LEISHMANIASIS

COMPORTAMIENTO EN CALDAS 1992

JULIAN ALBERTO MONTOYA G.
Médico D.S.S.C.

Durante 1992 en el Departamento de Caldas fueron reportados 435 casos nuevos de Leishmaniasis Tegumentaria, para lo cual fue de gran ayuda la motivación que se realizó a todas aquellas personas encargadas para el diligenciamiento adecuado de los registros mensuales de casos nuevos de Leishmaniasis, en los Municipios que presentaron esta patología, lo cual nos permitió obtener datos mas confiables, sobre la magnitud del problema que aqueja la comunidad de nuestro Departamento.

Debido a las condiciones climáticas que existen en el Departamento, para el desarrollo del vector, a las deficientes medidas de prevención que se han tomado y al comportamiento migratorio de la población, esta patología se ha venido extendiendo a otras regiones de Municipios que anteriormente no habían presentado ningún caso autóctono, con el consiguiente deterioro de la salud de la población y aumentando el riesgo de enfermar y quizás de morir por esta enfermedad.

Para tener un conocimiento de la magnitud del problema de la Leishmaniasis en Caldas, se hará a continuación un análisis de la información recibida de los diferentes Municipios, durante el año de 1992. Así mismo veremos la tendencia

que presenta esta patología a través del tiempo, su forma de comportamiento según las variables de edad, sexo y ocupación, entre otras.

CASOS NUEVOS DE LEISHMANIASIS POR GRUPOS DE EDAD

CALDAS 1992

GRUPOS DE EDAD	No	%	TASA X 10.000 HBTS
Menores de 1 año	15	3.4	8.7
1 - 4	55	12.6	6.7
5 - 14	121	28.0	6.0
15 - 44	181	41.6	3.0
45 - 59	38	8.7	3.2
60 y +	25	5.7	3.3
TOTAL	435	100.0	4.2

FUENTE: Informes mensuales Leishmaniasis Control Patologías 1992.

Los grupos de edad de 15 a 44 y de 5 a 14 años representan el 70% del total de casos reportados, Es significativo que el 12.6% del total de casos corresponde al grupo de 1 a 4 años de edad.

Relacionando el número de casos con la población por grupo de edad, se encuentra que los menores de 1 año, presentan una tasa de incidencia específica de 8.7 por 10.000 niños menores de 1 año,lo que nos indica que este grupo de edad tienen el riesgo más alto de enfermar; seguido en su orden por el grupo de 1 a 4 con una tasa de 6.7 y el grupo de 5 a 14 con una tasa de 6.0.

Lo anterior nos demuestra que la Leishmaniasis es una enfermedad intra o peridomiciliaria y no unicamente de áreas selváticas o boscosas donde solo el hombre adulto trabajador la puede adquirir.

LEISHMANIASIS DISTRIBUCION POR SEXO

CALDAS 1992

SEXO	CASOS	%
Femenino Masculino	178 257	41.0 59.0
TOTAL	435	100.0

Referente al comportamiento de la Leishmaniasis según el sexo, el masculino aporta 257, que corresponde al 59.0% y el femenino con 178 casos que corresponde al 41.0 % del total.

La relación hombre- mujer se encuentra en 1.4:1, quiere decir que por una mujer se encuentra 1.4 hombre con Leishmaniasis, lo que no es una diferencia muy significativa.

DISTRIBUCION LEISHMANIASIS EN CALDAS 1992 SEGUN OCUPACION

OCUPACION	NUMERO	%
Hogar	204	47
Agricultor	136	31
Estudiante	68	16
Minero	9	2
Militar	9	2
Otros	9	2
TOTAL	435	100.0

Según la ocupación el mayor número de casos es aportado por las personas dedicadas a las actividades del hogar, que representa el 47% del total de los casos.

Para clasificar los casos en la ocupación de Hogar, se tiene en cuenta los siguientes criterios:

1. Mujer de cualquier edad que se dedique exclusivamente a oficios domésticos.

2. Menor de 15 años que no este trabajando o estudiando.

3. Mujer u hombre mayor de 65 años que no este estudiando o trabajando.

La ocupación de agricultor representa un 31 % del total de los casos diagnosticados, seguidos de los estudiantes con un 16%; esto nos confirma que el vector transmisor de la Leishmaniasis está presente tanto a nivel peri como intradomiciliario.

