

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 1 DE 17

**INFORME DEL EVENTO LEISHMANIASIS, HASTA EL PERIODO EPIDEMIOLÓGICO
TRECE , CALDAS , 2014**

Carmenza Osorio Gómez
Epidemióloga de Vigilancia en Salud Pública
 Mauricio Andrés Arias Hernández
 Apoyo Vigilancia Epidemiológica
Subdirección de Salud Pública
Dirección Territorial de Salud de Caldas

1 INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis es causada por un protozoo parásito del género *Leishmania*, transmitido por la picadura de flebótomos infectados, es una enfermedad, que afecta a las poblaciones más pobres del planeta, está asociada a la malnutrición, los desplazamientos de población, las malas condiciones de vivienda, la debilidad del sistema inmunitario y la falta de recursos. La leishmaniasis está vinculada a los cambios ambientales, como la deforestación, la construcción de presas, los sistemas de riego y la urbanización. (WHO 2015). (1).

La leishmaniasis es una enfermedad causada por especies del protozoo flagelado *Leishmania*, intracelular obligado del humano y otros mamíferos, que produce lesiones a niveles cutáneo, mucocutáneo y visceral. Se transmite a los humanos por la picadura de flebótomos hembra infectados. En América, el vector es el mosquito *Lutzomyia*, y en Europa, el género *Phlebotomus*. (2)

1.1 Comportamiento del evento a nivel mundial

La Leishmaniasis es una enfermedad prevalente en 98 países, 3 territorios y 5 continentes. Se estiman unos 1.3 millones de casos nuevos al año, aunque en realidad solamente se reporta la mitad. Unos 300,000 casos corresponden a la enfermedad visceral (90% en Bangladesh, Brasil, Etiopía, India, Nepal, Sudán del Sur y Sudán) y 1 millón a la forma cutánea (principalmente en Afganistán, Algeria, Brasil, Colombia, Irán, Pakistán, Perú, Arabia Saudita, Siria y Túnez) o a la mucocutánea (sobre todo en Brasil, Perú y Bolivia). (WHO. 2013). (2)

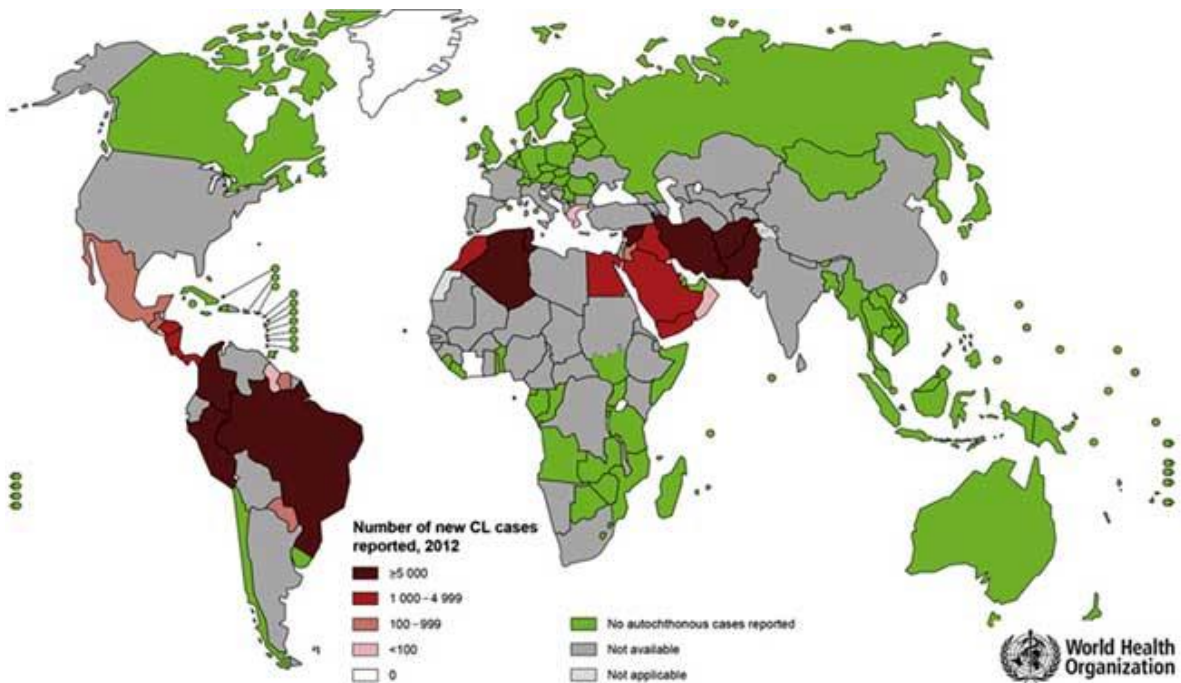
Aproximadamente un 95% de los casos de leishmaniasis cutánea se producen en las Américas, la cuenca del Mediterráneo, Oriente Medio y Asia Central. Más de dos terceras partes de los casos nuevos aparecen en seis países: Afganistán, Argelia, Brasil, Colombia,

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 2 DE 17

República Islámica del Irán y República Árabe Siria. Se calcula que cada año se producen en el mundo entre 0,7 y 1,3 millones de casos nuevos. (WHO 2015). (1).

