111 a muerte (**Figura 7**). Del total de muertes, 12 están asociadas con la leishmaniasis, debido a las posibles complicaciones o uso inapropiados de medicamentos específicos que tienen una alta toxicidad. En Colombia, Ecuador, Perú, Argentina, Costa Rica, Panamá y Guyana la información sobre la evolución no está disponible en SisLeish.

Leishmaniasis Visceral

La leishmaniasis visceral (LV) es la forma clínica más grave de la leishmaniasis debido a las frecuentes complicaciones y al potencial de progresar hacia la muerte, si no se trata. En las Américas, los casos humanos de LV están presentes en 12 países, pero el 96% de los casos son reportados en Brasil. A nivel regional la LV se clasifica en tres escenarios epidemiológicos: países con la transmisión en expansión (Argentina, Brasil y Paraguay), países con transmisión estable o controlada (Colombia y Venezuela) y países con transmisión esporádica (Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Bolivia, Guyana y México). En 2015 se registraron los primeros casos autóctonos de la LV canina en el municipio de Salto en Uruguay, permaneciendo como área enzoótica.

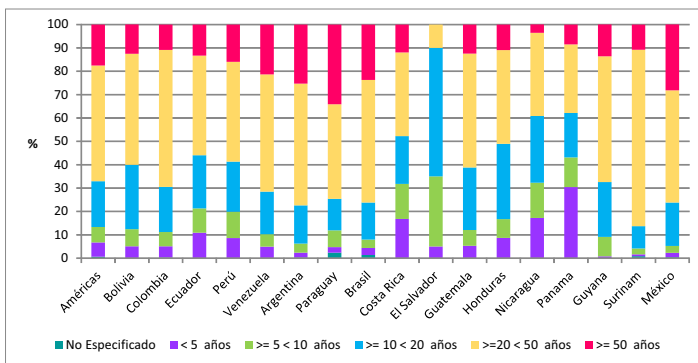


Figura 6. Proporción de casos de leishmaniasis cutánea y mucosa por edad y país, Américas, 2015.
Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia
Datos disponibles en el 20 de febrero 2017

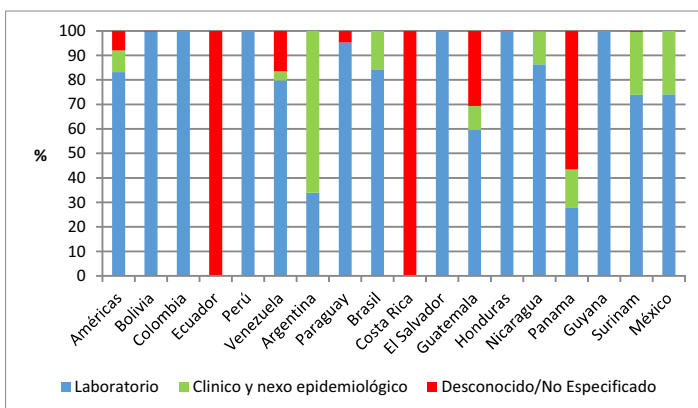


Figura 7. Proporción de casos de leishmaniasis cutánea y mucosa, según los criterios de confirmación, Américas, 2015.
Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Datos disponibles en el 20 de febrero 2017.

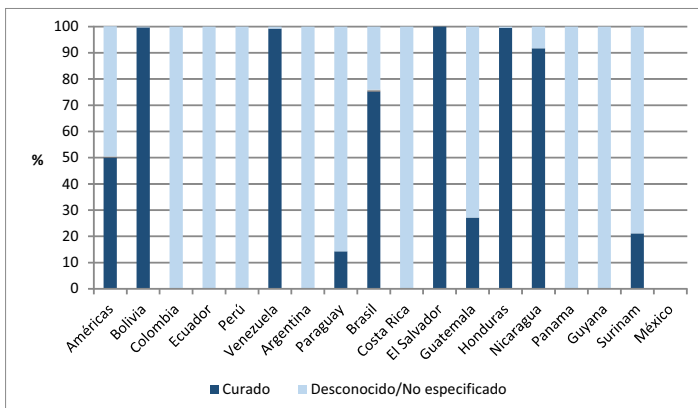


Figura 8. Proporción de casos de leishmaniasis cutánea y mucosa, según evolución, Américas, 2015.
Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Datos disponibles en el 20 de febrero 2017.

