



Informe epidemiológico sobre la situación de la leishmaniasis en España. Año 2022

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 4 de octubre de 2023 con los datos disponibles hasta la fecha.

Depuración, validación y análisis de los datos:

Beatriz Fernández Martínez. Área de Análisis en Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII. CIBERESP.

Área de Vigilancia de Salud Pública. Equipo SiViEs. Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII.

Vigilancia y notificación de los casos:

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas.

Cita sugerida: Informe epidemiológico sobre la situación de la leishmaniasis en España. Año 2022. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. CIBERESP

Introducción

La leishmaniasis es una enfermedad causada por protozoos del género *Leishmania*, característica de climas tropicales y subtropicales, incluyendo la región del Mediterráneo. La mayor carga de enfermedad está en Brasil, este de África, subcontinente indio y Oriente próximo. Se trata de una zoonosis cuya vía de transmisión más frecuente a humanos es por la picadura de hembras de *Phlebotomus* o de *Lutzomyia*.

Los vectores, reservorios y la especie de parásito, varían según la localización geográfica. *L. infantum* se distribuye por regiones del Mediterráneo, incluyendo España. El vector en nuestro medio son especies de *Phlebotomus*, principalmente *P. perniciosus* y *P. ariasi* y los principales reservorios son perros o pequeños mamíferos lagomorfos como liebres.

El período de incubación es de entre 1 semana a varios meses para las formas cutáneas y de 2-4 meses para las viscerales, aunque puede ser mayor. Una proporción variable de infectados son asintomáticos mientras que algunos desarrollan la enfermedad y esto se asocia con ciertos factores de riesgo como la inmunosupresión. Hay 3 formas principales de presentación de la enfermedad en humanos: la leishmaniasis cutánea (LC) es la infección primaria y la forma más común, que si no se resuelve puede producir formas diseminadas en piel o más profundas en mucosas (leishmaniasis muco-cutánea –LMC–) u órganos internos (leishmaniasis visceral –LV– o kala-azar, la forma más grave).

La prevención se basa en las medidas de control del vector y del reservorio zoonótico, en evitar la exposición al vector y en el diagnóstico precoz y manejo adecuado de los casos, tanto humanos como animales domésticos.

En España es una enfermedad de declaración obligatoria a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)¹, al Centro Nacional de Epidemiología. Hasta 2014 la vigilaban sólo las comunidades autónomas que consideraban que era de interés por ser endémica en su territorio. La última actualización del protocolo de vigilancia fue en 2013. La forma de notificación es semanal e individualizada².

Método

Los casos declarados siguen las definiciones de caso y los criterios para su clasificación recogidos en el Protocolo de la RENAVE de esta enfermedad. Las variables analizadas fueron: fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico, comunidad autónoma (CA) de residencia, CA de exposición, sexo, edad, importado, clasificación, categoría clínica, hospitalización, defunción. El informe contiene la descripción epidemiológica de los casos autóctonos de la enfermedad para el año 2022. Para la serie temporal se han incluido los casos notificados desde 2016. Se han considerado como casos no importados los que tenían valor desconocido en dicha variable. Se calcularon las tasas de incidencia (TI=número de casos/100.000 habitantes) anuales, de período, por CCAA del caso y del total nacional. Para la presentación de los datos en las figuras y las tablas se agregó la población en los siguientes grupos de edad: menores de 1 año, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 24, de 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 y 65 y más años. Se presenta también la distribución de los casos y de las tasas de incidencia (TI) por edad y sexo de los casos y la distribución geográfica por comunidades autónomas (CC AA) y la distribución porcentual de casos según categoría clínica de las CC AA con 10 o más casos. Se describen en otro apartado específico los casos importados. Se incluye un apartado de calidad de la información con la distribución porcentual de cumplimentación de las principales variables. El informe se ha realizado con los datos disponibles a fecha 04/10/2023.