Estudios recientes revelan que la leishmaniasis produce una carga de enfermedad de 2,35 millones de AVAD (años de vida perdidos ajustados por discapacidad), de los cuales 2,3% recaen en las Américas. Se estima que alrededor del 75% de los casos registrados de la leishmaniasis cutánea se concentran en 10 países, 4 de los cuales están en la región de las Américas (Brasil, Colombia, Perú y Nicaragua). Con respecto a la leishmaniasis visceral, el 90% de los casos se concentran en Brasil, Etiopía, India, Bangladesh, Sudán y Sudán del Sur. (OPS 2014). (3).

Mapa 1. Endemicidad Global de la leishmaniasis cutánea, año 2012



Fuente: World Health Organization Map Production: Control of neglected Tropical Diseases (NTD). WHO. 2012

Para el año 2012, tal como se observa en el mapa los países que tienen mayor endemicidad, para la leishmaniasis cutánea, con un reporte superior o igual a 5000 casos, son: Algeria, Irán, Afganistán, Turkmenistán y Siria en el viejo continente, mientras que para América los países con alta entre los países con mayor endemicidad están: Colombia, Brasil y Perú, con

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 3 DE 17

ello se evidencia que en nuestro país se requiere fortalecer las medidas actuales para enfrentar esta enfermedad que desde la OMS se menciona como una enfermedad tropical desatendida (WHO 2015). (1).

1.2 Comportamiento del evento en América

En la última actualización del tema, la OPS hace referencia que en la Región de las Américas, los casos de leishmaniasis se han registrado desde el sur de los Estados Unidos hasta el norte de Argentina, con la excepción de las islas del Caribe, Chile y Uruguay. Cada año, un promedio de 60.000 casos de leishmaniasis cutánea y mucosa y 4.000 casos de leishmaniasis visceral se diagnostican, con una tasa de letalidad del 7%. En el mundo, la coinfección de leishmania y vih ha aumentado la carga de la enfermedad debido a la mayor dificultad del tratamiento clínico. El diagnóstico de la enfermedad es esencial para establecer un tratamiento específico y para limitar el progreso de la enfermedad, aliviar los signos y síntomas, y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Si no se tratan, las formas mucosa y cutánea pueden causar deformidad y desfiguración, y la forma visceral puede ocasionar la muerte en más del 90% de los casos no tratados. (3)

1.3 Comportamiento del evento en Colombia comparado con Antioquia, Caldas, Quindío y Risaralda

Tabla 1. Tasa de incidencia de la leishmaniasis cutánea en Colombia, Antioquia, Caldas, Quindío y Risaralda, por 100,000 habitantes.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Colombia	13,4	7,4	28,0	31,7	17,4	20,1	18,07	23,33
Antioquia	13,2	4,3	33,9	34,5	29,9	32,2	31,76	41,72
Caldas	9,6	12,3	15,6	74,6	18,3	15,1	36,58	18,05
Quindío	1,7	1,8	7,3	6,7	3,6	1,1	0,54	1,78
Risaralda	20,6	9,3	12,6	36,0	10,5	9,2	28,90	32,11

Fuente: Sivigila, INS.

Se observa en el país, cómo la tasa de incidencia de leishmaniasis cutánea se ha incrementado en los últimos 6 años, acontecimiento que es coincidente con los departamentos de Antioquia, Caldas, Quindío y Risaralda, que se da en gran medida por factores como: cambio climático, introducción del hombre e zonas selváticas, deforestación y otras que se ampliarán en las conclusiones y discusiones.

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 4 DE 17

Tabla 2. Casos confirmados de leishmaniasis por departamento de procedencia. Colombia, a semana epidemiológica 53 de 2014

	Procedencia	L cutánea	L mucosa	Total	Frecuencia relativa	Frecuencia Acumulada
1	Antioquia	2661	28	2689	23,86	23,86
2	Meta	1239	23	1262	11,20	35,06
3	Tolima	1078	4	1082	9,60	44,66
4	Santander	1017	12	1029	9,13	53,79
5	Guaviare	580	10	590	5,24	59,02
6	Nariño	576	3	579	5,14	64,16
7	Córdoba	473	2	475	4,21	68,38
8	Bolívar	361	7	368	3,27	71,64
9	Choco	359	3	362	3,21	74,85
10	Putumayo	347	5	352	3,12	77,98
11	Norte Santander	327	4	331	2,94	80,91
12	Risaralda	304	0	304	2,70	83,61
13	Caquetá	283	9	292	2,59	86,20
14	Cundinamarca	249	6	255	2,26	88,46
15	Caldas	194	3	197	1,75	90,21
16	Boyacá	177	4	181	1,61	91,82
17	Valle	147	4	151	1,34	93,16
18	Cauca	130	2	132	1,17	94,33
19	Vaupés	119	3	122	1,08	95,41
20	Vichada	109	2	111	0,98	96,40
21	Guainía	81	3	84	0,75	97,14
22	Cesar	61	1	62	0,55	97,69
23	Sucre	59	0	59	0,52	98,22
24	Guajira	36	1	37	0,33	98,54
25	Arauca	22	2	24	0,21	98,76
26	Huila	17	4	21	0,19	98,94
27	Bogotá	19	1	20	0,18	99,12
28	Amazonas	17	0	17	0,15	99,27
29	Exterior	14	1	15	0,13	99,41
30	Sta Marta	14	0	14	0,12	99,53
31	Magdalena	12	0	12	0,11	99,64
32	Casanare	8	2	10	0,09	99,72
33	Quindío	10	0	10	0,09	99,81
34	Atlántico	7	0	7	0,06	99,88
35	Barranquilla	6	1	7	0,06	99,94
36	Cartagena	7	0	7	0,06	100,00

Fuente: INS tomado BD a 31 de diciembre de 2014

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 5 DE 17

Los casos de leishmaniasis se concentraron en los departamentos de Antioquia, Meta, Tolima, Santander, Guaviare, Nariño, Córdoba, Bolívar, Choco, Putumayo y Norte de Santander, que concentran el 81% de la notificación de casos a semana 53 de 2014 (Tabla 2). Es importante resaltar que el departamento de Caldas está ubicado en el décimo quinto lugar en cuanto a comportamiento de la enfermedad en el país.

