

Informe Epidemiológico de las Américas**Introducción**

Desde el 2012, inicio de la implementación del Sistema de Información Regional de las Leishmaniasis en la Américas (SisLeish), los países han realizado un gran esfuerzo para incluir los datos en el tiempo requerido, con fecha límite 30 de abril del año subsecuente. Uno de los indicadores de desempeño del Plan de Acción de Leishmaniasis en las Américas 2017-2022, es el número de países endémicos que reportan oportunamente los datos de leishmaniasis cutánea/mucosa y visceral a segundo nivel político administrativo en el SisLeish. En 2013, de los 17 países que reportan los datos a la OPS/OMS, el 29% incluyeron los datos hasta la fecha programada, el 18% hasta 3 meses después (30 de julio) y 53% 6 meses después (30 de octubre). Al largo de los años se ha verificado una importante mejoría en el ingreso de datos, cuando en el 2019 el 82% de los países cumplieron con el indicador, **Figura 1**.

Además de tener los datos oportunamente, de acuerdo con el flujo del sistema de vigilancia de cada país y del SisLeish, es muy importante seguir mejorando la calidad de los registros para que las informaciones sean cada vez más útiles y eficientes para la vigilancia. Todos los datos disponibles fueron incluidos por los países en el SisLeish y pueden ser revisados y actualizados, cuando sea necesario.

Este informe presenta un análisis de los datos de leishmaniasis de la Región para el 2018 e infográficos que detallan informaciones epidemiológicas y operacionales de las leishmaniasis cutánea y mucosa para todos los países endémicos y de leishmaniasis visceral para los países que registran el mayor número de casos: Brasil, Colombia, Paraguay y Venezuela. **En el mapa, haga un clic en cada uno de los países para acceder a los infográficos.**

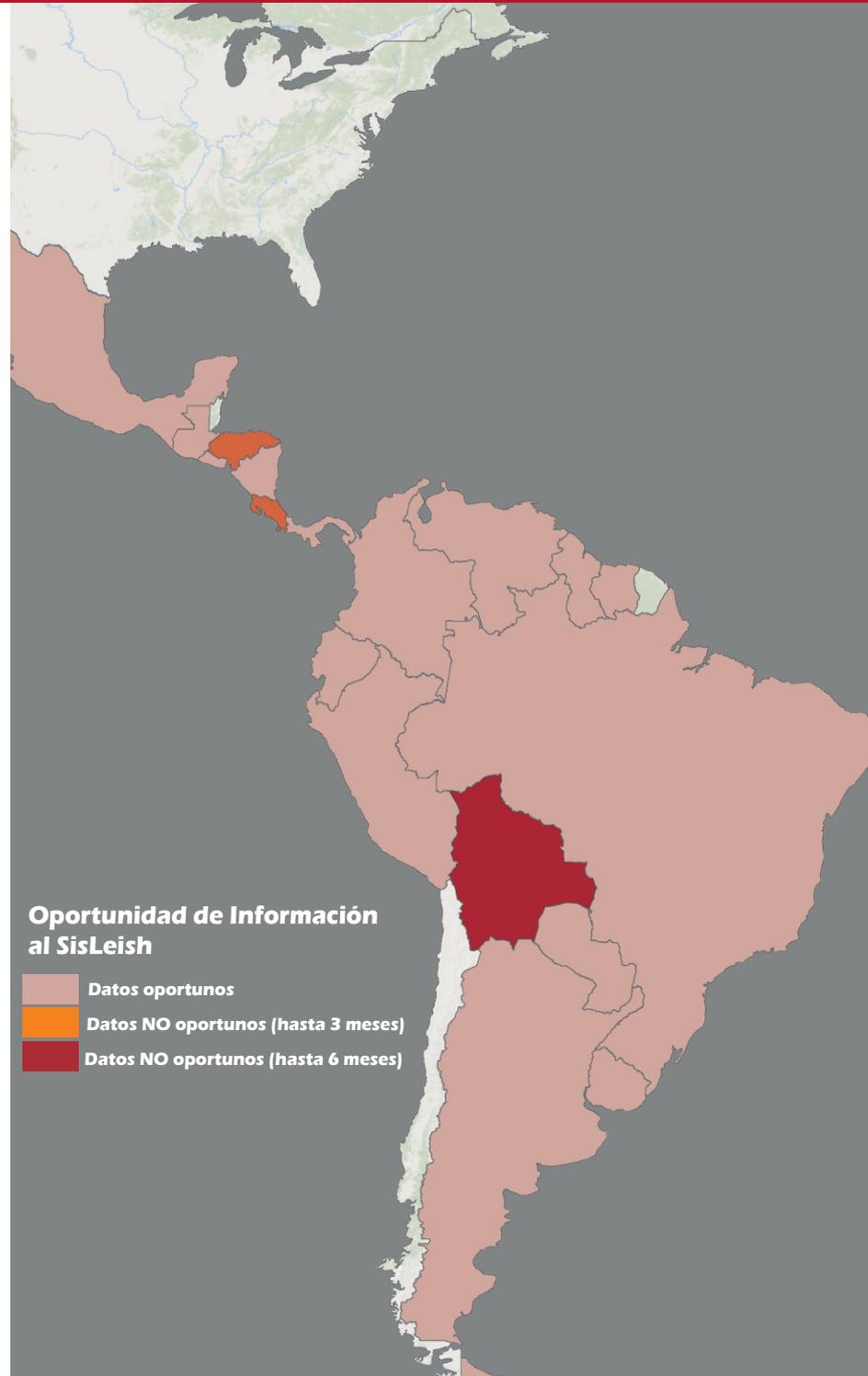


Figura 1. Oportunidad de la entrada de datos de leishmaniasis al Sistema de Información Regional – SisLeish, según países, Américas, 2018.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis / Servicios de Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

En las Américas, las leishmaniasis son enfermedades causadas por parásitos del género *Leishmania*. Alrededor de 15 especies producen formas clínicas que afectan la piel, las membranas mucosas y las vísceras, transmitidas a los seres humanos y a los animales vertebrados por insectos vectores del género *Lutzomyia*. En esta región, son enfermedades zoonóticas con diferentes patrones de transmisión, siendo el principal ciclo de la leishmaniasis cutánea el silvestre y de la leishmaniasis visceral el doméstico rural y doméstico urbano.

Las leishmaniasis presentan un complejo ciclo de transmisión haciendo que las acciones de vigilancia y control sean distintas para cada escenario epidemiológico. Los datos recogidos por el sistema de vigilancia epidemiológica de los países son fundamentales para generar la estratificación de riesgo y direccionar las actividades, que están detalladas por forma clínica y clasificación epidemiológica en el “**Manual de procedimientos para vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas**” publicado en 2019.

Situación epidemiológica

Leishmaniasis cutánea y mucosa

Al presente, 17 de los 18 países endémicos de las Américas (excepción de Guyana Francesa que sigue reportando los datos directamente a Francia) reportaron a la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), un total de 989.096 casos de leishmaniasis cutánea (LC) y mucosa (LM) en el período del 2001-2018, con un promedio anual de 54.950 casos y una tendencia decreciente (**Figura 2**).