¹ Real Decreto 2210/1995

² Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995

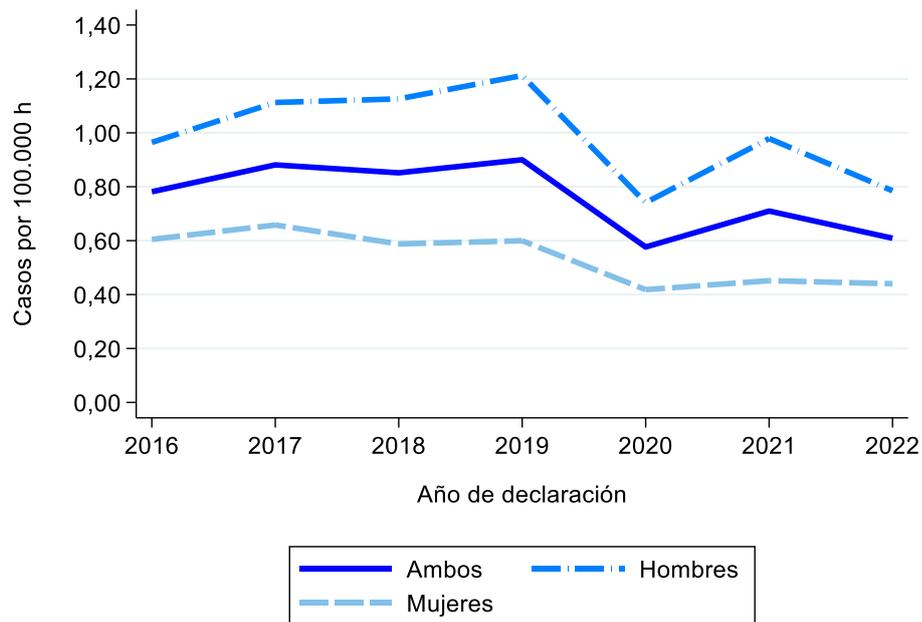
Resultados de la vigilancia

En 2022, 15 CC AA notificaron un total de 304 casos, de los que 297 (98,0%) fueron confirmados y 6 probables. Hubo 291 casos autóctonos y 13 casos importados, que se describen en un apartado específico.

Distribución temporal y espacial

La evolución del número de casos autóctonos en España ha sido relativamente estable desde 2016 a 2019 (TI=0,78 a 0,90 casos/100.000 habitantes), con un descenso en 2020 y cierto repunte en 2021 (figura 1). Todas las CCAA, excepto Asturias y Melilla han notificado algún caso desde 2016.

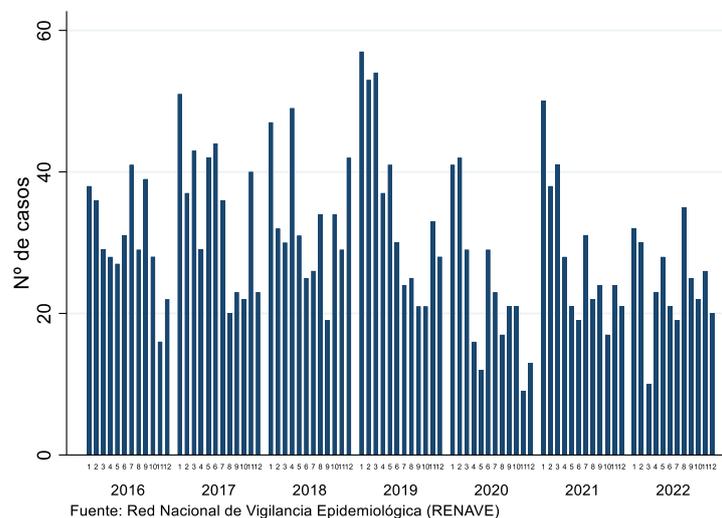
Figura 1. Tasas de incidencia de leishmaniasis según sexo y año de inicio de síntomas. España. 2016-2022



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Los casos se han distribuido durante todo el año, según mes de inicio de síntomas, con máximos en agosto (n=35) y entre enero y febrero (n= 32 y 30 casos, respectivamente) (figura 2).

