

Leishmaniasis en países con alta carga: una actualización epidemiológica basada en los datos notificados en 2014

Introducción

Las leishmaniasis son un grupo de enfermedades causadas por más de 20 especies de parásitos protozoarios del género *Leishmania* que se transmiten a los humanos por la picadura de flebótomos hembra infectados (98 especies de los cuales tiene interés médico como vector de enfermedades).

Hay 4 formas principales de la enfermedad: leishmaniasis visceral (LV, también conocida como kala-azar); leishmaniasis dérmica post-kala-azar (PKDL); leishmaniasis cutánea (LC); y leishmaniasis mucocutánea (LMC). Si bien la leishmaniasis cutánea es la forma más común de la enfermedad, la leishmaniasis visceral es la más grave y puede ser mortal si no se trata. Además, la leishmaniasis se puede clasificar como antroponótica o zoonótica dependiendo de si el reservorio natural del parásito es humano o animal.

En 2012, la OMS realizó un esfuerzo para informar sobre la carga y la distribución de las leishmaniasis en 102 países, áreas o territorios en todo el mundo¹. En la mayoría de los perfiles de países preparados en ese momento, los datos se referían al número de casos (de CL o VL) informado hasta 2010; los mapas de incidencia incluyeron datos del primer nivel subnacional para 2008. Según los datos disponibles, la OMS estimó que el 90% de los casos de LV globales ocurrieron en 6 países: Bangladesh, Brasil, Etiopía, India, Sudán del Sur y Sudán. Del número global de casos de LC, más del 70% ocurrió en 10 países: Afganistán, Argelia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Etiopía, República Islámica del Irán, Perú, Sudán y la República Árabe Siria.

La resolución WHA60.13² sobre el control de la leishmaniasis, adoptada por la 60ª Asamblea Mundial de la Salud en 2007, solicitó a la OMS, entre otras organizaciones, crear conciencia sobre la carga mundial de la leishmaniasis y vigilar el progreso en su control. Se instó a los Estados miembros en los que la leishmaniasis es un importante problema de salud pública a reforzar los esfuerzos para establecer programas nacionales de control a fin de elaborar directrices e iniciar sistemas de vigilancia, recopilación de datos y análisis.

Este informe actualiza la información epidemiológica sobre LV y LC para 25 países donde la carga de la enfermedad es alta. Aunque los datos presentados se refieren principalmente a 2014, los datos históricos también se incluyen para proporcionar una visión general de las tendencias de las enfermedades a lo largo del tiempo.

Metodología

En 2015, el programa mundial para el control de la leishmaniasis resumió los datos recopilados sobre la leishmaniasis en 25 países con alta prevalencia. Los países se seleccionaron sobre la base del número de casos de leishmaniasis notificados en 2013 (los datos están disponibles en Global Health Observatory³) e incluyeron países que informaron de más de 100 casos de LV o más de 2500 casos de LC. La disponibilidad de datos, así como la representación de países de diferentes regiones de la OMS, se tuvieron en cuenta al hacer la selección. Finalmente, se escogieron 14 países para LV y 12 países para LC (un país se incluyó en ambos grupos) que representan el 95% de los casos de LV y el 90% de los casos de LC informados en 2013.

Los datos se recopilaron mediante un formulario definido de Excel, diseñado específicamente para recopilar datos habituales de vigilancia epidemiológica a partir de los programas nacionales de control de la leishmaniasis en los Ministerios de Salud o de socios colaboradores, según corresponda. Los datos se recopilaron y validaron entre agosto de 2015 y mayo de 2016. La validación se realizó a nivel de país, así como a nivel de región de la OMS y mundial.

Se recogieron un total de 18 y 12 variables e indicadores relativos a la epidemiología, pruebas de laboratorio, el examen médico y al resultado del tratamiento para LV y LC, respectivamente. Además, se solicitó a los países que confirmasen el número de casos históricos y proporcionaran el número de casos nuevos por mes y por lugar probable de infección. En los países donde era relevante, los datos de leishmaniasis cutánea se estratificaron por formas antroponóticas frente a formas zoonóticas.