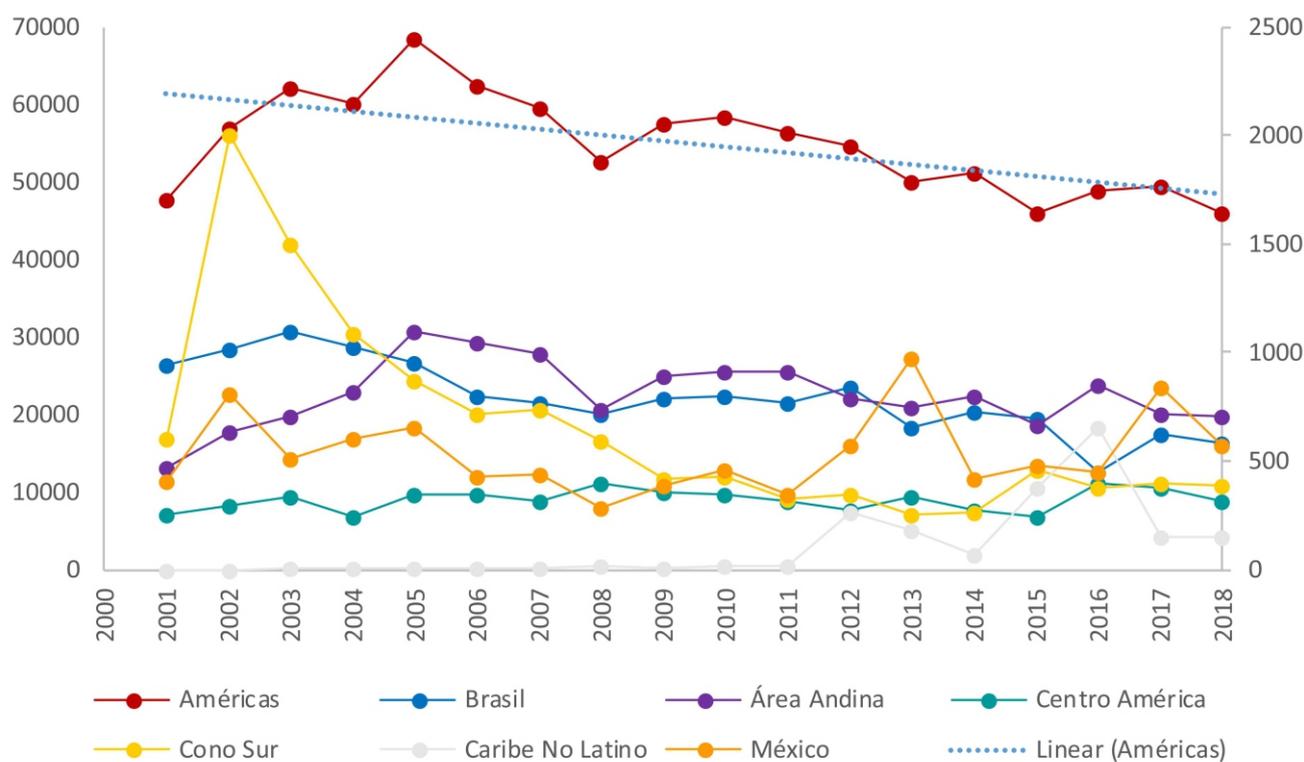


Figura 2. Número de casos de leishmaniasis cutánea y mucosa en la región y subregiones de las Américas, 2001-2018.

Nota -Américas, Brasil, Área Andina y Centro América en el eje izquierdo; Cono Sur, Caribe No Latino y México en el eje derecho.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

Se observa en ese período, que en el 2018 se reportó el menor número de casos nuevos en la Región (46.041), lo que se justifica por la reducción de casos en la mayoría de los países, con excepción de Bolivia, Venezuela, El Salvador, Guatemala y Guyana, que tuvieron aumentos de 37%, 12,3%, 13,6%, 34,7% y 28,5%, respectivamente.

Del total de casos del 2018, 84% fueron reportados por Brasil (16.432), Colombia (6.362), Perú (6.321), Nicaragua (3.722), Bolivia (3.127) y Venezuela (2.612). La tasa de incidencia de la Región fue de 18.91 casos por 100.000 habitantes, lo que representa una disminución de 15% con relación al año anterior (22.51/100.000 habitantes). Cuatro países tuvieron importante reducción en la tasa de incidencia en comparación al 2017: Ecuador, Costa Rica, México y Nicaragua, con una disminución de 54%, 48%, 45% y 41%, respectivamente. Por el contrario, cuatro países tuvieron un gran aumento de la tasa de incidencia: Guatemala (117%), Bolivia (85%), Paraguay (57%) y El Salvador (30%). **Tabla 1.**

Tabla 1. Número de casos de LC/LM y tasa de incidencia* en la región, subregiones y países de las Américas, 2001-2018.

Año	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
Local	Casos de LC Incidencia*													
Américas	54508	22.46	49960	19.81	51098	19.33	46082	18.35	48915	21.71	49961	22.51	46041	18.91
Área Andina	22109	27.60	20828	23.71	22336	24.19	18723	21.64	23713	36.55	20636	22.58	19659	19.15
Bolivia	1767	34.84	2016	26.83	1683	32.98	2231	30.14	2222	32.20	2283	29.45	3127	54.71
Colombia	9757	36.43	9353	37.52	11586	42.72	7541	33.61	10966	52.93	7764	29.41	6362	26.17
Ecuador	1512	382.66	873	9.35	1175	11.16	1479	14.89	1197	10.12	1632	22.59	1237	10.26
Perú	6969	25.14	6948	26.31	6231	21.49	5459	22.98	7271	28.59	6631	24.89	6321	25.63
Venezuela	2104	10.45	1638	8.34	1661	8.06	2013	8.75	2057	8.87	2326	11.26	2612	10.32
Cono Sur	350	3.74	252	2.93	263	1.78	462	4.2	377	5.15	398	7.31	387	6.39
Argentina	173	3.80	90	1.35	139	1.33	336	3.57	241	4.94	306	10.27	303	6.55
Paraguay	177	3.69	162	8.33	124	2.86	126	7.93	136	5.59	92	3.73	84	5.88
Brasil	23547	18.08	18226	14.08	20418	15.14	19395	15.29	12690	13.00	17528	17.71	16432	15.82
Centro América	7668	48.85	9501	51.30	7599	45.82	6650	35.97	11037	59.22	10404	48.86	8842	41.46
Costa Rica	1453	37.72	1950	50.08	2150	52.56	1171	29.98	1148	28.49	2224	51.68	1247	26.81
El Salvador	21	32.54	16	14.36	29	17.41	20	14.40	13	3.83	44	9.63	50	12.59
Guatemala	572	28.90	664	22.90	254	10.33	564	18.24	589	27.46	775	17.98	1044	39.17
Honduras	1927	46.45	2074	46.34	1936	47.44	2040	35.76	2666	43.91	1854	29.65	1636	31.22
Nicaragua	1884	64.97	3035	83.04	1649	62.05	1925	76.64	5423	197.20	4343	140.00	3722	82.14
Panamá	1811	65.83	1762	50.57	1581	50.53	930	29.68	1198	36.29	1164	40.60	1143	29.76
Caribe No-Latino	267	112.93	183	331.65	64	0.00	373	56.14	651	49.33	153	75.48	145	58.53
Guyana	7	2.96	4	20.56	64	0.00	132	23.82	396	87.82	21	22.11	27	21.51
Suriname	260	727.74	179	501.02	0	0.00	241	218.48	255	267.90	132	121.08	118	137.09
México	567	8.00	970	12.52	418	7.22	479	6.32	447	5.97	842	11.50	576	6.31

*Tasa de incidencia: casos por 100.000 habitantes.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

En el 2018 hubo un aumento de 10,5% del número de unidades del primer nivel político administrativo subnacional (departamentos, estados, regiones o provincias, de acuerdo con la división de cada país) y de 5% de unidades del segundo nivel administrativo (municipios, cantones, provincias, distritos, etc.) que reportaron casos, en comparación con el año anterior, indicando una expansión geográfica de la enfermedad. Mientras, en las fronteras los casos se mantuvieron similares al 2017, con un total de 20,6% (9.510) de los casos en 302 unidades administrativas de fronteras internacionales.