LEISHMANIASIS NUMERO DE CASOS POR MUNICIPIO
CALDAS 1992

MUNICIPIO	CASOS	%	TASAX 10.000 Hbts	Puesto
SAMANA	241	55.4	60.5	1
VICTORIA	68	15.6	54.1	2
PENSILVANIA	22	5.0	6.5	5
LA DORADA	9	2.0	1.3	9
MARQUETALIA	10	2.2	5.8	6
MANZANARES	1	0.2	0.3	12
MANIZALES	14	3.2	0.3	12
NEIRA	2	0.4	0.6	11
FILADELFIA	7	1.6	3.8	8
ANSERMA	1	0.2	0.2	13
SALAMINA	36	8.2	12.5	3
LA MERCED	10	2.2	7.9	4
PACORA	2	0.4	0.8	10
AGUADAS	16	3.6	4.9	7
TOTAL	435	100.0		

En 1992 Samaná ocupó el primer puesto como aportador de casos de Leishmaniasis con 241, que corresponde al 55.4 % de todos los casos del Departamento, seguido del Municipio de Victoria con 68 casos (15.6%),

Salamina con 36 casos (8.2%), Pensilvania con 22 casos (5.0 %), Aguadas con 16 casos (3.6 %).

El 80% del total de los casos se presentaron en la Región del Oriente del Departamento de Caldas.

El 14.4 % del total de los casos se presentaron en la Región del Norte y el 5.6 % restante lo encontramos en la Región Central del Departamento de Caldas.

El mayor riesgo de Adquirir la enfermedad según las tasas de incidencia por 10.000 habitantes para 1992, también lo encabeza el Municipio de Samaná (60.5) seguido de Victoria (54.1), Salamina (12.5), La Merced (7.9), y Pensilvania (6.5), Observando que los municipios de Oriente son los que tienen mayores tasas seguidos de los municipios del Norte y el Centro de Caldas.un foco relativamente nuevo como es el de Salamina, se le han sumado en el último semestre de 1992, los focos de La Merced , Filadelfia, Pácora y Aguadas (Arma), con tasas de incidencia comparativamente altas, donde antes no se habían reportado casos autóctonos.

TENDENCIA DE LEISHMANIASIS EN CALDAS 1983 - 1992

Analizando la tendencia de la Leishmaniasis en Caldas durante los últimos 10 años comparando las tasas de incidencia para todo el Departamento, podemos observar una caída de la curva hacia el año de 1985, posiblemente debida al deterioro del Programa en el diagnóstico de los casos y por la no disponibilidad de Glucantime; En 1990 vemos que la curva vuelve a elevarse debido a aparición de un nuevo foco en el Departamento, concretamente en el municipio de Salamina, lo que despertó el interés en la búsqueda y mejoramiento de los registros de los nuevos casos. Llegándose a un tope en 1991 a un total de 799 casos que corresponde a una tasa de 7.9 x 10.000 Hbts.

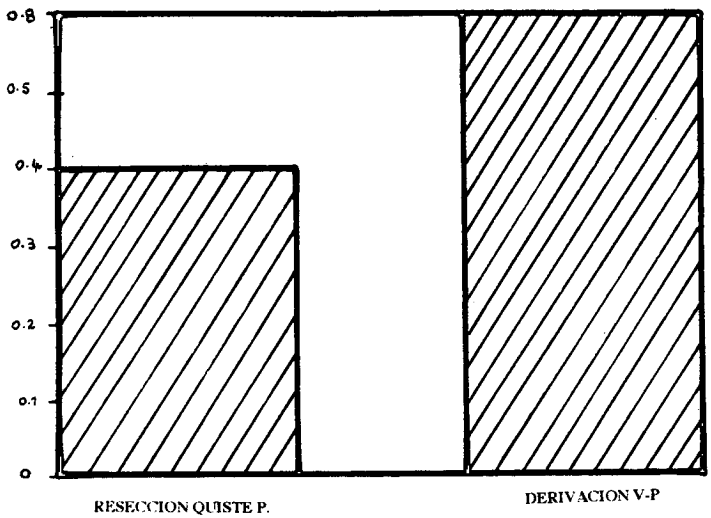
En 1992 la Leishmaniasis registra un total de 435 casos con una tasa de incidencia de 4,2 por 10.000 Hbts, tasa que disminuyó, comparada con el año anterior, debido posiblemente al comportamiento cíclico de la enfermedad, a la exigencia de la comprobación del diagnóstico por laboratorio para reportar el paciente como un caso, u otra serie de factores que con el tiempo se podrán definir.

Ver gráfica N° 1

* Posiblemente debido al deterioro del programa en el diagnóstico de los casos.