Este informe se centra en las siguientes variables e indicadores estimados que son relevantes para el control de las leishmaniasis, a saber: (i) el número total de nuevos casos⁴ en ese año; (ii) número de recaída; (iii) número de casos importados⁵; (iv) distribución por género (porcentaje de mujeres); (v) distribución por grupos de edad (porcentaje de casos menores de 5 años, de 5 a 14 años y mayores de 15 años); (vi) tasa de incidencia (número de casos / 10000 habitantes en las áreas endémicas⁶) (vii) población en riesgo (definida como el número de personas que viven en las áreas endémicas), (viii) presencia de brotes, (ix) número de nuevos focos; (x) número de nuevos casos por mes; (xi) número de personas evaluadas activamente; (xii) número de personas evaluadas pasivamente; (xiii) proporción de casos diagnosticados mediante prueba de diagnóstico rápido (RDT)⁷; (xiv) proporción de RDT positivos⁸; (xv) proporción de casos diagnosticados por examen directo (microscopía)⁹; (xvi) proporción de portaobjetos positivos¹⁰; (xvii) proporción de casos diagnosticados solo en base a síntomas clínicos; (xviii) proporción de casos con coinfección *Leishmania*/VIH, (xix) tasa de curación inicial de LV¹¹, (xx) tasa de fracaso terapéutico de LV¹² (xxi) tasa de recaída de LV¹³, y (xxii) tasa de letalidad de LV¹⁴. Los términos "brote", "foco", "curación inicial", "fracaso terapéutico" y "recaída" fueron definidos de acuerdo con los programas nacionales de control de la leishmaniasis.

Se definieron diferentes niveles de integridad de los datos según la cantidad de variables proporcionadas por el país. Para LV: <50% de integridad (≤10 indicadores disponibles); 50-80% de integridad (11-17 indicadores disponibles); > 80% de

integridad (≥ 18 indicadores disponibles). Para LC: $<50\%$ de integridad (≤ 7 indicadores disponibles); 50-80% de completitud (8-11 indicadores disponibles); $> 80\%$ de completitud (≥ 12 indicadores disponibles).

Además de los datos sobre vigilancia epidemiológica, se contactó a 45 expertos en todo el mundo mediante un cuestionario para obtener su opinión y puntos de vista sobre el factor de subnotificación en los países de alta carga para contribuir a la comprensión de la verdadera carga de la enfermedad; 16 expertos respondieron. El factor de subnotificación se recopiló y clasificó como leve, moderado o grave.

Se desarrolló un mapa global que ilustra la distribución de los 25 países con altas cargas de LV y LC utilizando QGIS v12.

Resultados

De los 25 países seleccionados donde la carga de la leishmaniasis es alta, 13 tienen una gran carga de LV solamente; 11 tienen una alta carga de LC solamente; y 1 (Brasil) tiene una gran carga de LV y LC (Mapa 1).

Los 25 países compartieron información sobre la carga de la leishmaniasis, aunque el nivel de datos completados varió entre los países. De los países con gran carga de LV, los datos tenían $<50\%$ de integridad en el 43% (6/14) de los países; 50-80% de integridad en el 21% (3/14) de los países y $>80\%$ de integridad en el 36% (5/14) de los países. De los países con alta carga de LV, los datos tenían $<50\%$ de integridad en el 25% (3/12) de los países; 50-80% de integridad en el 58% (7/12) de los países y $>80\%$ de integridad en el 17% (2/12) de los países.

La *Tabla 1* resume los indicadores seleccionados. El conjunto completo de indicadores y mapas detallados de prevalencia se publicarán por separado como perfiles de países de 2014 en la página web de la OMS sobre leishmaniasis en el tercer trimestre de 2016.

Todos los países con alta carga de LV (14/14) informaron sobre el número total de casos de LV, y todos los países con alta carga de LC (12/12) informaron sobre el número total de casos de LC. Los datos sobre las tasas de incidencia de LC estaban disponibles para todos (12/12) los países con alta carga de LC, mientras que los datos sobre las tasas de incidencia de LV estaban disponibles para el 93% (13/14) de los países con alta carga de LV. De los países con alta carga de LV, el 57% (8/14) tenían datos de laboratorio de confirmación de los casos y el 64% (9/14) de los países con alta carga de LC tenían datos sobre la confirmación de los casos de LC en laboratorio. Los datos de tasa de curación inicial de VL estaban disponibles solo para el 50% (7/14) de los países.

En 2014, los países con alta carga de LV comunicaron un total de 30.758 casos de LV (incluidos los nuevos casos y las recaídas), mientras que los países con alta carga de CL informaron de un total de 153 027 casos de LC (incluidos casos nuevos y recaídas). La tasa de incidencia de LV más alta fue de 35,63/10.000 habitantes (rango: 0,012-35,63) y la incidencia más alta de LC fue de 22,74/10.000 habitantes (rango: 0,33-22,74). Solo 4 de los países con alta endemicidad para LV tenían tasas de incidencia >1 para LV, mientras que 10 países con alta endemicidad para LC tenían tasas de incidencia >1 para LC.