En las **Figuras 3 y 4**, se presenta el análisis regional de los datos de LC/LM, desagregados al segundo nivel administrativo subnacional según los casos e incidencia del 2018.

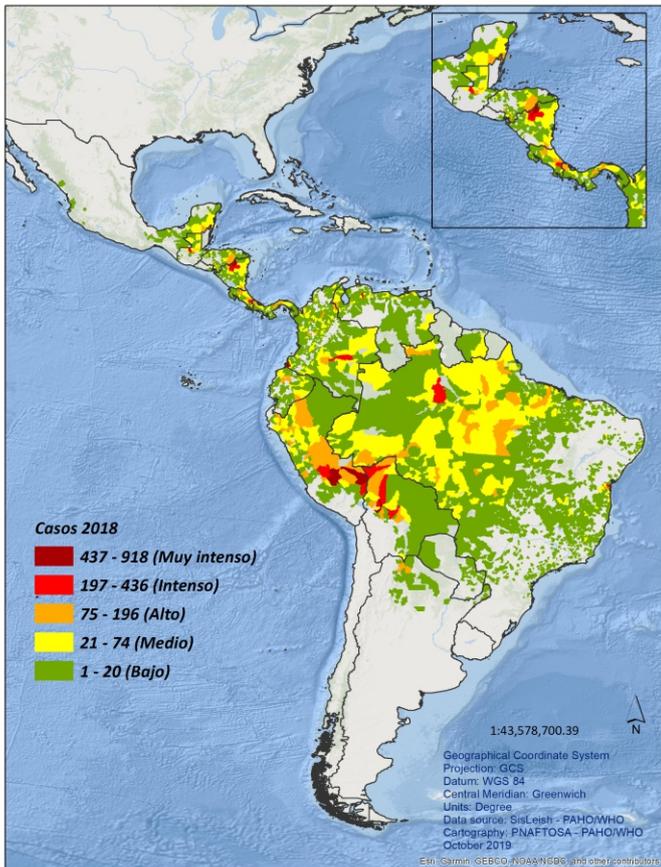


Figura 3. Casos de leishmaniasis cutánea/mucosa por segundo nivel administrativo, Américas, 2018.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

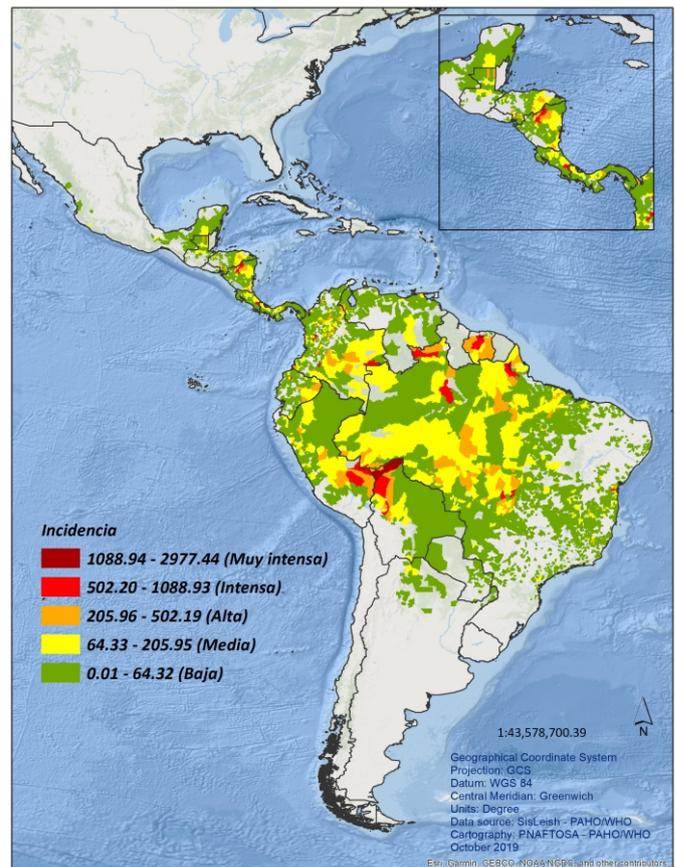


Figura 4. Incidencia de leishmaniasis cutánea/mucosa por 100.000 habitantes por segundo nivel, Américas, 2018.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

La **Figura 5** presenta el mapa del indicador compuesto trienio, que es utilizado para realizar la estratificación de riesgo utilizando los datos de los 3 últimos años (2016-2018), donde por orden decreciente La Convención, Tambopata (Perú); San Jose de Bocay, Cua, Waslala, Rancho Grande, Wiwili de Jinotega (Nicaragua); Sud Yunga (Bolivia); San Andres de Tumaco y Rovira (Colombia) son los 10 segundos niveles administrativos subnacionales que presentaron las mayores medias de casos de LC en el periodo de 2016-2018 con rango de 348 a 711.

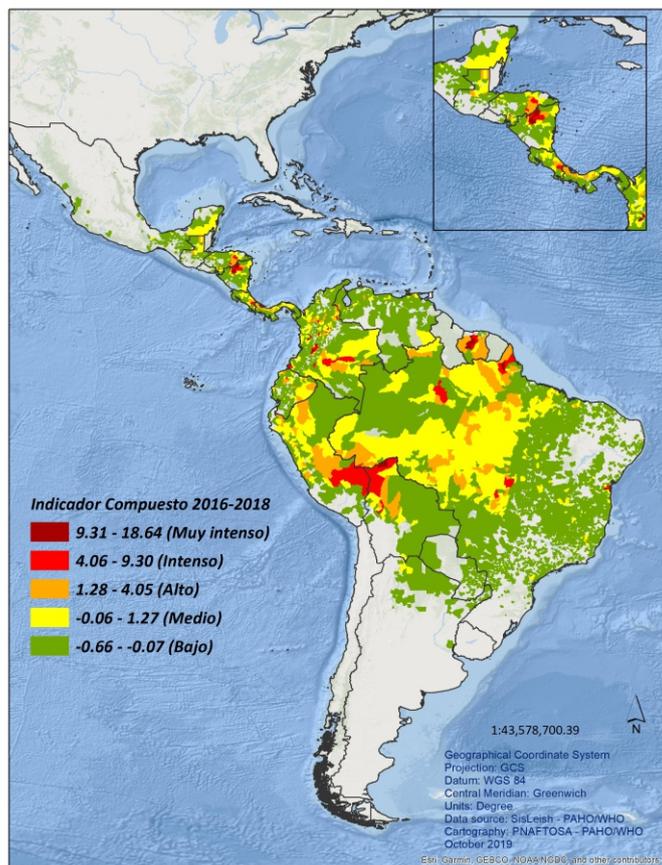


Figura 5. Indicador compuesto de leishmaniasis cutánea* estratificado por el riesgo de transmisión, por segundo nivel administrativo subnacional, Américas, 2016-2018.**

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

*ICLC: Índice compuesto de leishmaniasis cutánea, representado por media de casos y de incidencia de casos/100.000 habitantes del trienio 2016-2018.

** Guyana no está representada debido que la división político-administrativa es sólo para el primer nivel administrativo subnacional (Regiones).

Del total de casos reportados al SisLeish, en 99,7% (45.897) la información del sexo está disponible, donde 70% (32.049) de los casos fueron en el sexo masculino; sin embargo, cuatro países presentaron más de 40% de los casos en mujeres (Costa Rica, El Salvador, Honduras y Nicaragua).