Cuadro N° 10

TRATAMIENTO QUIRURGICO



TRATAMIENTO QUIRURGICO

PROCEDIMIENTO	# DE CASOS	PORCENTAJE
RESECCION QUISTE P.	2	0.4
DERIVACION V-P	3	0.6

LEISHMANIASIS
NUMERO DE CASOS POR MUNICIPIO
(1989-1992)

MUNICIPIO	AÑO 89	AÑO 90	AÑO 91	AÑO 92
SAMANA	144	119	405	241
SAMANA	57	38	102	71
Florencia	19	26	61	29
Norcasia	17	37	130	72
San Diego	51	18	112	69
VICTORIA	118	143	204	68
PENSILVANIA	8	74	85	22
LA DORADA	5	7	18	9
MARQUETALIA	5	21	23	10
MANZANARES	1	1	3	1
MANIZALES	14	12	9	14
PALESTINA	-	-	2	-
NEIRA	-	-	3	2
VILLAMARIA	-	-	1	-
SALAMINA	-	13	36	32
LA MERCED	-	-	-	10
PACORA	-	2	1	2
FILADELFIA	-	1	-	7
AGUADAS	-	-	2	16
ANSERMA				1
TOTAL	295	393	792	435

FUENTE: Consolidado Leishmaniasis
Sección Control de Patológías.

PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE LA LEISHMANIASIS

NORMAS TECNICAS:

El siguiente es un resumen de las principales actividades que se deben realizar como Normas Técnicas del programa de Leishmaniasis.

1. DEFINICION DE CASO DE LEISHMANIOSIS

Toda persona procedente de área endémica, que presente lesiones cutáneas, mucocutáneas viscerales, atribuibles a parásitos del género Leishmania, demostrados por métodos diagnósticos, parasitológicos, inmunológicos histopatológicos.

2. EDUCACION Y PROMOCION EN LA COMUNIDAD

3. BUSQUEDA PASIVA Y ACTIVA DE LOS CASOS

4. ACTIVIDADES DE LABORATORIO

En la unidad de salud sin recurso de laboratorio el médico tomará muestra para frotis directo, y biópsia de diagnóstico a pacientes sospechosos y cultivo de la lesión a pacientes que lo ameriten. El personal de enfermería tomará muestra para IFI de diagnóstico, control y aplicación de la prueba de Montenegro cuando se requiera.
En las unidades de salud con recurso de laboratorio, será responsabilidad de la bacterióloga la toma del directo, cultivo, IFI de diagnóstico y control; el médico es el responsable de la toma de la biopsia

REMISION DE MUESTRAS

Los exámenes directos, la biopsia, IFI y cultivos se remiten directamente al laboratorio de referencia departamental.

5. DIAGNOSTICO

Para la realización del diagnóstico tener en cuenta:

- Historia clínica:
  A todo paciente sospechoso se le debe elaborar Historia clínica en duplicado, en el formato del programa. El duplicado debe enviarse a la Sección Control de Patologias de la Dirección Seccional de Salud de Caldas, siendo este el requisito para el suministro del tratamiento correspondiente.

- Confirmación por Laboratorio:
  Para el diagnóstico debe tomarse primero a todo paciente sospechoso de Leishmaniosis el frotis directo y aplicar Leishmanina, sino se confirma después de varios frotis, realizar frotis por aposición y biopsia e IFI consecutivamente.

- Teniendo en cuenta los criterios Epidemiológicos, clínicos y de Laboratorio, especificar de acuerdo a la clasificación el tipo de leishmaniosis.

Los exámenes de laboratorio se proporcionarán gratuitamente al paciente.

6. TRATAMIENTO

El tratamiento de la Leishmaniosis será controlado directamente por personal del equipo de salud y se proporcionará en forma gratuita de acuerdo al criterio médico. El tratamiento solo debe prescribirse a pacientes con diagnóstico comprobado de Leishmaniosis, con visualización del parásito por cualquiera de los métodos disponibles.

- Droga de elección

Antimoniato pentavalente de N.Metil Glucamino (Glucantime)

PRESENTACION:
Ampolla de 1.5 gr en 5 c.c. al 30%
c.c. = 85 mg de Antimoniato (SB)
1 Ampolla= 425 mg de Antimonio (Sb)

No exceder más de 2 ampollas o 10 ml en un paciente por día.

-Dosis y tiempo de tratamiento

FORMA CLINICA	DOSIS	VIA	TIEMPO DE TRATAMIENTO
L. Cutanea	15-20 mg/ (kg)/ día (sb)	I.M.	Durante 2-3 sem
L. Mucocutánea	15-20 mg/ (kg/) día (sb)	I.M.	Durante 3-4 Sem
L. Visceral	20 mg/ (kg)/ día (sb)	I.M.	Durante 3-4 Sem

Vía de Admón: I.M. profunda

- La dosis total puede ser aplicada en 1 o 2 dosis diarias.
  El tiempo de cicatrización puede exceder el tiempo de Administración del medicamento, sin embargo esto no significa prolongación del tratamiento.