La población en riesgo para LV y LV varió entre los países. Los datos proporcionados por los países abarcaron diferentes niveles administrativos (segundo o tercer nivel subnacional). En los países con alta carga de LV, la población en riesgo variaba entre el 9% y el 100%, y para los países con alta carga de LC la población en riesgo variaba entre el 14% y el 100%. Un total de aproximadamente 556 millones de personas corren el riesgo de sufrir LV en los países altamente endémicos para LV, y casi 399 millones de personas corren riesgo de contraer LC en los países con alta carga de LC (*Tabla 1*).

De acuerdo con los datos disponibles, el porcentaje de casos de VL confirmada por diagnóstico de laboratorio varió entre el 62% y el 100% y el porcentaje de casos de LC confirmados por diagnóstico de laboratorio varió entre el 5% y el 100%. De los países con alta carga de LV que informaron información sobre la tasa de curación inicial de LV (7/14), todos informaron tasas de curación iniciales entre el 49% y el 94%. La tasa de letalidad de LV varió entre 0% y 7% en los países con alta carga de LV.

La *Figura 1* muestra las tendencias en el número de casos nuevos autóctonos de LV y LC notificados por los países con alta carga durante el periodo 1998-2014, desglosados por región de la OMS. En los 12 países con alta carga para LC, los casos de LC se triplicaron durante un período relativamente corto de tiempo, pasando de estar por encima de 50.000 en 1998 a estar por encima de 150.000 en 2005. En 2014 el número de casos de LC ha disminuido a menos de 150.000. En los 14 países con alta carga de LV, el número de casos también se ha triplicado, pasando de estar por encima de los 20.000 en 1998 a estar por encima de los 60.000 en 2011. Desde 2013, el número de casos de LV ha disminuido de forma progresiva hasta descender por debajo de los 30.000.

16 expertos proporcionaron información sobre la falta de notificación en los países incluidos en el informe. En el caso de los países con alta carga de LV, los factores de subdeclaración estimados fueron los siguientes: India: 1.2; Bangladesh, Etiopía, Nepal y Sudán del Sur: 1.2-1.8; Somalia, España y Sudán; 2-4. No se proporcionaron datos para 6 de los países con alta carga de LV. Solo uno de los países de alta carga de LC (Túnez) proporcionó datos a este respecto, siendo el factor de subdeclaración estimado de 2,8-4,6.

Discusión

La OMS, en colaboración con los programas nacionales de control de la leishmaniasis, ha recopilado y analizado datos epidemiológicos de 25 países donde la carga de LV y LC es alta. Los datos aportados en 2014 contribuirán sustancialmente a una mejor comprensión de la carga y la distribución de LV y LC en todo el mundo.

El nivel de integridad de los datos aportados se considera razonablemente aceptable. Este informe demuestra que la recopilación de datos y la presentación de informes sobre la leishmaniasis se pueden realizar con éxito en diferentes entornos, incluidos los entornos conflictivos o los entornos con una infraestructura deficiente. Algunas de las variables ausentes en el informe pueden haber sido registradas a nivel del centro de salud pero no recogidas por el sistema de vigilancia y, por lo tanto, no están disponibles rutinariamente en el nivel central.

A medida que los países avanzan en el control de la leishmaniasis, ambas formas de la enfermedad, LV y LC, deben ser supervisadas de forma efectiva. Además, las variables como las que se refieren a la confirmación de los casos de laboratorio o al resultado del tratamiento deben ser captadas por los sistemas nacionales de vigilancia.

Uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas es poner fin a la epidemia de enfermedades tropicales desatendidas¹⁵. Por lo tanto, es un deber de los Estados Miembros y de la OMS controlar la leishmaniasis y documentar la disminución de su incidencia.

La OMS publicará en 2016 un manual sobre vigilancia epidemiológica, supervisión y evaluación del control de la leishmaniasis, donde se describirán los datos mínimos que los establecimientos de salud deben recopilar de cada caso de leishmaniasis para su desagregación y se enviarán a los niveles administrativos superiores. Para facilitar la recopilación, el flujo y el análisis de datos, así como el intercambio entre programas nacionales de control de leishmaniasis, la OMS apoyará el uso del software District Information System versión 2 (DHIS2) desarrollado por la Universidad de Oslo, que ya está en uso en la mayoría de los países con alta carga de LV como sistema de información y gestión sanitaria nacional.

Los datos sobre la población en riesgo se deben interpretar con precaución. La población en riesgo se ha definido como el "número de personas que viven en el nivel administrativo subnacional tercero (o superior) donde la enfermedad se considera endémica". Sin embargo, dada la naturaleza focal de esta enfermedad, la población en riesgo debe calcularse sobre la base de los datos disponibles en el nivel más bajo¹⁶. Es importante destacar que este indicador se refiere a todas las personas en riesgo de adquirir la infección, pero no en riesgo de desarrollar la enfermedad, ya que en la mayoría de los individuos infectados por *Leishmania* permanecen asintomático durante toda su vida.