Para la variable edad, 99,3% (45.726) de los casos reportados fueron clasificados de acuerdo con el grupo de edad, donde el grupo de niños menores de 10 años representaron 12,7% (5.846) del total, lo que indica una mejora de este indicador en varios países y en la región, que en el 2017 fue de 14,40%; 10 países obtuvieron una disminución de los casos en este grupo de edad (Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica,

El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Perú y Surinam). Además, aún se observan países con proporciones mayores del 10% (10 – 20%: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Perú y Venezuela; 20-30%: Costa Rica, Honduras y Nicaragua; > 30%: El Salvador y Panamá) (**Figuras 6 y 7**).

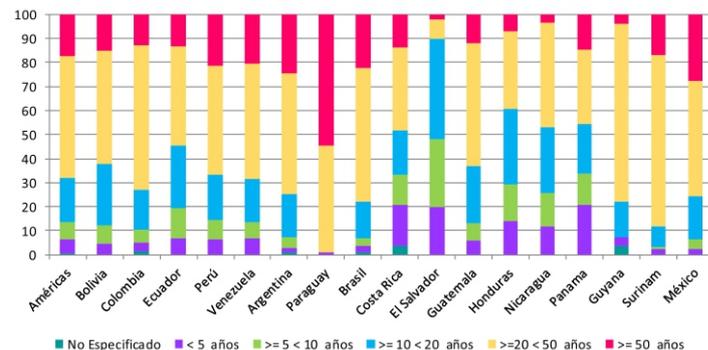


Figura 6. Proporción de casos de leishmaniasis cutánea y mucosa por grupo de edad y país, Américas, 2018.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

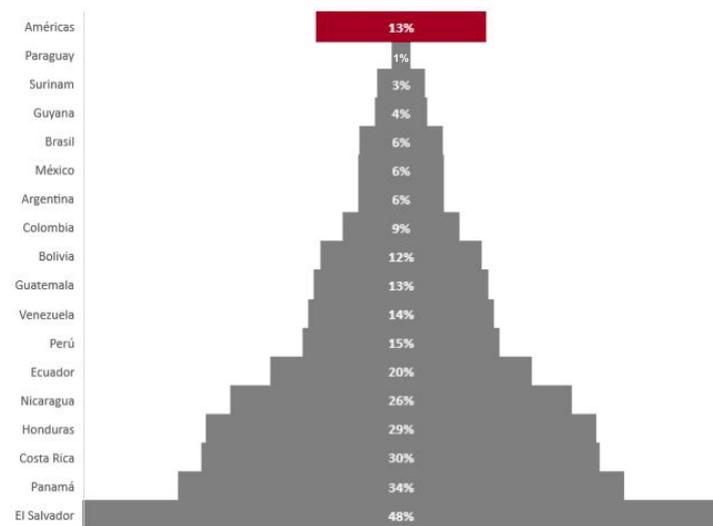


Figura 7 Proporción de casos de leishmaniasis cutánea y mucosa en menores de 10 años, Américas, 2018.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

Diferentemente del patrón de transmisión selvático, el más importante para la leishmaniasis cutánea, el ciclo de transmisión para la forma cutánea atípica es doméstico, donde la transmisión ocurre en el intra y/o peridomicilio. Para los países que poseen esta forma clínica, es fundamental diferenciar las áreas de transmisión de las formas ulceradas y no ulceradas para realizar en separado análisis epidemiológicos y direccionar acciones específicas. De la misma forma, es importante realizar un monitoreo sistemático e investigación epidemiológica y entomológica de los focos de transmisión con proporción de casos mayor de 10% en menores de 10 años y mayor que 40% de casos en mujeres, para que, a través de la caracterización de la transmisión, sea posible indicar e implementar en las dos situaciones las posibles medidas de prevención, vigilancia y control, cuando indicadas.

Para a la forma clínica, 96,4% (44.383) de los registros informaron esta variable, lo que indica una discreta disminución del registro de esta variable en

relación con el 2017. Del total, 4,22% (1.942) de los casos reportaron la forma mucosa/mucocutánea (LM), representando un aumento de 11% en relación con el año anterior. Sin embargo, la proporción de casos se ha mantenido estable en la región en los últimos años (3,78% - 4,22%). Bolivia (428), Brasil (800) y Perú (417) son responsables por 84,1% de los casos de LM en las Américas, aunque Paraguay aún presenta una disminución en el número total de casos, sigue con la mayor proporción de casos de LM (61,9%). En el 2018, 812 casos de leishmaniasis cutánea atípica (LCA) fueron reportados por Honduras (702), Nicaragua (60) y El Salvador (50). El reporte de la forma clínica de leishmaniasis sigue indisponible en Surinam, mientras que en Guyana tubo una mejoría de esa información en 60% de los casos, así como en Panamá con 90%. Por otro lado, en Costa Rica, que en el 2017 reportó esta variable en todos los casos, se presentó indisponible en 100% de los registros en el 2018, **Figura 8**.

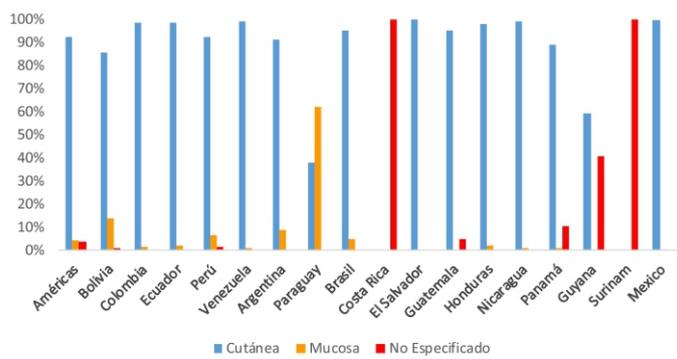


Figura 8. Proporción de casos de leishmaniasis cutánea y mucosa según forma clínica y país, Américas, 2018.
Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

De acuerdo con los datos disponibles en el sistema de información regional, para el criterio de diagnóstico, en el 2018, 83,6% (38.511) de los casos fueron diagnosticados por laboratorio, 9,96% (4.587) por criterio clínico y nexa epidemiológico y en 6,39% (2.942) esta información no fue especificada. En Costa Rica y Guatemala 100% de esta información no estaba disponible, así como en 21,2% de los casos en Venezuela. (**Figura 9**).

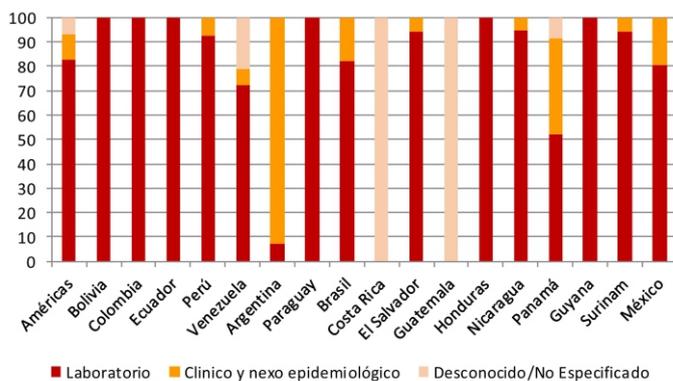


Figura 9. Proporción de casos de leishmaniasis cutánea y mucosa según criterio de confirmación del diagnóstico y país, Américas, 2018.
Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

En los últimos años se observa un aumento en la proporción de casos de coinfección de LC/LM y VIH, donde en el 2018 se registró el mayor número (278) de coinfectados representando un aumento de 29% en la proporción comparado con el 2017, **Figura 10**. Siete países registraron casos de coinfección en el 2018: Bolivia (7), Colombia (57), Perú (11), Brasil (168), Guyana (1), Nicaragua (1) y México (2). Este aumento posiblemente representa una mejora de la vigilancia y asistencia a los pacientes.