En el período 2001-2015 se reportaron 52.176 casos humanos de LV en las Américas. Se observa entre 2004 y 2011 una tendencia estable en el número de casos, con un promedio anual de 3.835 registros; sin embargo, en 2012 los casos se redujeron a 2.892. A partir de 2013, hay un aumento anual de casos (3.492), pero en una escala más pequeña de lo ocurrido en el período anterior (**Figura 9**).

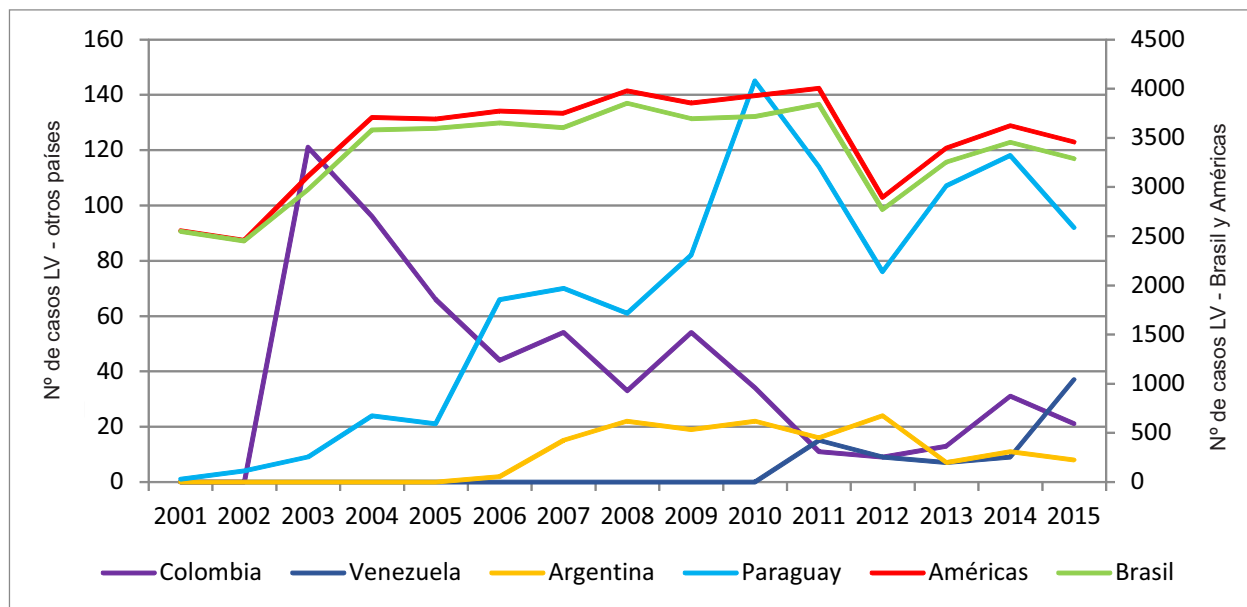


Figura 9. Casos de leishmaniasis visceral, en los países con el mayor número de casos, Américas, 2001 -2015.
Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Datos disponibles en el 20 de febrero 2017.

En 2015, se informaron en las Américas un total de 3.456 casos de leishmaniasis visceral, con una tasa de incidencia de 2,27 casos por 100.000 habitantes. Los casos se registraron en ocho países, divididos en 56 departamentos/estados y 928 municipios (1-113 casos). De los casos reportados, el 95,1% sigue ocurriendo en Brasil; sin embargo, en Venezuela y Honduras se observan respectivamente, aumentos de cuatro y tres veces más casos en 2015 en comparación con 2014 (**Tabla 2**).