Conclusión

Los resultados de esta recogida y análisis de datos constituyen un primer intento de describir la situación de la leishmaniasis en aquellos países donde la enfermedad es altamente endémica, demostrado por los datos recogidos por los sistemas de vigilancia habituales. Los resultados establecen una información basal para ayudar a los países a identificar áreas que hay que mejorar en sus sistemas de vigilancia de LV y LC. La OMS colabora de forma estrecha con otros países endémicos para leishmaniasis con el fin de establecer el mismo nivel de notificación y análisis.

Cabe esperar que las lecciones aprendidas en este proceso promuevan que más países endémicos recojan y compartan de forma regular los datos de vigilancia sobre leishmaniasis para completar la información disponible en todo el mundo.

¹ Alvar J et al. Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence. PLoS One, 2012. 7(5):e35671.

² Ver http://www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_60.13_F.pdf.

³ Ver http://www.who.int/gho/neglected_diseases/leishmaniasis/en/.

⁴ Los casos nuevos generalmente se denominan «primarios» cuando la enfermedad es leishmaniasis visceral (LV).

⁵ Un caso importado se define como aquel en el que el lugar probable de infección se encuentra en otro país.

⁶ En este informe, se consideran áreas endémicas aquellas (al nivel administrativo más bajo disponible) que han informado de leishmaniasis en 2013 o 2014. Desde un punto de vista epidemiológico, un área endémica se define como un área geográfica donde la transmisión del parásito ocurre a través de contacto entre humanos y flebotomos, es decir, hay un ciclo completo con reservorios humanos o animales del parásito, un vector flebotomino y personas infectadas. En términos prácticos, no existe una base de datos a nivel mundial con el nombre de los lugares donde la enfermedad es endémica, por lo que el "área administrativa endémica" se utiliza como definición operacional para los programas de control.

⁷ Calculado como el número de RDT positivos entre el número total de casos (solo para casos de LV).

⁸ Calculado como el número de RDT positivos entre el número total de casos (solo para casos de LV).

⁹ Calculado como el número de casos con un resultado positivo de microscopía entre el número total de casos.

¹⁰ Calculado como el número de casos con un resultado positivo de microscopía entre el número total de portaobjetos examinados.

¹¹ Calculado como el número de casos considerados como curados en una evaluación inicial entre el número total de casos (solo para casos de LV).

¹² Calculado como el número de casos con fracaso terapéutico entre el número total de casos (solo para casos de LV).