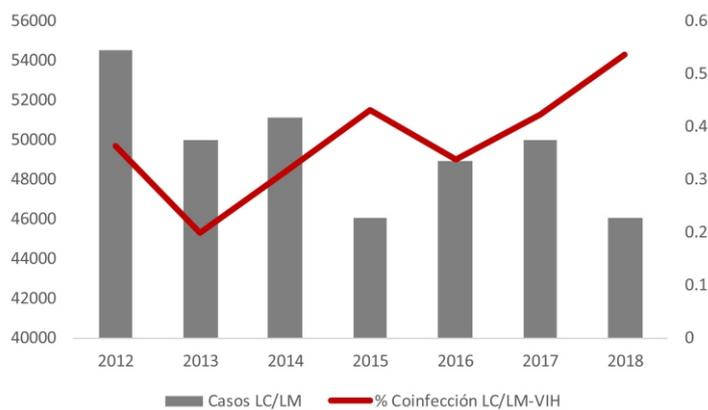


Figura 10. Casos de leishmaniasis cutánea y mucosa y proporción de coinfectados con VIH, Américas, 2018.
Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

Con relación a la evolución de los casos, en 4 países (Argentina, Colombia, Costa Rica y Panamá), esta información no estaba disponible. El 65% (30.381) de los casos evolucionaron para cura, representando una mejoría de la información comparada con el año anterior (49,10%). Hubo 89 muertes, siendo 11 asociadas a la LC/LM y 78 a otras causas, (**Figura 11**). De las muertes ocurridas por LC/LM, 81,8% fueron en pacientes mayores de 50 años, los cuales pueden estar asociados a las posibles complicaciones causadas por el uso del medicamento y enfermedades de base.

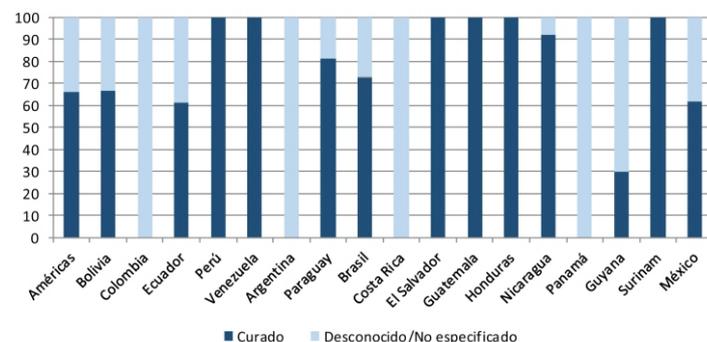


Figura 11 Proporción de casos de leishmaniasis cutánea y mucosa según evolución y país, Américas, 2018.
Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

Leishmaniasis visceral

La Leishmaniasis visceral (LV) es la forma más grave de las leishmaniasis, pudiendo ser fatal en casos no diagnosticados y tratados adecuadamente. Es endémica en 12 países de las Américas, donde se han registrado 63.331 casos nuevos del 2001 al 2018, con un promedio de 3.518 casos por año, **Figura 12**. En el 2018, del total de casos, 97% (3.466) fueron reportados por Brasil, y los demás casos por Argentina, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Venezuela y Uruguay.

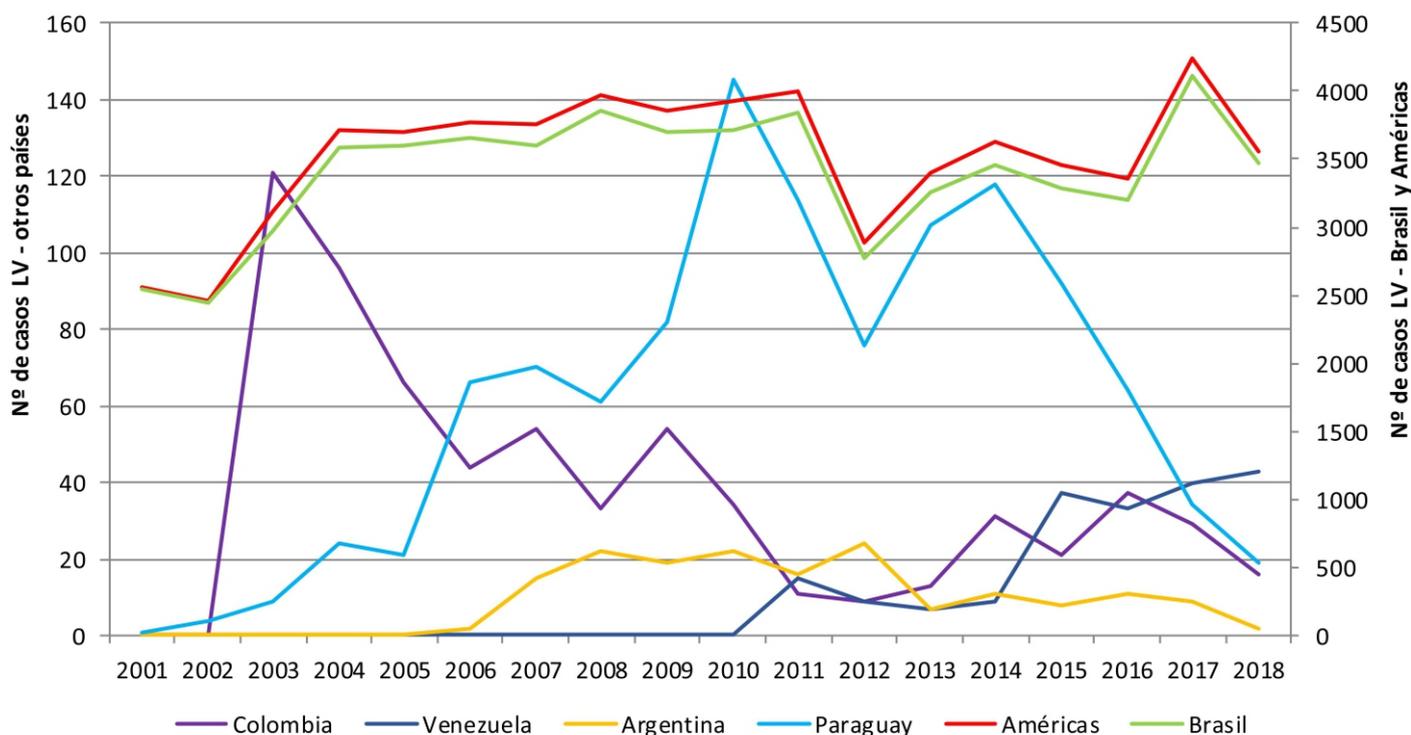


Figura 12. Casos de leishmaniasis visceral, en los países con el mayor número de casos, Américas, 2001-2018.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

De acuerdo con los escenarios epidemiológicos, Colombia y Venezuela siguen con transmisión estable o controlable, aunque es posible ver un incremento de los casos en Venezuela desde el 2013. En Argentina y Paraguay, a pesar de la reducción de casos, la LV se sigue expandiendo para áreas anteriormente sin transmisión. Los países centroamericanos actualmente clasificados como de transmisión esporádica, como por ejemplo Honduras y Guatemala, siguen con transmisión activa a lo largo de los años con tendencia a incremento en el número de casos. En el 2018 se registró el primero caso humano de LV en Uruguay, cambiando la clasificación del país para transmisión esporádica, **Tabla 2**.