Tabla 2. Número, Proporción de casos e Incidencia 1.2 de leishmaniasis visceral según países, Américas, 2012 -2015

Países	2012				2013				2014				2015			
	Nº casos	% casos	Incid. Pob Riesgo ¹	Incid. Génerele ²	Nº casos	% casos	Incid. Pob Riesgo ¹	Incid. Génerele ²	Nº casos	% casos	Incid. Pob Riesgo ¹	Incid. Génerele ²	Nº casos	% casos	Incid. Pob Riesgo ¹	Incid. Génerele 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	3,289	95.2	4.09	2.54
Paraguay	76	2.6	2.47	2.03	107	3.2	3.85	3.27	118	3.3	4.06	2.68	92	2.7	3.01	2.36
Venezuela	9	0.3	1.28	0.22	7	0.2	0.58	0.10	9	0.2	1.55	0.24	37	1.1	1.24	0.34
Colombia	9	0.3	2.34	0.36	13	0.4	2.65	0.29	31	0.9	3.3	0.41	21	0.6	7.04	0.63
Argentina	24	0.8	1.13	1.06	7	0.2	0.61	0.19	11	0.3	1.75	0.96	8	0.2	0.89	0.67
Honduras	0	0.0	0.0	0.0	3	0.1	1.21	0.67	2	0.1	3.12	0.31	6	0.2	2.4	0.34
El Salvador	0	0.0	0.0	0.0	1	0.05	2.74	0.90	0	0.0	0.0	0.0	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	2	0.1	1.9	1.9
México	4	0.1	0.57	0.21	4	0.1	0.59	0.22	0	0.0	0.0	0.0	1	0.0	4.3	0.1
Total	2892	100.0	4.25	2.15	3,396	100.0	4.17	2.40	3,624	100.0	5.07	2.42	3,456	100.0	5.07	2.42

1 Incidencia de 100,000 habitantes considerando la población de las zonas de transmisión de LV en los países y regiones.

2 Incidencia de 100,000 habitantes considerando la población total de los países con la transmisión de LV

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Datos disponibles en el 20 de febrero 2017.

A partir de 2012, año en que los datos regionales están disponibles en SisLeish, hubo 922 muertes causadas por la leishmaniasis visceral, alcanzando en 2015 el mayor número de muertes / año (268) y una mayor letalidad (7,7%) (**Figura 10**).

Del total de casos reportados, 64,64% (2.234) son del sexo masculino. Cuando se trata de la edad, el 35,1% (1.149) de los casos se produjo en el grupo de $\geq 20 < 50$ años, seguido por los grupos de niños menores de cinco años (31,9%), y de mayores de 50 años (14,7%) (**Figura 11**). En Colombia, Honduras y Venezuela los niños menores de cinco años son los más afectados con el 95,2%, 83,3 % y 59,5% de los casos, respectivamente.

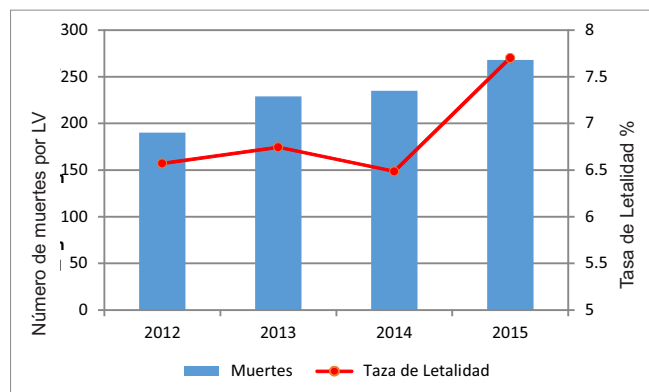


Figura 10. Número de muertes y letalidad de la leishmaniasis visceral, Américas, 2012-2015.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Datos disponibles en el 20 de febrero 2017.