**CARACTERIZACIÓN DEL EVENTO LEISHMANIASIS CUTANEA AÑO 2014,
DEPARTAMENTO DE CALDAS**

2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

Establecer la frecuencia y distribución de morbilidad por leishmaniasis registrada en el departamento de Caldas.

3 MATERIALES Y MÉTODOS

Se hizo un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea, hasta el periodo epidemiológico trece del año 2014.

La fuente utilizada para la recolección de los datos corresponde al Sistema de Información en Salud -Sivigila- individual, de los casos notificados de las dos formas clínicas de la enfermedad (leishmaniasis cutánea y mucosa) para el periodo epidemiológico trece del año 2014 (semanas epidemiológicas 1 a 53 de 2014).

Se tomó la base de datos suministrado por el Sivigila, y se llevó a cabo la depuración para eliminar los registros duplicados, organizando los registros ascendentemente por número de identificación y luego por fecha de notificación, tomando en cuenta, fecha de notificación y de ajuste de casos.

Se realizó el análisis a partir de las variables: semana epidemiológica, edad, sexo, departamento, municipio y área de ocurrencia de los casos, ocupación del paciente, tipo de seguridad social en salud, pertenencia étnica, grupo poblacional, fueron obtenidos de la fichas de datos básicos. 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 Excel y Sistema de Información Geográfico -SIG-, 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

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 6 DE 17

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

Respecto a la notificación de casos al Sivigila se tiene:

Leishmaniasis cutánea (código 420): total 255 registros, de los cuales 75 procedían de otros departamentos y se descartaron para el análisis, quedando 180 casos procedentes del departamento de Caldas, de ellos 2 errores de digitación, quedando así un total de 178 casos para analizar, no se encontraron casos duplicados, solo se reportaron 3 casos de leishmaniasis mucosa sin ajustes a considerar sin datos duplicados.

Los casos de leishmaniasis se concentraron en los municipios de Samaná, Norcasia, Victoria, que concentran el 85.64% de la notificación de casos a semana 53 de 2014 (tabla 3).

4.2 LEISHMANIASIS CUTANEA

4.2.1 Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

Los 178 casos de leishmaniasis cutánea tienen como procedencia los 11 municipios, tal como se registra en el (mapa 2).

Tabla 3. Distribución de casos de leishmaniasis cutánea por municipios de procedencia. Caldas años 2000 a 2014.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Manizales	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
Aguadas	1	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Anserma	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
Aránzazu	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Belalcazar	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chinchina	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
Filadelfia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Dorada	2	3	8	5	0	11	0	0	0	0	0	0	2	1
La Merced	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Manzanares	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Marmato	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Marquetalia	26	12	25	31	2	17	8	7	15	121	13	13	18	14
Marulanda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neira	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Norcasia	83	31	68	79	0	30	10	20	32	108	28	24	42	42
Pacora	0	0	1	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Palestina	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Pensilvania	23	38	37	28	0	42	16	18	16	66	8	9	8	5
Riosucio	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Risaralda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

 <p style="text-align: center;">DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p>													
MACROPROCESO				PROCESO					INSTRUMENTO				
GESTION ADMINISTRATIVA				GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL					OFICIO				
CÓDIGO				VERSION					COPIA		PÁGINA		
FO-GA-TD-01-001				03					CONTROLADA		7 DE 17		

Salamina	8	13	1	18	56	13	3	5	2	5	1	0	1	1
Samana	55	55	169	160	35	88	41	20	38	269	72	57	229	93
San José	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Supia	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Victoria	37	12	48	54	110	22	9	39	42	156	52	37	58	17
Villamaria	0	0	0	0	42	0	0	0	0	0	0	2	0	1
Viterbo	0	1	0	0	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CALDAS	238	169	365	381	317	229	93	120	152	730	179	148	360	178

Fuente: años 2001 a 2006 SIS 12, 2007 en adelante Sivigila Caldas 2014, con los ajustes correspondientes a 2 de marzo de 2015.

Los municipios en azul son aquellos que tienen el vector, los demás municipios reportan casos, sin embargo estos no tienen el vector, por lo que es posible que los pacientes no informaran la real procedencia del evento o no respondieran correctamente, la pregunta ¿dónde estuvieron quince días antes del inicio de síntomas? por esta razón se requiere que en los municipios se indague con mayor insistencia la procedencia de los casos.