Tabla 2. Número de casos e incidencia* de leishmaniasis visceral según países, Américas, 2012-2018.

Local	Año 2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Casos	Incid.	Casos	Incid.	Casos	Incid.	Casos	Incid.	Casos	Incid.	Casos	Incid.	Casos	Incid.
Américas	2892	4.26	3396	4.2	3624	5.06	3448	3.86	3354	4.44	4239	5.23	3562	4.80
Colombia	9	2.34	13	2.65	31	3.3	21	7.04	37	3.54	29	3.44	16	2.65
Venezuela	9	1.28	7	0.58	9	1.55	37	1.24	33	1.03	40	1.33	43	1.64
El Salvador	-	-	1	2.74	-	-	-	-	-	-	2	4.4	3	1.16
Guatemala	-	-	1	2.58	-	-	2	1.89	2	2.2	2	5.63	4	2.64
Honduras	-	-	3	1.21	2	3.12	6	2.4	7	2.25	8	2.48	8	8.35
Brasil	2770	4.54	3253	4.35	3453	5.21	3289	4.09	3200	4.88	4114	5.23	3466	5.05
Argentina	24	1.13	7	0.61	11	1.75	-	0.89	11	0.72	9	1.07	2	0.49
Paraguay	76	2.47	107	3.85	118	4.06	92	3.01	64	2.42	34	2.1	19	1.47
Uruguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.75
México	4	0.57	4	0.59	-	-	1	4.28	-	-	1	5.36	0	0

*Tasa de incidencia = número de casos para cada 100.000 habitantes por área de transmisión.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

En 2018 fueron registrados 3.562 casos nuevos de LV, presentando una disminución de cerca de 16% de los casos reportados en las Américas en comparación al 2017. La reducción ocurrió en Brasil, Colombia, Argentina y Paraguay, mientras El Salvador, Guatemala y Venezuela tuvieron un incremento en los casos de LV. Los casos fueron registrados en 9 países, distribuidos en 48 unidades del primer nivel administrativo subnacional y 974 unidades del segundo nivel, **Tabla 2 y Figura 13**.

La incidencia de LV en las Américas fue de 4,8 y 0,62 casos por 100.000 habitantes, considerando la población de áreas de transmisión y población total de los países con ocurrencia de casos de LV, respectivamente. Todos los países presentaron una reducción de la tasa de incidencia, con excepción de Honduras que tuvo un gran aumento en comparación con el año anterior, **Tabla 2 y Figura 14**.

En la **Figura 15** se presenta la estratificación de riesgo para LV en las Américas para los segundos niveles administrativos subnacionales de acuerdo con el Indicador compuesto trienio 2016-2018. Para este período la LV ocurrió en 1.604 municipios, siendo que un total de 7 unidades del segundo nivel fueron clasificadas como de muy intensa transmisión, 29 como de intensa transmisión, 122 de transmisión alta, 307 de transmisión moderada y 1.139 como de baja transmisión. De las 158 unidades de muy intensa, intensa y alta transmisión solamente una es de Colombia y 157 de Brasil. De las 307 de transmisión moderada, cuatro son de Venezuela, Paraguay, Colombia y Honduras y las demás de Brasil.

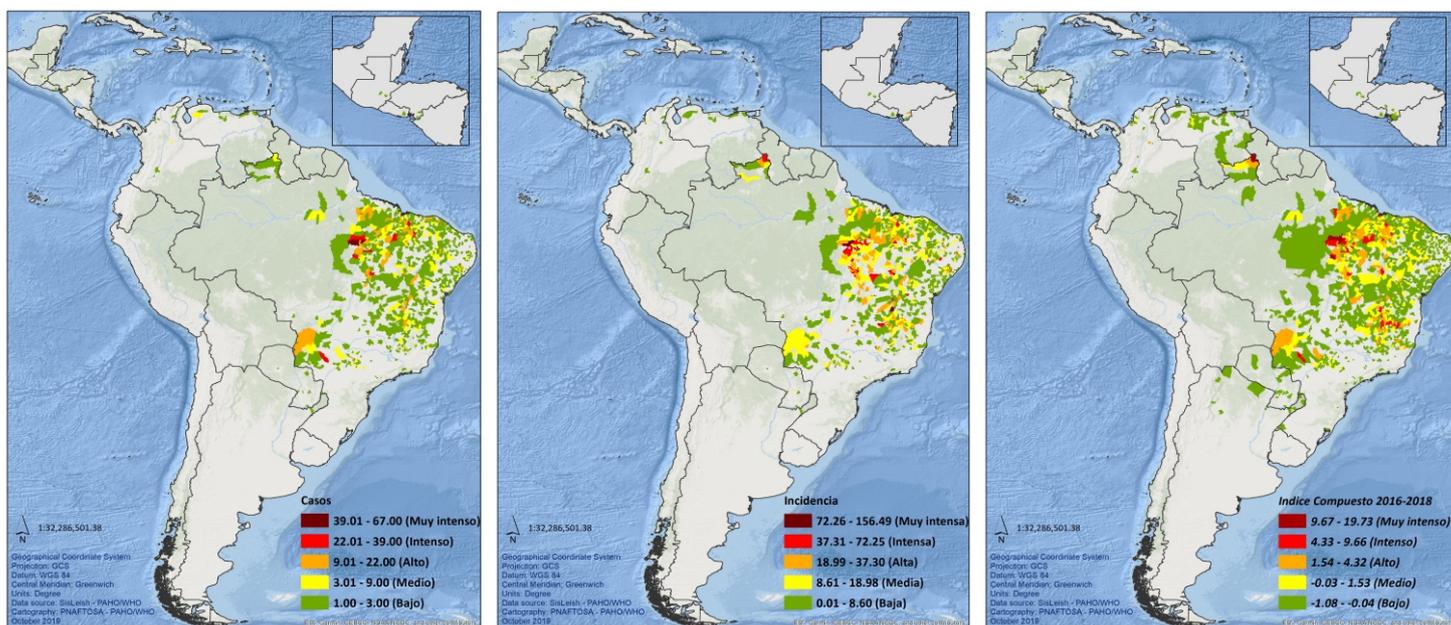


Figura 13. Casos de leishmaniasis visceral por segundo nivel administrativo subnacional, Américas, 2018.

Figura 14. Incidencia de leishmaniasis visceral por 100.000 habitantes por segundo nivel administrativo subnacional, Américas, 2018.

Figura 15. Estratificación de riesgo de leishmaniasis visceral según el Indicador compuesto * por segundo nivel administrativo subnacional, Américas, 2016-2018.

*ICLV: Índice compuesto de leishmaniasis visceral, representado por media de casos y de incidencia de casos/100.000 habitantes del trienio 2016-2018.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

En todos los casos reportados, las variables sexo y grupo de edad estaban disponibles; 67% (2.385) fueron del sexo masculino y el grupo más afectado fueron los menores de 5 años (31,86%), seguido de los $\geq 20 < 50$ años (31,44%) y de mayores de 50 años (16,79%). En el 2018, 100% de los casos en Honduras, Guatemala y Uruguay ocurrieron en menores de 5 años, seguido por Colombia (75%), Venezuela (74,4%), El Salvador (66,7%), Argentina (50%), Brasil (31%) y Paraguay (21%), **Figura 16**.