Un total de 257 casos (7,4%) de coinfección de leishmaniasis visceral y VIH se informó en el mismo año, con 244 de ellos registrados en Brasil, 12 en Paraguay y un caso en Venezuela, lo que representa un aumento del 6% de los casos en comparación con 2014. En 2015 no se registró ningún caso con información desconocida o no especificada para el método de confirmación de laboratorio; el 85,8% (2.964) de los casos fueron diagnosticados mediante pruebas de laboratorio y el 14,2% (492) por criterio clínico y epidemiológico. La tasa de curación fue del 68,6% (2.372) y ocurrieron 268 muertes por leishmaniasis en Brasil (251), Venezuela (9) y Paraguay (8), con una letalidad del 7,6%, 24% y 8,7%, respectivamente, lo que representa un aumento de esta tasa para los tres países en comparación con el año anterior.

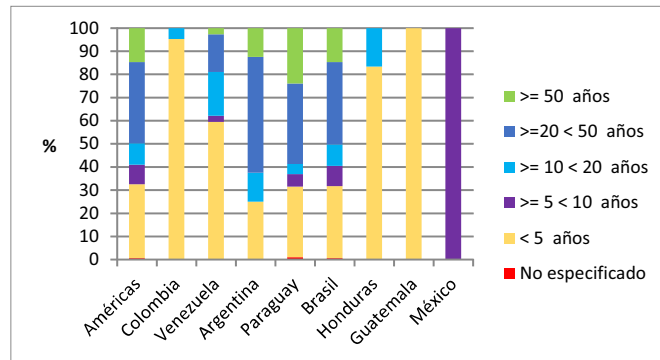


Figura 11. Proporción de casos de leishmaniasis visceral por grupos de edad y país, Américas, 2015.

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

Datos disponibles en el 20 de febrero 2017

La distribución espacial de la leishmaniasis visceral en la región muestra una amplia dispersión de los casos en las regiones Noreste, Sureste y Centro-Oeste de Brasil, con expansión de los casos a partir de la década de 2000 a la región oriental del Paraguay, donde alrededor del 50% de los casos se encuentran ubicados en el Departamento Central. Posteriormente, la LV se expandió a la región Noreste de Argentina, afectando principalmente a las provincias de Misiones, Corrientes y Entre Ríos (**Figuras 12 y 13**). Con el registro de los casos de LV en las ciudades de estas provincias de Argentina, que comparten fronteras con Río Grande do Sul y Uruguay, la transmisión autóctona de la leishmaniasis visceral se confirma en el Sur de Brasil y en el Noroeste y el Norte de Uruguay, donde en 2010 se registra la presencia de *Lutzomyia longipalpis* en Salto y Bella Unión, Departamento de Artigas. Desde entonces, el Programa Regional de Leishmaniasis OPS/OMS, con el apoyo de colaboradores de la Fiocruz-Brasil y el Instituto de Medicina Tropical de Argentina inician la capacitación de profesionales de la salud en Uruguay, para desarrollo de acciones de vigilancia epidemiológica, entomológica, de reservorios y control.