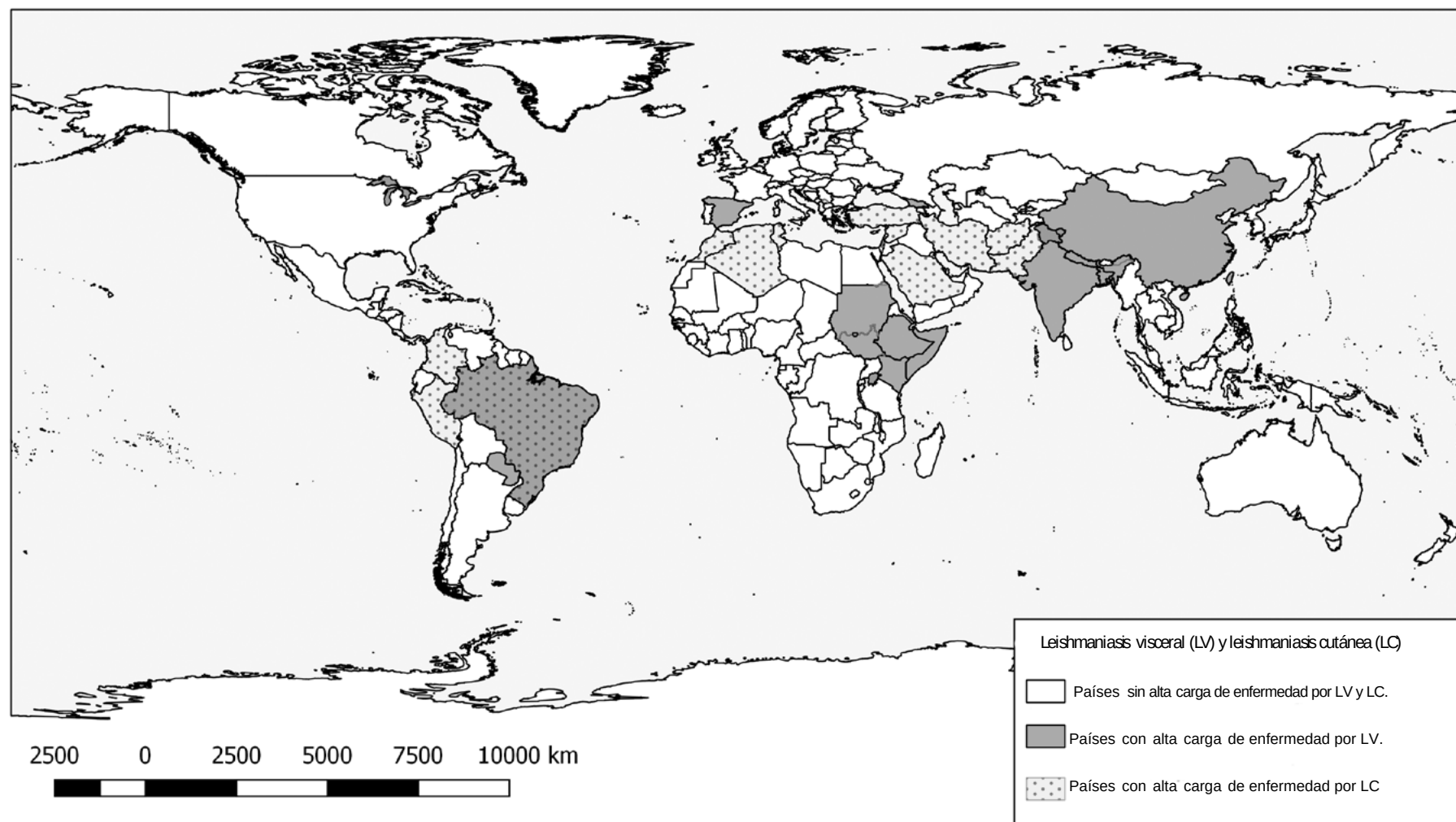
¹³ Calculado como el número de casos que recaen entre el número total de casos (solo para casos de LV).

¹⁴ Calculado como el número de casos que mueren entre el número total de casos (solo para casos de LV).

¹⁵ Meta 3.3 Objetivos de desarrollo sostenible: "Para 2030, terminar con la epidemia del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles" (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/salud/>).

¹⁶ Smarro PP et al. Human African trypanosomiasis in non-endemic countries (2000–2010). J Travel Med, 2012. 19(1):44–53.

Mapa 1 Leishmaniasis en países con alta carga de enfermedad: actualización epidemiológica basada en los datos notificados en 2014



Los límites y nombres mostrados y las denominaciones empleadas en este mapa no implica la expresión de ninguna opinión por parte de la Organización Mundial de la Salud sobre el estado legal de ningún país, territorio, ciudad o área, o de sus autoridades, ni sobre la demarcación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas en el mapa representan líneas fronterizas aproximadas para las cuales es posible que todavía no haya un acuerdo definitivo.

© WHO 2016. All rights reserved. — © OMS 2016. Todos los derechos reservados.

Table 1. Selected variables and indicators for visceral leishmaniasis (VL) and cutaneous leishmaniasis (CL) in 14 VL high-burden countries and 12 CL high-burden countries, 2014

Tabla 1. Parámetros y variables seleccionados para estudiar la leishmaniasis visceral (LV) y la leishmaniasis cutánea (LC) en 14 países con alta carga de LV y 12 países con alta carga de de LC, 2014