En el 2018 fueron reportados 250 casos (7%) de coinfección LV-VIH, lo que representa una disminución de 12% en la proporción de coinfectados en relación con el 2017. De los casos reportados, 246

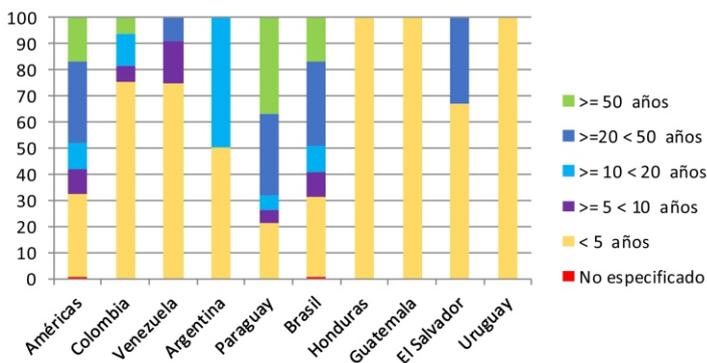


Figura 16. Proporción de casos de leishmaniasis visceral por grupos de edad y países, Américas, 2018.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

(98,4%) fueron registrados en Brasil y 4 (1,6%) en Paraguay. Aunque Brasil presentó el mayor número de casos, Paraguay presentó la mayor proporción de coinfección LV-VIH, con 21% de los casos.

Sobre el criterio de confirmación, 99,5% de los casos presentaron esta variable, donde 87,7% (3.123) fueron diagnosticados por laboratorio y 11,9% por criterio clínico-epidemiológico, manteniéndose estable en relación con el 2017. El 70,4% de los casos evolucionaron para cura, 8% fallecieron por la enfermedad, 2,7% por otras causas y en 18,9% esta información no estaba disponible en 100% de los casos de Colombia y 18,9% de Brasil, **Figura 17**.

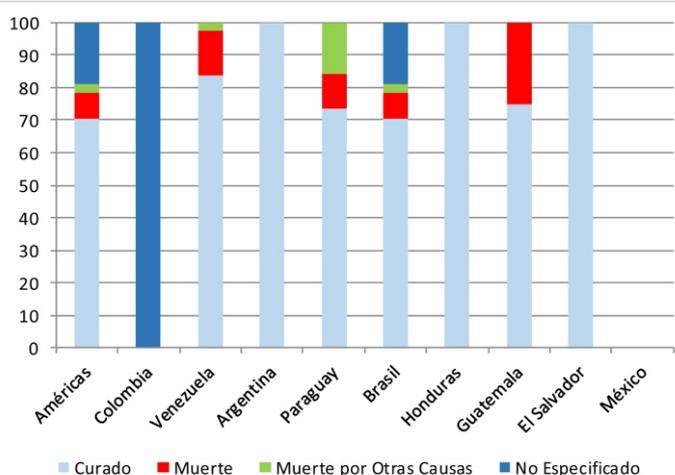


Figura 17. Proporción de casos de leishmaniasis visceral, por evolución y países, Américas, 2018.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

La tasa de letalidad en las Américas fue de 8%, representando un incremento de 6% con relación al 2017 y la mayor letalidad registrada en la Región desde el 2012, **Figura 18**.

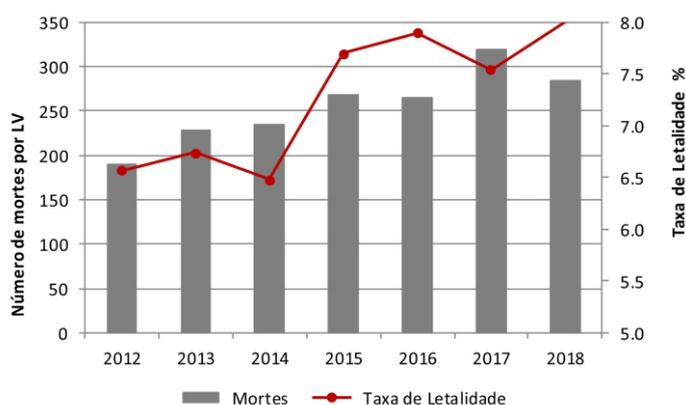


Figura 18. Número de muertes y letalidad por leishmaniasis visceral, Américas, 2012-2018.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

La **Figura 19** presenta los casos que fallecieron por LV según edad y sexo, destacando que para los menores de 20 años los sexos son similares, mientras que, a partir de los 20 años, a pesar de una aparente diferencia en el sexo masculino, esa diferencia no es estadísticamente significativa.

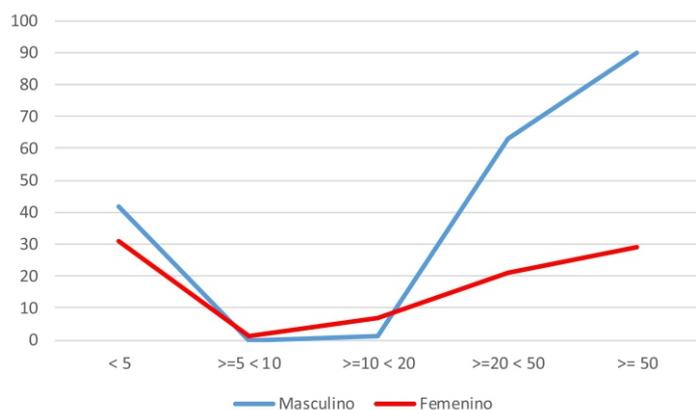


Figura 19. Muertes por leishmaniasis visceral según grupo de edad y sexo, Américas, 2018.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

La **Figura 20** presenta la distribución de casos de LV y LC según mes de ocurrencia. Argentina, Costa Rica, Honduras y Nicaragua no informaron esos datos al SisLeish, a pesar de eso, se verifica una mejora de la información cuando comparado al 2017. Las dos formas clínicas de las leishmaniasis ocurrieron en todos los meses del año, siendo el mayor pico en los primeros meses del año y se observa la reducción gradual del número de casos a lo largo de los meses.

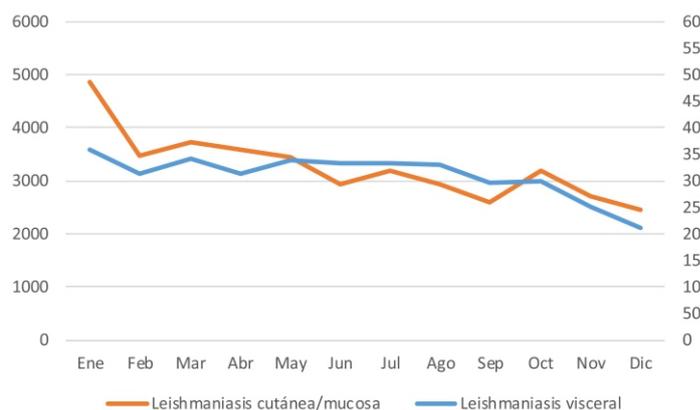


Figura 20 Distribución de casos de leishmaniasis cutánea y visceral según mes de ocurrencia, Américas, 2018.

Fuente: SisLeish-OPS/OMS: Datos reportados por los Programas Nacionales de Leishmaniasis/Vigilancia. Acceso en: Octubre, 2019.

Consideraciones Finales

La oportunidad y calidad de las informaciones reportadas en el sistema de información regional de las leishmaniasis en las Américas han mejorado en los últimos años. Sin embargo, aún persiste la necesidad y compromiso de algunos países en avanzar en la inclusión de datos referentes a asistencia, especies de parásitos y vectores, así como en la reducción del porcentaje de casos con información desconocida.

La serie histórica presentada muestra una tendencia en la reducción de casos de LC en la región. Sin embargo, en algunos países, por ejemplo Guatemala y Bolivia, ocurrió un aumento de casos, debido a mejor organización de los servicios para el diagnóstico y tratamiento.