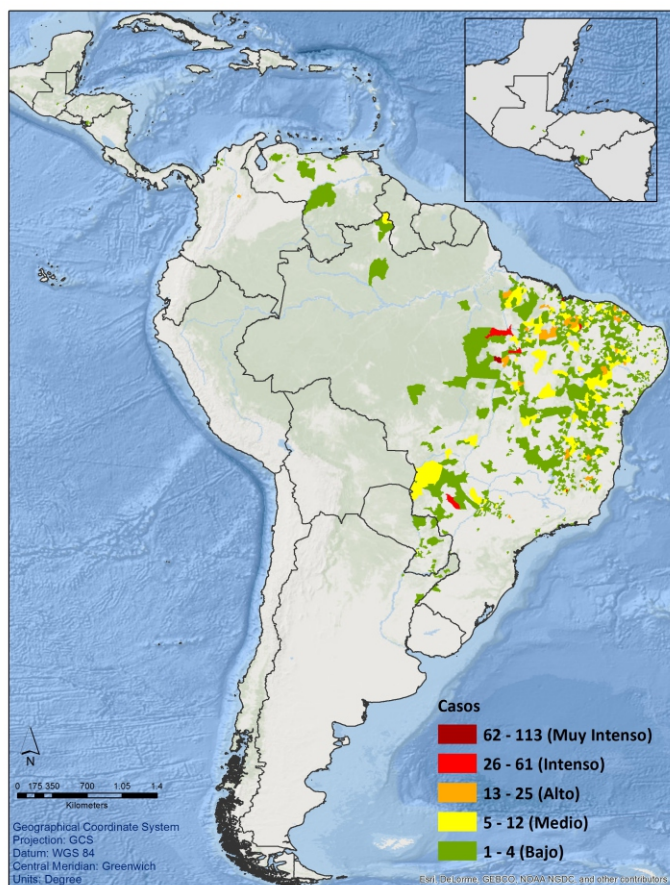


Figura 12. Casos de leishmaniasis visceral por segundo nivel administrativo, Américas, 2015.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Datos disponibles en el 20 de febrero 2017.

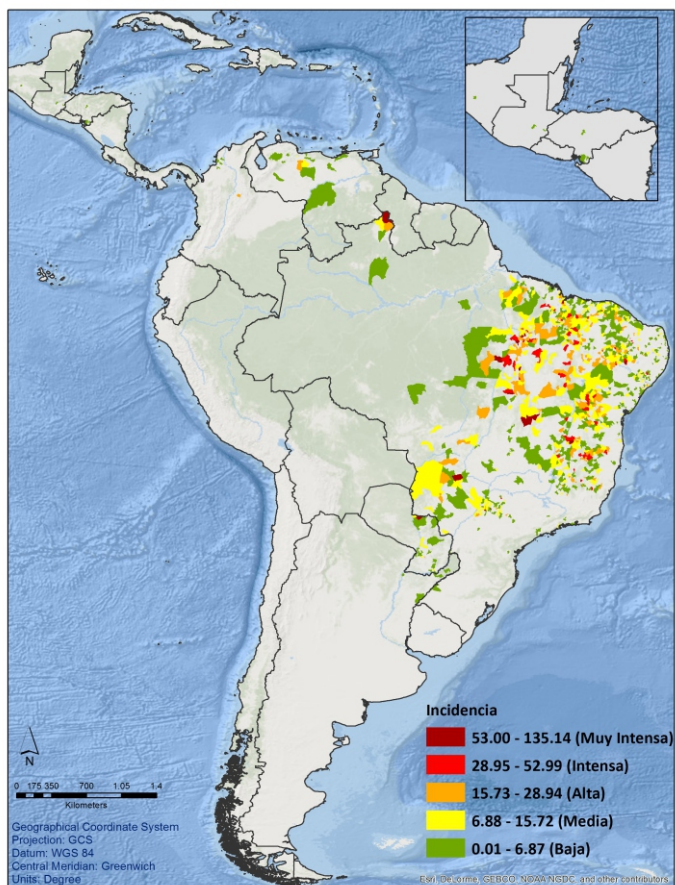


Figura 13. Incidencia de leishmaniasis visceral por segundo nivel administrativo, Américas, 2015.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Datos disponibles en el 20 de febrero 2017.

Además, fueron realizadas capacitaciones específicas para los médicos y también a otros profesionales para identificación y taxonomía de flebotómicos y recolección de muestras para diagnóstico serológico y parasitológico en los perros. Después de un trabajo de vigilancia realizado por los profesionales en los campos de la investigación y los servicios, en 2015 se confirman los primeros casos autóctonos de la LV canina (LVC) en Salto y, en el mismo año, el Ministerio de Salud reportó en el SisLeish 33 nuevos casos de LVC en Salto, sin registro de casos humanos.