Country – País	WHO region – Región de la OMS	Total no. of VL cases reported – Número total de casos LV notificados	Total no. of CL cases reported – Número total de casos LC notificados	VL incidence rate (cases/10 000 inhabitants in endemic areas) – Tasa de incidencia de LV(cas/10000 habitantes) en área endémica	CL incidence rate (cases/10 000 inhabitants in endemic areas) – Tasa de incidencia de LC(cas/10 000 habitantes) en área endémica	Population at risk of VL – Población en riesgo de LV	Population at risk of CL – Población en riesgo LC	% VL cases confirmed by laboratory test – Porcentaje de casos de LV confirmados por test de laboratorio	% CL cases confirmed by laboratory test – Porcentaje de casos de LV confirmados por test de laboratorio	% VL cases with initial cure rate – Tasa de curación inicial de los casos de LV	% VL case-fatality rate – Tasa de mortalidad de los casos de LV
VL in high-burden countries – LV en países con alta carga de enfermedad											
Bangladesh	SEAR	735	0	0.21	0	20% (30 905 893/156 595 000)	N/A – SQ	100% (735/735)	N/A – SQ	No data – Pas de données	1% (4/735)
Brazil* – Brasil*	AMR	3453	19 402	0.41	1.46	43% (86 997 054/200 362 200)	70% (139 396 846/200 362 200)	82% (2950/3453)	89% (17 324/19 402)	66% (2283/3453)	7% (230/3453)
China	WFR	294	No data – Sin datos	0.01	No data – Sin datos	16% (229 570 000/1 393 337 000)	No data – Sin datos	No data – Sin datos	No data – Sin datos	No data – Sin datos	0.3% (1/294)
Ethiopia – Etiopia	AFR	2821	342	0.67	0.08	3% ^a (3 200 000/96 958 732)	30% ^a (29 000 000/96 958 732)	No data – Sin datos	No data – Sin datos	94% (2663/2821)	3% (74/2821)
Georgia	EUR	63	0	0.36	0	32% (1 400 300/4 341 000)	2% (85 700/4 341 000)	100% (63/63)	N/A – N/A.	81% (51/63)	0% (0/63)
India	SEAR	9241	72	0.71	No data – Sin datos	10% (130 724 239/1 252 140 000)	No data – Sin datos	No data – Sin datos	No data – Sin datos	No data – Sin datos	0.1% (11/9241)
Kenya - Kenia	AFR	880	No data – Sin datos	2.91	No data – Sin datos	7% (3 020 051/44 354 000)	No data – Sin datos	No data – Sin datos	No data – Sin datos	No data – Sin datos	3% (23/880)
Nepal	SEAR	335	Non endemic – No endémico	0.11	N/A – N/A.	100% (27 723 373/27 797 000)	N/A – N/A.	100% (335/335)	N/A – N/A.	89% (299/335)	0% (1/335)
Paraguay	AMR	118	55	0.35	0.49	50% (3 387 984/6 802 000)	37% (2 544 739/6 802 000)	87% (103/118)	100% (55/55)	86% (102/118)	4% (5/118)
Somalia	EMR	1033	Non endemic – No endémico	4.35	N/A – N/A.	23% (2 373 146/10 496 000)	N/A – N/A.	66% (682/1033)	N/A – N/A.	No data - Sin datos	3% (26/1033)
South Sudan – Sudan del Sur	AFR	8015	Non endemic – No endémico	35.63	N/A – N/A.	30% ^a (3 434 996/11 911 184)	N/A – N/A.	74% (5962/8015)	N/A – N/A.	69% (5505/8015)	2% (146/8015)
Spain – España	EUR	106	100	0.08 ^b	No data – Sin datos	64% ^b (30 354 672/47 129 783)	No data – Sin datos	100% (106/106)	100% (100/100)	No data Sin datos	No data Sin datos
Sudan	EMR	3520	1053	11.05	7.18	9% (3 090 126/34 470 138)	4% (1 465 592/34 470 138)	62% (2179/3520)	No data Sin datos	49% (1736/3520)	1% (36/3520)
Uganda	AFR	144	Non endemic – No endémico	No data – Sin datos	N/A – N/A.	No data – Sin datos	N/A – N/A.	No data Sin datos	N/A – N/A.	No data Sin datos	No data Sin datos
Subtotal for VL high-burden countries – Subtotal para países con alta carga de LV		30 758	21 024			556 181 834	172 492 877				

Table 1 (continued) – Tabla 1 (continuación)