La proporción de casos de LC en los menores de 10 años, una de las metas del Plan de Acción de Leishmaniasis, se sigue reduciendo desde el 2016, y en 2018 diez países contribuyeron para esa disminución. Otro indicador que sigue con una mejoría progresiva es la proporción de los casos que se curaron, que pasó de 40,8% en 2016 a 65% en 2018. Sin embargo, en algunos países como Colombia, Argentina, Costa Rica y Panamá, esta información no está disponible en 100% de los casos.

De las 89 muertes en pacientes con LC y LM reportadas en el SisLeish, 78 están registradas como debidas a otras causas no relacionadas con las leishmaniasis. Sin embargo, llama la atención que 79,4% (62) ocurrieron en personas mayores de 50 años que en general presentan comorbilidades de base. Considerando las posibles complicaciones que pueden ser causadas con el uso de los antileishmaniasícos, principalmente en ese grupo de edad, se sugiere que todas las muertes en pacientes con LC y LM sean investigadas y analizadas.

En 2018, los casos de LV disminuyeron 16% volviendo al número de registros anuales reportados en la región a partir del 2013. A pesar de la reducción de casos, la enfermedad sigue en expansión geográfica principalmente en los países del Cono Sur, destacando que Uruguay registró su primer caso humano a fines del 2018. Además, se observa una expansión en Honduras y El Salvador, donde se requiere una detallada investigación epidemiológica y entomológica para mejor caracterizar esas áreas de transmisión.

Se observó una reducción de 12% en la proporción de coinfección LV-VIH. Paraguay sigue siendo el país con la mayor proporción de coinfectados (21%). La letalidad por LV en las Américas sigue siendo un gran desafío y a pesar de la incorporación de nuevas herramientas de diagnóstico e inclusión de medicamentos más seguros, la tasa de letalidad en 2018 fue de 8%, alcanzando su mayor índice.

Un estudio realizado con análisis de 1.589 muertes por LV reportadas en el Sistema Nacional de Notificación de Brasil en el periodo del 2007 al 2014 muestra que la mediana de tiempo entre el inicio de los síntomas y la fecha de notificación (tStoN) para los casos de LV es de 25 días. En cuanto al tiempo de supervivencia, la mediana de tiempo entre la notificación del caso y la muerte (tNotD) es de 9 días. De hecho, para pacientes menores de 5 años la mediana de tStoN es de 17 días (IQR 8-31) y la mediana de tNotD es de 6 días (IQR 2-13). Este tiempo se hace 1,4 veces más rápido en individuos no infectados por el VIH que en las personas infectadas por el VIH, (Maia-Elkhoury et al, in press 2019). Esos datos refuerzan los hallazgos de Belo et al, 2014 y muestran la importancia de los Ministerios de Salud en definir una estrategia conjunta entre las áreas de vigilancia y servicios de salud para un mejor manejo de los casos de leishmaniasis visceral, tanto para el tratamiento específico de la enfermedad como de soporte, con el propósito de evitar las complicaciones causadas por las infecciones bacterianas y sangrados, principales factores de riesgo para muerte en pacientes con LV.

Referencias

Maia-Elkhoury ANS, Romero GAS, Valadas, SYOB, Sousa-Gomes ML, Lindoso JAL, Cupolillo E, Ruiz-Postigo JA, Argaw D, Sanchez-Vazquez M (in press). Premature deaths by visceral leishmaniasis in Brazil investigated through a cohort study: a challenging opportunity?. PLoS Negl Trop Dis. 2019.

Belo VS, Struchiner CJ, Barbosa DS, Nascimento BW, Horta MA, da Silva ES, et al. Risk factors for adverse prognosis and death in American visceral leishmaniasis: a meta-analysis. PLoS Negl Trop Dis. 2014 Jul 24; 8(7):e2982.

Elaboración: Ana Nilce Silveira Maia-Elkhoury¹, Samantha Yuri Oshiro Branco Valadas¹, Santiago Nicholls¹ y Lia Puppim Buzanovsky².

Correspondencia: aelkhoury@paho.org

¹Enfermedades Transmisibles y Determinantes de Salud Medioambientales/Enfermedades desatendidas, tropicales y transmitidas por vectores - OPS/OMS

²Centro Panamericano de Fiebre Aftosa y Salud Pública Veterinaria - OPS/OMS

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 de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019.

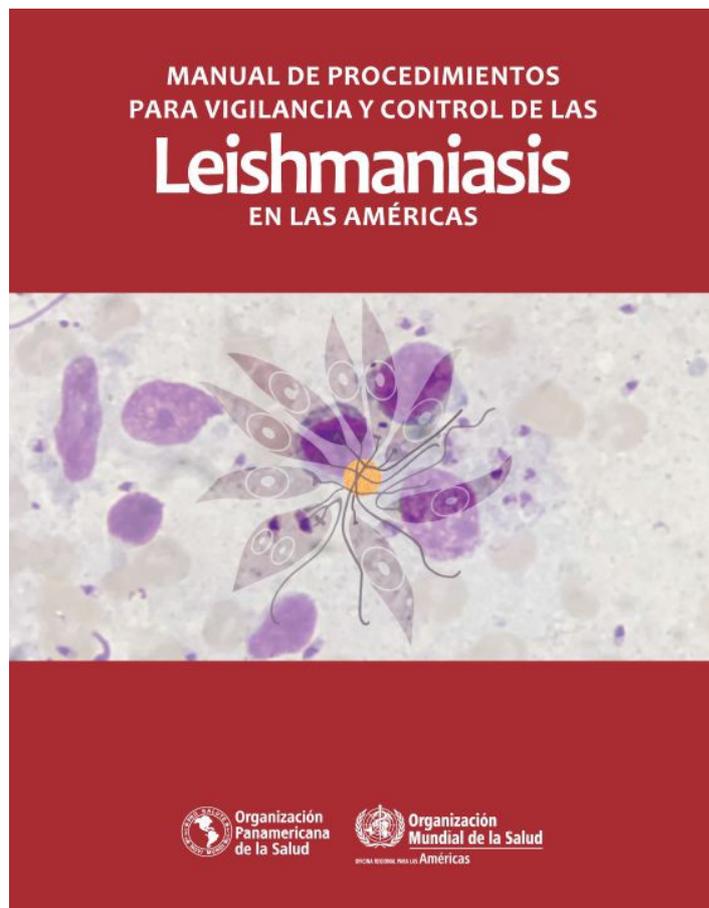
Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50505>

Organización Panamericana de la Salud <http://www.paho.org> © OPS/OMS, 2019.

«La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS presenta el Manual de procedimientos para vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas, que es un instrumento de apoyo a las áreas de gestión y de servicios que trabajan con leishmaniasis en los países de la región.»

«Con ella se quiere, a la vez, ampliar el conocimiento que se tiene respecto de la enfermedad, y construir una herramienta de trabajo para uso de los profesionales de la salud que deben lidiar con la enfermedad. Se quiere así apoyar a los Programas Nacionales de Control de Leishmaniasis y las Áreas de Vigilancia en sus procesos respectivos de estructuración de los servicios de salud y en la optimización y direccionamiento de las acciones pertinentes que llevan a cabo contra las leishmaniasis.»

Para acceder al Manual de Procedimientos [haga click aquí](#)



Leishmaniasis Tegumentaria en las Américas

Diagnóstico y tratamiento



Para realizar el curso virtual gratuito de diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis cutánea/mucosa acceder al enlace, [haga click aquí](#).

Leishmaniasis Visceral en las Américas - Diagnóstico y Tratamiento



Para realizar el curso virtual gratuito de diagnóstico y tratamiento de leishmaniasis visceral acceder al enlace, [haga click aquí](#).