Figura 2. Distribución de casos de leishmaniasis por mes. España. 2016-2022



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

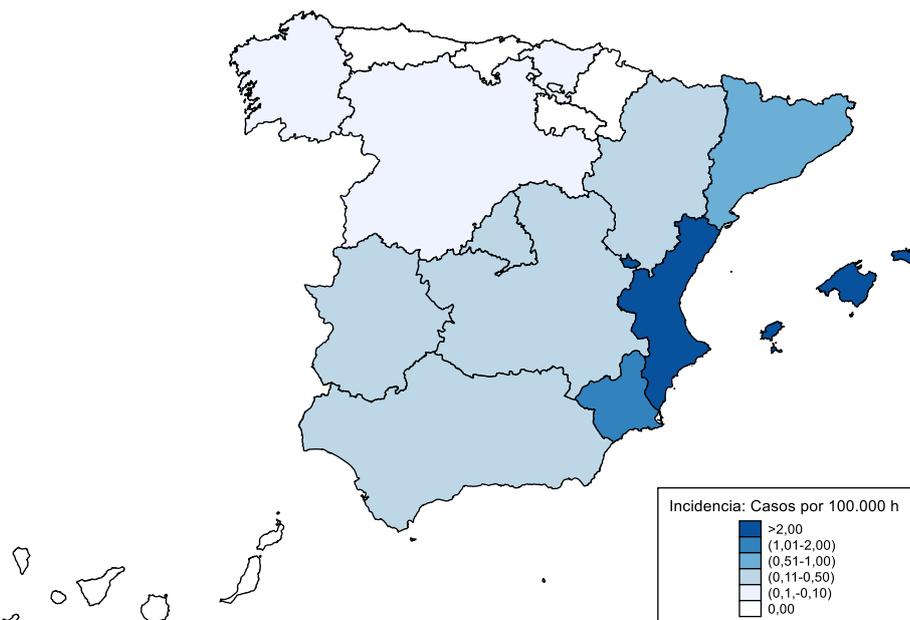
La TI de 2022 fue de 0,61 casos/100.000 habitantes. Las TI más elevadas correspondieron a Baleares (TI=2,60 y 32 casos), la C. Valenciana (TI=2,02 y 103 casos), y la Región de Murcia (TI=1,96 y 30 casos) (tabla 1 y figura 3).

Tabla 1. Número de casos y tasa de incidencia de leishmaniasis por CC AA. España, 2022

CC AA	Nº casos	TI
Andalucía	37	0,43
Aragón	2	0,15
Asturias	1	0,10
Baleares	32	2,60
Canarias	0	0,00
Cantabria	0	0,00
Castilla y León	1	0,05
Castilla-La Mancha	10	0,42
Cataluña	48	0,62
C. Valenciana	103	2,02
Extremadura	3	0,29
Galicia	1	0,04
Madrid	22	0,32
Murcia	30	1,96
Navarra	0	0,00
País Vasco	1	0,05
La Rioja	0	0,00
Ceuta	1	1,22
Melilla	0	0,00
Total España	291	0,61

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). TI: tasa de incidencia. TI calculadas según CCAA de exposición. Canarias y Navarra han notificado casos importados, que se excluyen para las TI

Figura 3. Tasa de incidencia de leishmaniasis por CC AA. España, 2022



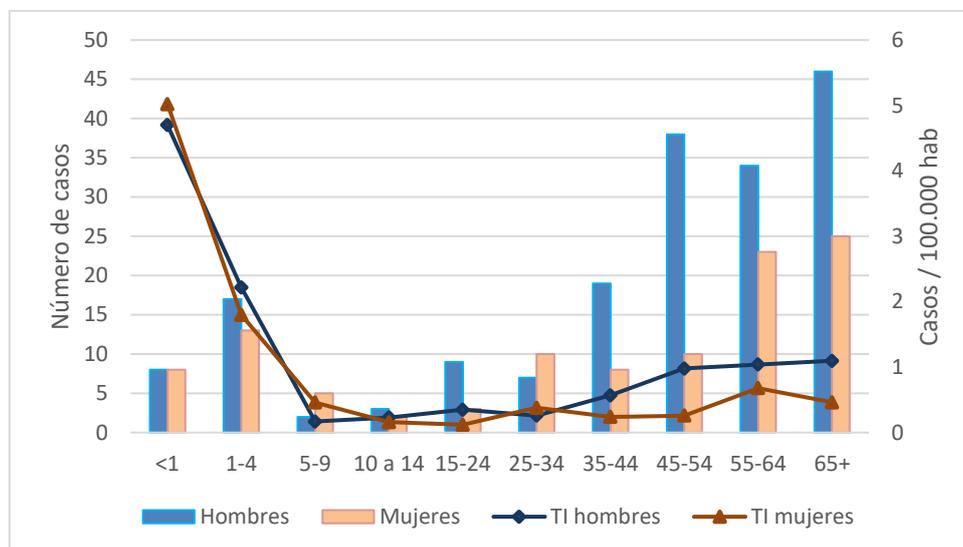
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Características de los casos

En 2022 hubo 183 hombres (63,1%; TI=0,79) y 107 mujeres (TI=0,44). La edad mediana fue de 53 años (p25-75: 27 a 64 años). Las tasas más elevadas se dieron en los menores de 1 año, tanto en hombres (TI=4,70) como en mujeres (TI=5,02) y en los de 1 a 4 años (TI=2,22 en hombres vs 1,80 en mujeres). En

los grupos de mayores de 10 años fue más frecuente en los hombres, a excepción de los de 25-34 años (figura 4).