Al analizar la densidad de los casos de LV desagregada al segundo nivel administrativo subnacional, se observan las mayores densidades de los casos en los estados del Noreste de Brasil, pero Paraguay es el único país de la región, además de Brasil, que tiene una alta densidad de casos en el Departamento Central, que incluye la capital y los municipios de Gran Asunción (**Figura 14**).

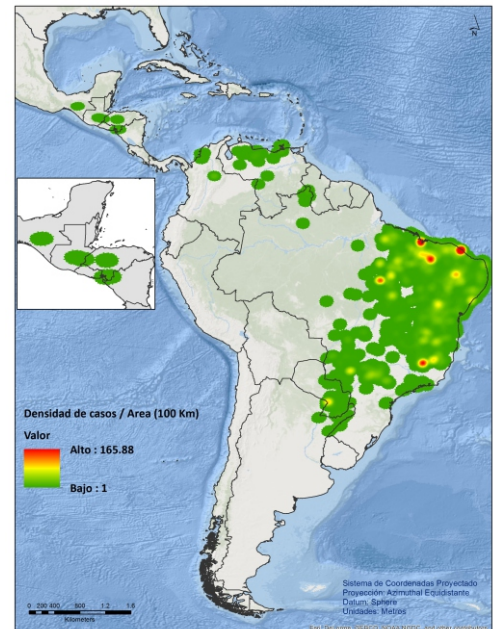


Figura 14. Densidad de los casos de leishmaniasis visceral por segundo nivel administrativo, Américas, 2015.
Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia
Datos disponibles en el 20 de febrero 2017.

Consideraciones finales

La reducción de la leishmaniasis cutánea en las Américas en 2015 se observó principalmente por la disminución en los casos en Colombia (65%), Costa Rica (54%) y Brasil (10%). Sin embargo, en algunos países como Argentina, Ecuador y Venezuela se observaron aumentos de 141%, 25% y 21% de los casos, respectivamente. Una serie temporal de LC en las Américas muestra una reducción continua de los casos en el período 2006 a 2011 en comparación con el período 2001-2005 (Maia-Elkhoury, 2016), reducción que sigue ocurriendo hasta el año 2015. Esta reducción de casos puede estar asociada con el cambio climático, como se ha observado durante los fenómenos climáticos de El Niño y La Niña, que influyen y cambian la frecuencia de casos de leishmaniasis. (Cárdenas, 2008; Chaves, 2006; Valderrama, 2010; Cárdenas, 2006).

El número de casos de leishmaniasis visceral se mantiene estable en la Región. Sin embargo, se ve una expansión geográfica en particular en los países del Cono Sur, donde en 2015 la LV canina se estableció en Uruguay en la frontera con Argentina y en 2016 en la frontera con Brasil. Otro punto importante se refiere al aumento de letalidad por leishmaniasis visceral en la Región, alcanzando en 2015 el mayor número de muertes/año (268) y la mayor tasa de letalidad (7,7%) en comparación con 2012, el año en que SisLeish fue implementado. A pesar de los esfuerzos ya realizados en capacitación, la disponibilidad de nuevas tecnologías, como el tratamiento y las pruebas rápidas para el diagnóstico de LV, disponibles para el público de Brasil, país que representan el 96% de los casos, nuevas estrategias y acciones específicas se deben tomar para que los profesionales de salud sospechen los casos tan pronto como sea posible y el diagnóstico se realice con rapidez y de manera oportuna, evitando complicaciones, gravedad y muerte.

Como se ha señalado en este informe, la ocurrencia de casos de leishmaniasis en las fronteras es un problema y un gran desafío para los Programas de Control. Sin embargo, un trabajo y esfuerzo conjunto entre los países endémicos y el Programa Regional de Leishmaniasis OPS/OMS puede facilitar y proporcionar el mejor y más rápido conocimiento de la enfermedad y por lo tanto la promoción y ejecución de acciones conjuntas.