Tabla 4. Tasa de incidencia de leishmaniasis cutánea 100.000 habitantes, por municipios de procedencia. Caldas 2001 a 2014

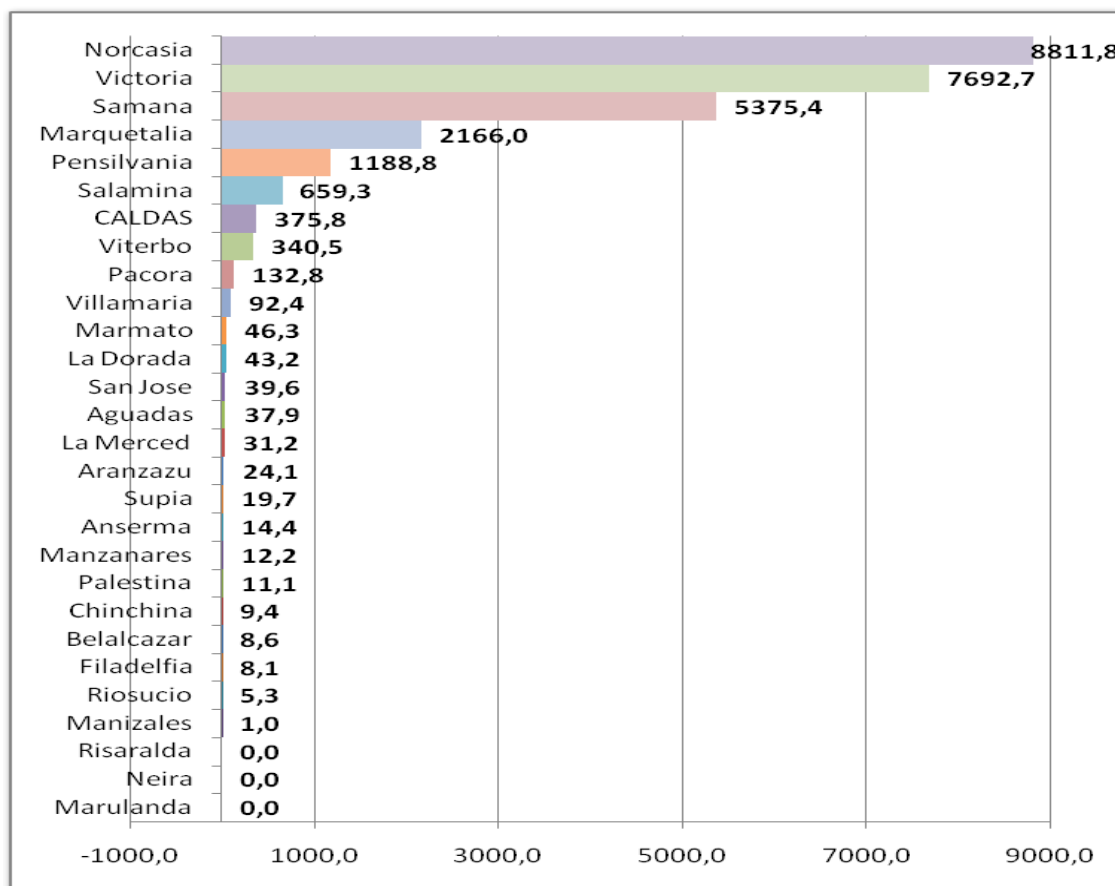
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Manizales	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3
Aguadas	3,4	7,3	11,5	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,0
Anserma	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	2,9	2,9
Aránzazu	7,3	0,0	0,0	0,0	0,0	7,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,4	0,0	0,0
Belalcazar	0,0	0,0	0,0	0,0	8,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Chinchina	0,0	0,0	1,8	1,9	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	1,9	0,0
Filadelfia	0,0	0,0	0,0	0,0	7,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
La Dorada	2,8	4,2	11,1	6,9	0,0	15,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	1,3
La Merced	12,9	0,0	14,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Manzanares	3,8	0,0	3,9	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Marmato	0,0	12,3	0,0	12,0	23,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Marquetalia	179,5	82,3	170,5	210,3	13,5	114,7	53,9	47,0	100,7	810,9	87,0	86,9	120,2	93,4
Marulanda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Neira	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Norcasia	1220,8	452,1	985,7	1142,1	0,0	437,4	147,1	296,3	477,7	1626,5	425,0	367,5	648,0	653,2
Pacora	0,0	0,0	6,3	0,0	118,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Palestina	0,0	5,4	0,0	0,0	0,0	5,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pensilvania	87,8	144,6	140,4	106,1	0,0	159,0	60,6	68,2	60,6	250,1	30,3	34,1	30,3	19,0
Riosucio	0,0	0,0	1,9	0,0	1,8	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Risaralda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Salamina	36,9	60,8	4,7	86,9	276,0	65,6	15,4	26,2	10,7	27,3	5,6	0,0	5,8	5,9
Samana	217,5	216,5	662,6	625,2	136,5	342,9	159,6	77,8	147,8	1045,6	279,7	221,4	889,0	360,9
San José	0,0	0,0	0,0	0,0	26,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,2	0,0	0,0
Supia	0,0	0,0	0,0	4,1	16,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Victoria	400,9	130,0	520,4	586,7	1200,2	241,6	99,5	434,5	471,6	1766,3	593,9	426,5	675,0	199,9
Villamaria	0,0	0,0	0,0	0,0	90,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,8
Viterbo	0,0	7,3	0,0	0,0	326,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CALDAS	24,8	17,5	37,8	39,4	32,7	23,6	9,6	12,3	15,6	74,6	18,3	15,1	36,6	18,1

Fuente: años 2001 a 2006 SIS 12, 2007 en adelante Sivigila Caldas 2014, con los ajustes correspondientes a 2 de marzo de 2015

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO	PROCESO	INSTRUMENTO	
GESTION ADMINISTRATIVA	GESTION TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL	OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 8 DE 17

Las tasa de incidencia más alta de leishmaniasis cutánea, se presentan en los municipios de Samana, Norcasia, Victoria y Marquetalia, mostrando siempre una cifra más alta que la del departamento.