CL in high-burden countries – LC en países con alta carga de enfermedad											
Afghanistan	EMR	12	19 589	0.09	17.90	5% (1 411 596/30 552 000)	36% (10 937 768/ 30 552 000)	100% (12/12)	5% (1045/19 589)	100% (12/12)	0% (0/12)
Algeria – <i>Algérie</i>	AFR	30	5423	0.01 ^c	5.42	No data – <i>Sin datos</i>	26% (10 005 224/ 39 208 000)	No data – <i>Sin datos</i>	100% (5423/5423)	No data – <i>Sin datos</i>	No data – <i>Sin datos</i>
Brazil* – <i>Brasil*</i>	AMR	3453	19 402	0.41	1.46	43% (86 997 054/200 362 200)	70% (139 396 846/ 200 362 200)	82% (2950/3453)	89% (17 324/19 402)	66% (2283/3453)	7% (230/3453)
Colombia	AMR	31	11 433	0.32	4.02	2% (972 942/48 321 000)	60% (28 792 312/ 48 321 000)	100% (31/31)	100% (11 433/11 433)	94% (29/31)	0% (0/31)
Iran (Islamic Republic of) – <i>Irán (República Islámica de)</i>	EMR	54	21 148	0.03	2.68	27% ^a (20 592 663/75 156 975)	46% ^a (34 351 077/ 75 156 975)	61% (33/54)	77% (16 257/21 148)	80% (43/54)	0% (0/54)
Morocco – <i>Marruecos</i>	EMR	86	2555	0.91	5.62	10% (3 174 300/33 008 000)	14% (4 548 800/ 33 008 000)	100% (86/86)	75% (1929/2555)	100% (86/86)	2% (2/86)
Pakistan	EMR	7	2850	0.03	0.33	1% (2 165 661/185 044 286)	47% (86 430 075/ 185 044 286)	No data – <i>Sin datos</i>	No data – <i>Sin datos</i>	No data – <i>Sin datos</i>	No data – <i>Sin datos</i>
Peru – <i>Perú</i>	AMR	Non endemic – <i>No endémico</i>	5888	0	2.70	N/A – <i>N/A</i>	76% (23 039 846/ 30 376 000)	N/A – <i>N/A</i>	100% (5888/5888)	N/A – <i>N/A</i>	N/A – <i>N/A</i>
Saudi Arabia – <i>Arabia Saudí</i>	EMR	12	2190	0.01	0.71	32% (9 186 737/28 829 000)	No data – <i>Sin datos</i>	100% (12/12)	No data – <i>Sin datos</i>	92% (11/12)	0% (0/12)
Syrian Arab Republic – <i>República Árabe Siria</i>	EMR	36	55 204	0.02	22.74	26% (5 795 000/22 157 800)	100% (21 898 000/ 21 899 000)	No data – <i>Sin datos</i>	No data – <i>Sin datos</i>	No data – <i>Sin datos</i>	No data – <i>Sin datos</i>
Tunisia – <i>Túnez</i>	EMR	44	3368	0.04	5.67	90% (9 901 000/10 996 600)	54% (5 935 000/ 10 996 600)	100% (44/44)	No data – <i>Sin datos</i>	No data – <i>Sin datos</i>	No data – <i>Sin datos</i>
Turkey – <i>Turquía</i>	EUR	22	3977	0.03	1.19	9% (6 838 486/ 75 932 348)	44% (33 419 241/ 75 932 348)	100% (22/22)	100% (3977/3977)	No data – <i>Sin datos</i>	No data – <i>Sin datos</i>
Subtotal for CL high burden countries – <i>Subtotal para países con alta carga de LC</i>		3787	153 027			147 035 439	398 754 189				
Total*		31 092	154 649			616 220 219	431 850 220				

AFR: WHO African Region; AMR: WHO Region of the Americas; EMR: WHO Eastern Mediterranean Region; EUR: WHO European Region; SEAR: WHO South-East Asia Region; WPR: WHO Western Pacific Region. – *AFR: Región africana de la OMS; AMR: Región OMS de las Américas; EMR: Región OMS del Mediterráneo Oriental; EUR: Región europea de la OMS; SEAR: Región OMS del Sudeste Asiático; WPR: Región OMS del Pacífico Occidental.*

N/A: Not applicable. – *N/A: No aplicable.*

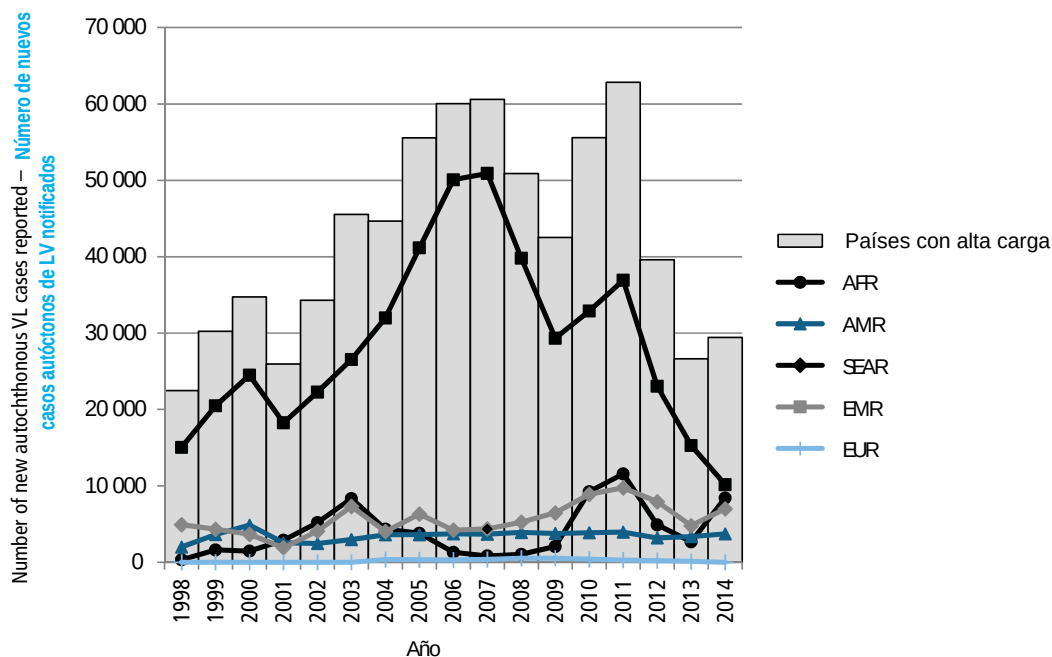
* Brazil is high-burden country for both VL and CL. – *Brasil es un país con alta carga de enfermedad tanto para LV como LC*