En los últimos años el SisLeish se ha consolidado y muestra su importancia como una herramienta para la vigilancia de la leishmaniasis en las Américas. Sin embargo, aún está en fase de mejora para que los datos y la información puedan ser representados de forma más dinámica y estar disponibles de forma automática y detallada a sus usuarios, y también al público en general.

Como parte de este proceso y con el fin de consolidar y avanzar en las acciones para reducir la morbilidad y la mortalidad por leishmaniasis en las Américas se ha elaborado el “Plan de Acción de Leishmaniasis en las Américas 2017-2022” con objetivos regionales específicos a alcanzar en el 2022 que incluyen la reducción de la letalidad por leishmaniasis visceral en un 50% y la reducción de la proporción de casos de leishmaniasis cutánea en niños menores de 10 años en un 50%.

Lograr y avanzar técnica y políticamente en la implementación y mejora del Plan de Acción en los países, donde se necesita un esfuerzo concertado entre las autoridades nacionales, directivos y profesionales que trabajan en diferentes áreas interprogramáticas e intersectoriales para definir estrategias concretas y viables para lograr los objetivos propuestos en los países endémicos continúa siendo uno de los principales retos.

REFERENCIAS

Cárdenas R, Sandoval CM, Rodríguez-Morales AJ, Franco Paredes C. Impact of climate variability in the occurrence of leishmaniasis in Bolivia. *Am J Trop Med Hyg.* 2006; 75: 273±237.

Cárdenas R, Sandoval CM, Rodriguez-Morales AJ, Vivas P. Zoonoses and climate variability: the example of leishmaniasis in southern departments of Colombia. *Ann NY Acad Sci.* 2008; 1149: 326-330.

Chaves LF, Pascual M. Climate cycles and forecasts of cutaneous leishmaniasis, a nonstationary vector-borne disease. *PLoS Med.* 2006; 3:e295.

Maia-Elkhoury AN, Yadon ZE, Díaz MIS, Lucena FFA, Castellanos LG, Sanchez-Vazquez MJ. Exploring Spatial and Temporal Distribution of Cutaneous Leishmaniasis in the Americas, 2001–2011. *PLoS Negl Trop Dis.* 2016. 10(11):e0005086. doi: 10.1371/journal.pntd.0005086. eCollection 2016.

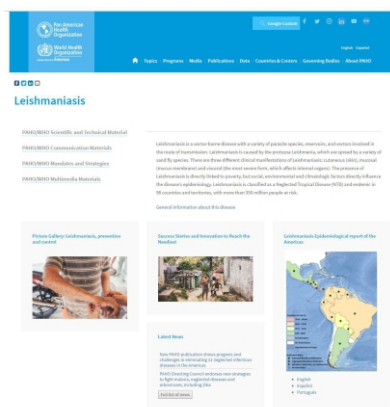
Valderrama-Ardila C, Alexander N, Ferro C, Cadena H, Marín D, Holford TR, et al. Environmental risk factors for the incidence of American cutaneous leishmaniasis in a sub-Andean zone of Colombia (Chaparral, Tolima). *Am J Trop Med Hyg.* 2010; 82: 243-250.

1-Elaboración: Ana Nilce Silveira Maia-Elkhoury, Samantha Yuri Oshiro Branco Valadas, Santiago Nicholls, Lia Puppim Buzanovsky, Manuel Jose Sanchez Vazquez.
Correspondencia: aelkhoury@paho.org

2-Agradecimientos: Para los profesionales de los Programas Nacionales de Leishmaniasis y de Vigilancia Epidemiológica de países endémicos que participan directa e indirectamente para el fortalecimiento de acciones de vigilancia y control de la leishmaniasis en las Américas.

Citar esta publicación: Organización Panamericana de la Salud: Leishmaniasis: Informe Epidemiológico en las Américas: Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Disponible em: www.paho.org/leishmaniasis

Organización Panamericana de la Salud <http://www.paho.org> © OPS/OMS, 2017



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