Figura 1. Prevalencia de periodo de la leishmaniasis cutánea, por 100.000 habitantes, por municipios de procedencia. Caldas 2001 a 2014



Fuente: años 2001 a 2006 SIS 12, 2007 en adelante SiviGila Caldas 2014, con los ajustes correspondientes a 2 de marzo de 2015

Es de resaltar que los municipios con una mayor prevalencia de leishmaniasis cutánea, en los años 2001 a 2014, coinciden con quienes ocupan los 4 primeros puestos en incidencia - Norcasia, Victoria, Samaná y Marquetalia-, de allí que en esos municipios se requiere un especial cuidado con las condiciones de las poblaciones más vulnerables con respecto a medidas de prevención y medidas de intervención, entre ellas un tratamiento oportuno, pertinente y completo.

 <p style="text-align: center;">DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p>					
MACROPROCESO		PROCESO		INSTRUMENTO	
GESTION ADMINISTRATIVA		GESTION TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL		OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001		VERSION 03		COPIA CONTROLADA	PÁGINA 9 DE 17

Tabla 5. Distribución de casos de leishmaniosis cutánea y mucosa por municipios de procedencia. Caldas a semana epidemiológica 53 de 2014.

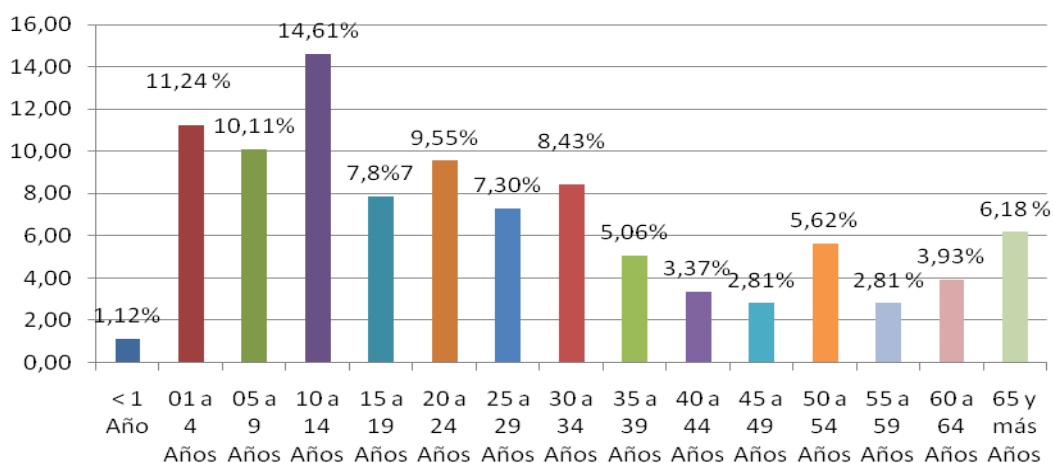
	Entidad territorial de procedencia	L cutánea	L mucosa	Total	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	Samana	93	0	93	51,38	51,38
2	Norcasia	42	3	45	24,86	76,24
3	Victoria	17	0	17	9,39	85,64
4	Marquetalia	14	0	14	7,73	93,37
5	Pensilvania	5	0	5	2,76	96,13
6	Aguadas	2	0	2	1,10	97,24
7	Manizales	1	0	1	0,55	97,79
8	Anserma	1	0	1	0,55	98,34
9	La Dorada	1	0	1	0,55	98,90
10	Salamina	1	0	1	0,55	99,45
11	Villamaria	1	0	1	0,55	100,00
12	Aránzazu	0	0	0	0,00	100,00
13	Belalcazar	0	0	0	0,00	100,00
14	Chinchina	0	0	0	0,00	100,00
15	Filadelfia	0	0	0	0,00	100,00
16	La Merced	0	0	0	0,00	100,00
17	Manzanares	0	0	0	0,00	100,00
18	Marmato	0	0	0	0,00	100,00
19	Marulanda	0	0	0	0,00	100,00
20	Neira	0	0	0	0,00	100,00
21	Pacora	0	0	0	0,00	100,00
22	Palestina	0	0	0	0,00	100,00
23	Riosucio	0	0	0	0,00	100,00
24	Risaralda	0	0	0	0,00	100,00
25	San José	0	0	0	0,00	100,00
26	Supia	0	0	0	0,00	100,00
27	Viterbo	0	0	0	0,00	100,00

Fuente: Sivigila Caldas 2014, con los ajustes correspondientes a 2 de marzo de 2015.

Los casos de leishmaniasis se centralizaron en los municipios de Samana, Norcasia, Victoria y Marquetalia, que concentran el 93.4% de la notificación durante el año 2014 (tabla 5), son municipios que tienen una extensión rural importante, uno de sus principales ingresos económicos parte de la agricultura, cultivos de café, plátano, aguacate y también se dedican a la ganadería, lo que se puede configurar como un factor de riesgo, es de anotar que los municipios de Samana, Norcasia, Victoria quedan cerca del trasvase Guarinó y según la OMS este es un factor contribuyente para a infestación de leishmaniasis en la comunidad (WHO-2015). (2).

 DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN					
MACROPROCESO		PROCESO		INSTRUMENTO	
GESTION ADMINISTRATIVA		GESTION TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL		OFICIO	
CÓDIGO		VERSION		COPIA	
FO-GA-TD-01-001		03		CONTROLADA	
				PÁGINA	
				11 DE 17	

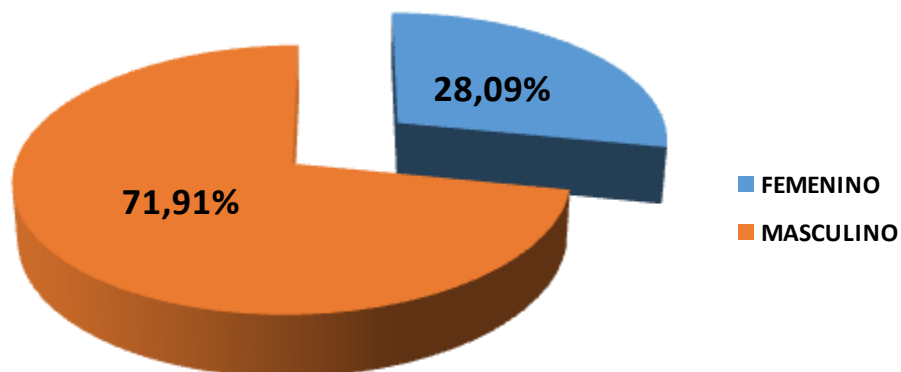
Figura 2. Distribución de casos de leishmaniasis cutánea por grupo de edad. Caldas, a semana epidemiológica 53 de 2014.



Fuente: Sivigila Caldas

En cuanto a la distribución por edad se ve como los tres grupos más afectados son niños de 10 a 14 años en un 14,61%, seguidos de niños de 1 a 4 años en un 11,24% y en tercer lugar están los niños de 5 a 9 Años con un 10,11%, esto puede indicar que se requieren estrategias para disminuir los casos en esta población y que muy seguramente el vector está dentro de las viviendas y como este pica en la noche se requiere incentivar el uso de toldillo.

Figura 3. Distribución de casos de leishmaniasis cutánea por sexo. Caldas, a semana epidemiológica 53 de 2014.



Fuente: Sivigila Caldas

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 12 DE 17

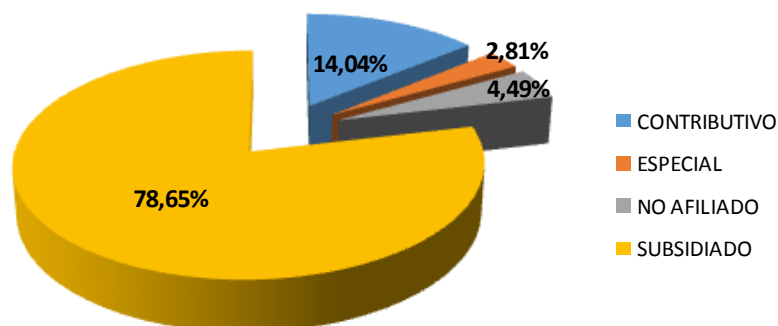
La distribución por sexo de los casos de leishmaniasis cutánea se encontró que de 178 casos, 50 ocurrieron en mujeres (28.09%) y 128 en hombres (71,91%), esta enfermedad se considera una enfermedad laboral y se ha descrito que esta enfermedad ocurre sobre todo en zona rural en agricultores (WHO- 2015). (2)

Por área de procedencia: 128 casos (71,91%) se contagiaron en zona rural dispersa, 27 casos (15,17%) en centro poblado y 23 casos (12.92%) en cabecera municipal, aunque el dato referido a población urbana se puede interpretar como un posible error en el diligenciamiento de la información se ha comprobado presencia del vector en zona urbana del municipio de Norcasia.

Por pertenencia étnica: de los 178 casos, 4 casos (2,25%) se reportaron en grupos de negro mulato afro colombiano, mientras que 174 casos (97,75%) se reportaron en otros grupos étnicos.

Por grupo poblacional: se encontró que del total de los casos reportados, 2 de ellos (1,12%) se presentaron en discapacitados, 29 casos (16,29%) se presentaron en población desplazada, 5 casos (2,81%) ocurrieron en víctimas de violencia armada y los 145 casos (81,45%) se dieron en otros grupos poblacionales.

Figura 4. Distribución de casos de leishmaniasis cutánea por sistema general de seguridad social en Salud. Caldas, a semana epidemiológica 53 de 2014.



Fuente: Sivigila Caldas

En el análisis de los datos de la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, la mayor proporción corresponde al régimen subsidiado con 140 casos (78,65 %), seguida del régimen contributivo con 25 casos (14.04%), régimen especial 5 casos (2,8%), sin afiliación a SGSSS 8 casos (4,5%). Si se relaciona la afiliación a SGSSS que en su mayoría es de régimen subsidiado y un porcentaje sin ninguna afiliación y la zona de resistencia de los pacientes que en un gran porcentaje es de zona rural dispersa se puede sugerir que es una enfermedad que afecta a población de escasos recursos y con barreras geográficas para acceder al tratamiento.