CONTRAINDICACIONES:

Trastornos renales, hepáticos, cardiacos severos y el embarazo.

- Intolerancia al antimonio (sb):
  Fiebre, erupción, tos, mialgias, anorexia, nauseas, vómito y cefalea que imponen suspender el tratamiento.

- Intoxicación por antimonio (sb)
  Fiebre, compromiso neurológico (polineuritis) y daño hepático.

- Criterios de curación
  - Para Leishmaniosis cutánea
  - Aplanamiento del borde activo de la úlcera.
  - Desaparición de la induración de la base
  - Comienzo de cicatrización
  - Desaparición de linfangitis i caso de que haya ocurrido.
  - Curación clínica de la lesión 60 días después del tratamiento.
  - No recurrencia de lesiones en el mismo sitio de las iniciales, ni aparición de compromiso en mucosas dentro del año posterior a la terminación de la terapia.
  - Para leishmaniosis Mucocutanea

Involución de las lesiones y de los infiltrados nasales, de paladar blando y mucosa oral.

La perforación septal persiste en caso de haber ocurrido pero no implica actividad de la enfermedad.

Título IFI por debajo de 1:16 diluciones y falta de aumento durante los controles.

Curación completa de las lesiones de la mucosa dentro de los 6 meses siguientes a la terminación de la terapia.

Un aumento de los títulos de anticuerpos, indica recidiva de la infección.

7. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

El seguimiento del paciente con diagnóstico de Leishmaniosis se realizará a través de controles postratamiento gratuitos así:

FORMA CLINICA	EVALUACION MEDICA	CONTROL SEROLOGICO (J.F.I)
L. Cutánea	Al terminar tratamiento	2- 6- 12 meses
L. Mucocutánea	Al terminar tratamiento	2-6-12-18-24 meses
L. Visceral		2-6-12-18-24 meses

8. FROTIS DIRECTO DE LA LESION

Ante la sospecha clínica de Leishmaniosis, es necesario visualizar el parásito, para corroborar el diagnóstico. El exámen directo es un método rápido, de facil realización y económico, la eficacia del diagnóstico por este método depende de la técnica de la toma y colaboración de la muestra y la capacitación del personal que la interpreta, además del interés que se tenga en la entidad.

En la Leishmaniosis cutánea la positividad diagnóstica es del 70 % al 80 % y en la mucocutánea es del 50%. Un buen frotis contiene abundantes histiocitos o macrófagos, en donde se encuentran amastigotes intra o extracelulares. Si la preparación contiene mucha sangre o pus, se considera de mala calidad y es poco probable detectar allí los parásitos; cuando en las primeras preparaciones no es posible encontrar los amastigotes, se deben tomar nuevas muestras (1 o más veces) de un sitio diferente de la misma lesión o si hay otras lesiones, escoger la más reciente y activa de ellas.

- Interpretación.
- Directo positivo

  Cuando se observa la presencia de amastigotes de la Leishmania intra o extracelular.

Prueba de Montenegro (Leishmanina)

Es una prueba de hipersensibilidad retardada que mide inmunidad celular, aparece positiva después de 4 semanas de haber tenido exposición al parásito y una vez que se positiviza dura así toda la vida. Esta prueba mide unicamente exposición previa al antígeno pero no necesariamente indica enfermedad, por lo cual no debe tomarse como una prueba diagnóstica absoluta. Es útil el estudio de focos para determinar la distribución, magnitud de la infección, la endemicidad o epidemicidad y los grupos de población más expuestos.

En general se acepta que en un 100% de pacientes con Leishmaniosis cutánea y mucocutánea. La prueba es positiva, es negativa en casos de Leishmaniosis visceral y cutánea difusa, es una prueba que sirve para apoyar el diagnóstico clínico o Histologíco.

LEISHMANINA:

Es una solución de formas promastigotes, inactivadas con fenol, obtenidas del cultivo en medio NNN. Modificado en solución Schneider al 15 % con una proporción de 5 millones por c.c. del complejo Leishmania brasiliensis y 5 millones por c.c. del complejo mexicano.
La Leishmanina debe conservarse en refrigeración.

BIBLIOGRAFIA

-Diario oficial República de Colombia
Santafé de Bogotá, D.C.
Febrero 1.992
N° 40 345

-Servicio Seccional Salud de Antioquia
Leishmaniosis
Normas Técnicas y Administración 1.987

-Mejía R. Samuel
Leishmaniasis
Boletín Epidemiológico de Caldas 1.988

-Consolidado Leishmaniasis
Oficina Control de Patologías 1.992