Figura 4. Casos y tasas de incidencia de leishmaniasis por grupos de edad y sexo. España. 2022



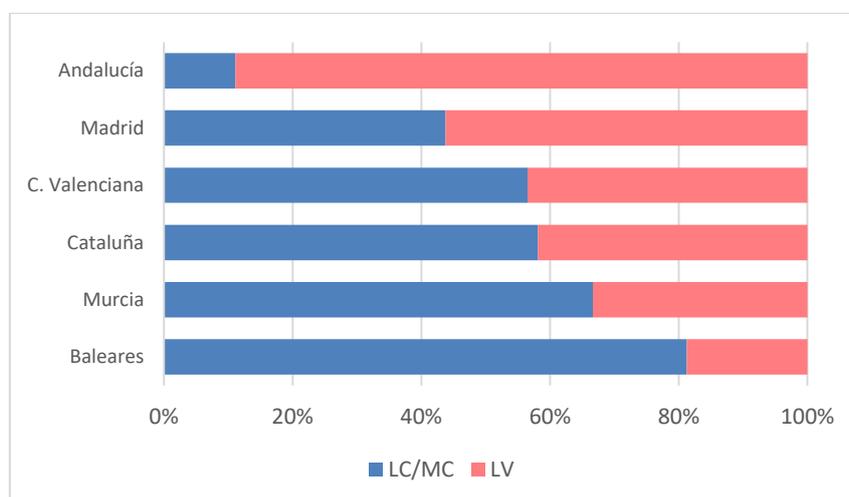
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

Se dispuso de información del país de nacimiento en 130 (44,7%), de los que 113 (87,6%) correspondían a países de Europa y 102 nacieron en España.

Clinica y evolución

De los casos con información disponible sobre categoría clínica de 2022 (n=257; 88,3%), fueron LV 119 (46,3%), y LC/MC 138 (53,7%); la categoría menos frecuente fue la LMC, que representó el 1,9% de los casos. La distribución según categoría clínica fue variable según las CCAA: las proporciones de LC/MC fueron superiores al 50% en Baleares, Cataluña, Murcia y la C. Valenciana. Por el contrario, las proporciones de LV fueron superiores al 50% en Andalucía y Madrid. En la figura 6 se muestra la distribución según forma clínica de las CCAA con 10 o más casos en el período analizado (información no disponible para Castilla La Mancha).

Figura 6. Proporción de casos de leishmaniasis según CCAA y categoría clínica. España. 2022



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Se han incluido las CCAA de exposición con ≥ 10 casos en el período, excepto Castilla La Mancha.

De los casos de 2022 hospitalizaron 124 (44,9%). La proporción de hospitalizaciones fue superior en los casos de LV (84,3% frente a 8,0% de LC y MC), en los menores de 1 año (82,3%), de 1 a 4 años (55,6%) y los mayores de 65 (53,5%).

Hubo 2 defunciones en 2022, que corresponde a una tasa de letalidad del 0,6%; ambos fueron casos de LV, mayores de 75 años.

Se dispuso de información de fechas para calcular el tiempo hasta el diagnóstico o demora en 220 casos (62,0%). La mediana fue de 47 días, p25-75: 16 a 128 días. Esta fue significativamente mayor en LC y MC que en LV (mediana 83 vs 14 días, respectivamente; $p < 0,000$).