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO	PROCESO	INSTRUMENTO	
GESTION ADMINISTRATIVA	GESTION TECNOLÓGICA Y DOCUMENTAL	OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 13 DE 17

Tabla 7. Casos de Leishmaniasis cutánea por principales ocupaciones. Caldas a semana epidemiológica 53 de 2014.

OCUPACION	Total
Estudiante	61
Agricultores de cultivos permanentes (plantaciones de árboles y arbustos)	34
Hogar (ama de casa)	23
Menor de edad	20
Agricultores de cultivos transitorios	10
Cesante o sin ocupación o desempleado	5
Oficinista	4
Conductores de camionetas y vehículos livianos	2
Obreros de la construcción de edificios	2
Pensionado	2
No aplica	2
Contador, auditor	1
Coordinadores y supervisores de producción y operaciones en construcción y obras publicas	1
Administrador publico	1
Electrotécnicos	1
Maestros de nivel medio de la enseñanza primaria	1
Guardianes de prisión	1
Trabajadores pecuarios, ganaderos y afines, no clasificados bajo otros epígrafes	1
Mineros y canteros	1
Instaladores y reparadores de líneas eléctricas	1
Vigilantes y celadores	1
Ayudante de cocina	1
Jornalero	1
Militar	1

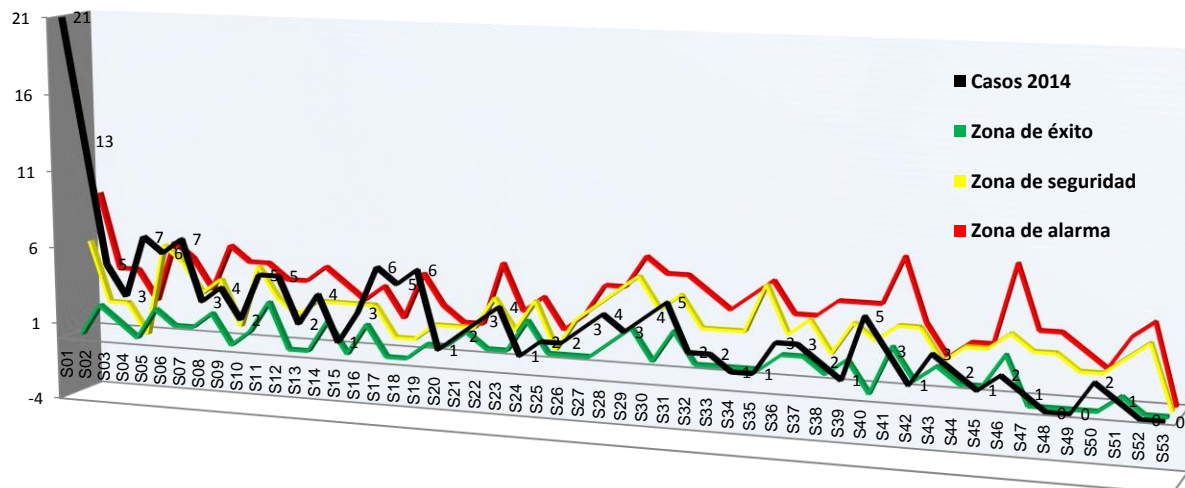
Fuente: Sivigila Caldas

Al revisar la frecuencia de leishmaniasis cutánea por ocupación, se observa como el 58% de los datos corresponden a personas que permanecen en su domicilio como son: amas de casa, estudiantes o menores de edad, mientras que un 39.6% de los pacientes se dedican a la agricultura lo que indica que las campañas para prevenir la Leishmaniasis se debe enfocar en esta población y como evitar que se contagien.

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 14 DE 17

4.2.2 Tendencia del evento

Figura 5. Canal endémico de leishmaniasis en Caldas año 2014



Fuente: Sivigila Caldas 2014.

Semana 1, 2, 6, 8, 17 y 19 registran picos durante el 2014, siendo el más alto el de la semana 1, para esta semana quien aporta mayor número de casos es el municipio de Samaná, sin reportarse esa semana un brote localizado, los eventos fueron registrados en lugares apartados y sin nexo epidemiológico aparente.

5. DISCUSIÓN

El patrón de ocurrencia de la leishmaniasis cutánea en Caldas es fluctuante con años de más de 200 casos y años con menos de 150 casos, el departamento tiene problemáticas sociales y de conflicto armado que no permite avizorar una tendencia constante a la disminución, a eso pueden sumarse los cambios climáticos, y medio ambientales en especial aquellos que se dan con la construcción de represas, también cabe anotar que el 72% de los casos se presentan en el género masculino y el 45% de los casos en población de 1 a 19 años, lo que puede mostrar que los pacientes se están infectando en sus hogares y que se hace necesario incentivar el uso de toldillo, el 55% restante está en edades entre 20 y 89 años, pacientes que están en edad productiva y que laboran en zonas rurales.

Es de resaltar que los pacientes que se contagian con leishmania en Caldas son pacientes de escasos recursos económicos, el 79% pertenecen al régimen subsidiado y el 4,5% no tienen afiliación al SGSSS, de estos pacientes el 72% viven en zona rural dispersa y el 15% vive en centros poblados, lo que muestra entonces que los pacientes que son diagnosticados con la enfermedad son pacientes de escasos recursos económicos, lo que coincide con lo que

 <p style="text-align: center;">DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN</p>				
MACROPROCESO	PROCESO		INSTRUMENTO	
GESTION ADMINISTRATIVA	GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL		OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03		COPIA CONTROLADA	PÁGINA 15 DE 17

menciona la OMS, donde refiere que la pobreza, las malas condiciones de la vivienda y las deficiencias higiénicas aumentan el riesgo de contraer la enfermedad, es bien sabido que en las zonas rurales dispersas no hay abastecimiento de agua potable y que los programas de mejoramiento de vivienda en su mayoría se dan en zona urbana dejando desprotegida al área rural.