^a Population at risk was provided by national leishmaniasis programmes. – *Los datos de población en riesgo son aportados por los programas nacionales de control de la leishmaniasis*

^b VL incidence rate and population at risk calculated for year 2013. – *La tasa de incidencia de LV y la población en riesgo están calculados para el año 2013*

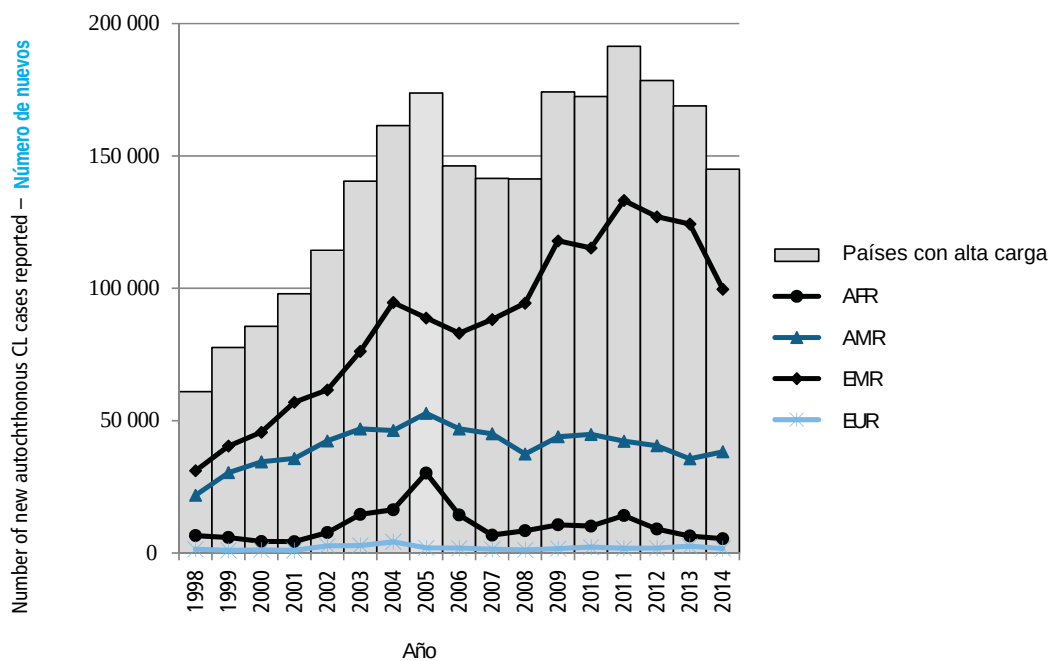
^c VL incidence calculated over total population. – *La incidencia de LV está calculada sobre la población total.*

Figure 1a Leishmaniasis visceral (LV) en 14 países con alta carga de enfermedad, 1998-2014



AFR: Región africana de la OMS; AMR: Región OMS de las Américas; EMR: Región OMS del Mediterráneo Oriental; EUR: Región europea de la OMS; SEAR: Región OMS del Sudeste Asiático; WPR: Región OMS del Pacífico Occidental

Figure 1b Leishmaniasis cutánea (LC) en 12 países con alta carga de enfermedad, 1998-2014



AFR: Región africana de la OMS; AMR: Región OMS de las Américas; EMR: Región OMS del Mediterráneo Oriental; EUR: Región europea de la OMS; SEAR: Región OMS del Sudeste Asiático; WPR: Región OMS del Pacífico Occidental

FUENTE

Weekly Epidemiological Report, vol. 91, 22 (pp. 285–296) 3 de junio de 2016,
<https://www.who.int/wer/2016/wer9122.pdf?ua=1>

Artículo traducido al español por

Francisco Javier Moreno Nuncio

CENTRO COLABORADOR DE LA OMS PARA LEISHMANIASIS

Centro Nacional de Microbiología
INSTITUTO DE SALUD CARLOS III