Casos importados

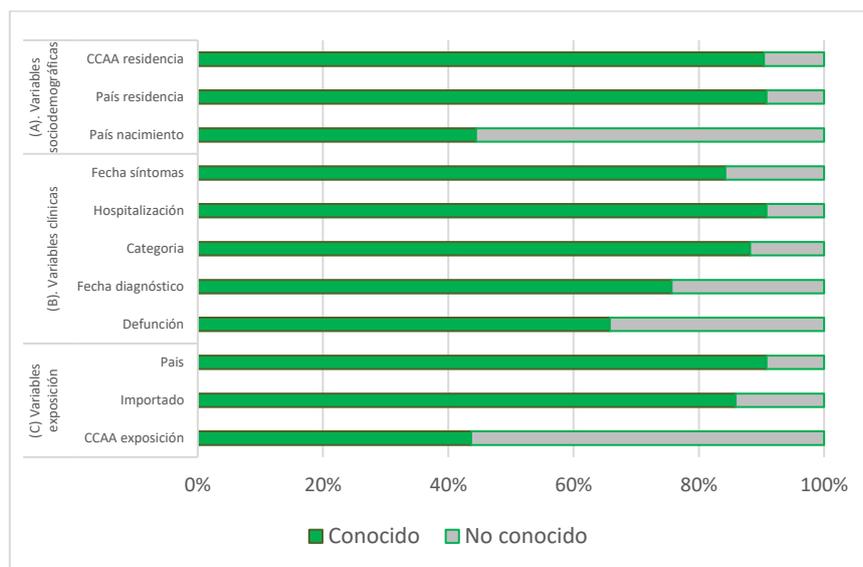
Se han registrado 13 casos importados en 2022, notificados por 5 CCAA. Cataluña ha notificado el mayor número de casos importados (n=6).

De los casos, 10 (76,9%) eran hombres y 3 mujeres. La edad mediana fue de 34, rango 0 a 76 años. Conocíamos la categoría clínica en 11 casos, de los que 8 (72,7%) fueron LC. La región de contagio más frecuente fue América Latina en 5 casos. Hubo 5 casos que precisaron hospitalización, de los que 3 eran LV. No se notificó ningún fallecido.

Calidad

Las variables con porcentaje de valores perdidos igual o superior al 50% fueron: CA de exposición y país de nacimiento. Presentaron entre 20%-50% de valores perdidos: fecha de diagnóstico, defunción. Hubo valores perdidos de entre 10% y 20% de los casos: fecha de inicio de síntomas, categoría clínica. Sólo 6 CCAA cumplieron alguna variable de factores de riesgo de exposición y el porcentaje de valores perdidos en estas variables fue superior al 90%, por lo que no se han analizado.

Figura 7. Frecuencia (%) de cumplimentación de variables de casos de leishmaniasis. España, 2022



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

Discusión

La evolución de la incidencia desde 2016 ha sido estable hasta 2019 con disminución posterior en 2020 y ligera recuperación en 2021. Esta evolución varía según las regiones, y puede ser debida, en parte, a una menor notificación de casos debido a la pandemia, aunque no se aprecia en 2022 un retorno a la línea basal

previa (2016 a 2019). Los casos se distribuyen durante todo el año, aunque se han observado máximos en agosto, coincidiendo con la época de mayor actividad del vector y de mayor exposición humana en el medio natural y en meses de invierno (enero y febrero), probablemente debido al período de incubación prolongado de las formas viscerales y al retraso diagnóstico en formas cutáneas.

Desde que se dispone de información de casos de todo el territorio, todas las CCAA excepto Asturias y Melilla han notificado casos. Se observan TI más elevadas en zonas del Mediterráneo (Baleares, C. Valenciana y R. Murcia), que presentan proporciones más elevadas de formas cutáneas. Parece apreciarse un gradiente noroeste-sureste, aunque el número de casos por año es reducido en muchas CCAA y conviene analizar esta información de forma agregada en un período más largo. Estas diferencias pueden ser debidas a una mayor sensibilidad en el diagnóstico y notificación o también a un mayor riesgo en ciertas zonas por mayor densidad o actividad del vector (ampliamente distribuido por España), factores relacionados con el reservorio o factores ambientales, entre otros.

Las TI han sido superiores en hombres durante todo el período y las más elevadas han sido en los menores de 1 año. La mitad de los casos corresponden a LC, con diferencias por CCAA, aunque la proporción de valores perdidos en la categoría clínica sigue estando por encima del 10% de los casos y algunas CCAA no la han notificado.

Las medidas de prevención van encaminadas al control del vector y de la transmisión e infección en el reservorio animal, por lo que un enfoque “Una salud” sería deseable para mejorar su control. En humanos es fundamental evitar las picaduras y realizar diagnóstico precoz y tratamiento de los casos, especialmente en la población inmunodeprimida. Existe margen de mejora en la cumplimentación de algunas variables. No se dispone de información de calidad acerca de factores de riesgo individuales. Incluir en la encuesta nacional variables estructuradas que recojan información sobre la situación de inmunosupresión contribuiría al seguimiento de la enfermedad en dicha población.