6 CONCLUSIONES

El comportamiento de la leishmaniasis en el departamento de Caldas, difiere a la del país en los grupos de edad. En el país las personas con la enfermedad en su mayoría están en edad productiva, mientras que en el departamento el 45% de los casos están en personas de 1 a 19 años, en lo demás el comportamiento sociodemográfico es similar, otra de las características a tener en cuenta y que coincide con lo mencionado por la OMS, son las condiciones de pobreza de los pacientes.

Los municipios que más aportan casos son: Samaná, Norcasia, Victoria y Marquetalia y son ellos quienes, tienen el mayor riesgo para leishmaniasis cutánea, con incidencias que superan los 100 casos por 100.000 habitantes y en algunos años 200 casos por 100.000 habitantes, y en los años 2001 a 2014, superan la tasa de incidencia del departamento.

7 RECOMENDACIONES

Para el año 2014, se encontró una concordancia mayor al 95% en lo encontrado en rips y lo notificado por Sivigila. Aunque es una buena noticia, se requiere seguir trabajando en el sistema de vigilancia de la leishmaniasis, tanto en la notificación obligatoria y calidad del dato como en las acciones correspondientes a los casos.

Es necesario tener en cuenta que tanto el tratamiento oportuno y completo como el mejoramiento de las condiciones de vida de la población en zonas rurales, son necesarias para controlar el comportamiento endémico, ya que la pobreza, las malas condiciones de vivienda, el hacinamiento, las condiciones higiénicas deficientes y la malnutrición aumentan el riesgo de contraer la enfermedad. (WHO-2015). (2)

Otro factor importante en el control de la leishmaniasis es conocer cómo los cambios ambientales pueden influir en la incidencia de la leishmaniasis para entender la dinámica y buscar mecanismos de mitigación. Es así entonces que la urbanización, la incursión de las explotaciones agrícolas y los asentamientos en las zonas boscosas favorecen la transmisión de la leishmaniasis a los seres humanos. (WHO-2015). (2)

Es importante entender que los cambios climáticos también pueden favorecer la transmisión de la leishmaniasis. Los cambios de temperatura, precipitaciones y humedad pueden tener efectos importantes en los vectores y los reservorios animales, al alterar su distribución e influir en las tasas de supervivencia y el tamaño de la población; pequeñas fluctuaciones en la

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 16 DE 17

temperatura pueden tener un acusado efecto en el ciclo de desarrollo de los promastigotes de leishmania en los flebótomos, y permitir que el parásito se transmita en zonas donde la enfermedad no era previamente endémica. Los desplazamientos masivos y la migración de personas hacia zonas de transmisión de la leishmaniasis, y la desnutrición puede debilitar la inmunidad de las poblaciones afectadas. (WHO-2015). (2)

La OMS, además de otros recomienda para el control de la leishmaniasis:

El diagnóstico temprano y la gestión eficaz de los casos reducen la prevalencia de la enfermedad y previenen la discapacidad y la muerte. Actualmente existen medicamentos muy eficaces y seguros contra la leishmaniasis, especialmente contra la leishmaniasis visceral, y cada vez hay un mejor acceso a ellos.

El control de los vectores ayuda a reducir o interrumpir la transmisión de la enfermedad al controlar los flebótomos, especialmente en el contexto doméstico. Entre los métodos de control figuran los insecticidas en aerosol, los mosquiteros tratados con insecticida, la gestión del medio ambiente y la protección personal.

La vigilancia eficaz de la enfermedad es importante. La detección y el tratamiento temprano de los casos ayudan a reducir la transmisión y contribuyen a vigilar la propagación y la carga de la enfermedad.

El control de los reservorios animales resulta complejo y debe adaptarse a la situación local.

La movilización social y el fortalecimiento de alianzas. Significa movilizar e informar a las comunidades a través de intervenciones efectivas para modificar las pautas de comportamiento mediante estrategias de comunicación adaptadas a la situación local. Las alianzas y la colaboración con diferentes sectores interesados y otros programas de lucha contra enfermedades transmitidas por vectores son esenciales en todos los niveles.

		DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	
MACROPROCESO GESTION ADMINISTRATIVA	PROCESO GESTION TECNOLOGICA Y DOCUMENTAL	INSTRUMENTO OFICIO	
CÓDIGO FO-GA-TD-01-001	VERSION 03	COPIA CONTROLADA	PÁGINA 17 DE 17

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud, Leishmaniasis, Nota descriptiva, No 375, febrero de 2015, [consultada el 13 de marzo de 2015], on line: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/es/>
2. Uribarren Berrueta Teresa, Leishmaniosis o Leishmaniasis, Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, UNAM, [actualizado 4 de marzo de 2015], [Consultado el 13 de marzo de 2015], on line: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/parasitologia/leishmaniosis.html>
3. Leishmaniasis Organización Panamericana de la Salud, [actualizado el 22 de abril del año 2014], [consultado el 13 de marzo de 2015], on line: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9417&Itemid=40250