



MINISTERIO
DE CIENCIA, INNOVACIÓN
Y UNIVERSIDADES



Informe epidemiológico sobre la situación de la leishmaniasis en España. Año 2023

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 5 de julio de 2024 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: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. CIBERESP. Informe epidemiológico sobre la situación de la leishmaniasis en España, 2023. Madrid, julio 2024.

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. El objetivo del informe es conocer la situación epidemiológica de leishmaniasis en España en 2023 y su evolución temporal desde 2016.

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 2023. 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 incidencias acumuladas (IA=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 IA por grupo de edad y sexo de los casos, 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 05/07/2024.

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

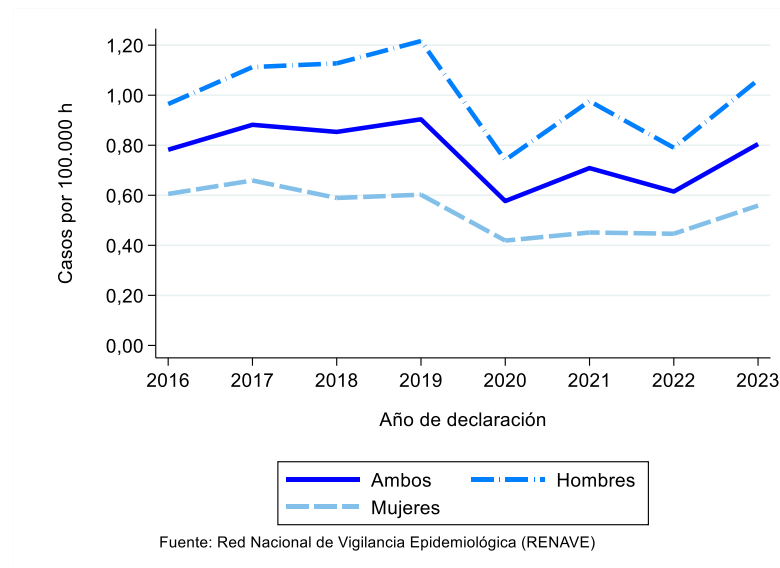
Resultados de la vigilancia

En 2023, 13 CC AA notificaron un total de 394 casos, de los que 390 (99,0%) fueron confirmados y 4 probables. Hubo 387 casos autóctonos y 7 casos importados, que se describen en un apartado específico.

Distribución temporal y espacial

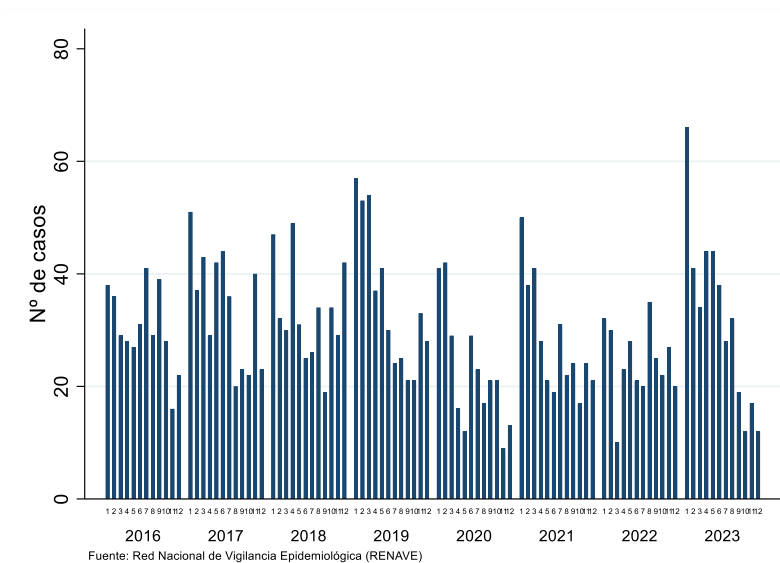
La evolución del número de casos autóctonos en España ha sido ligeramente ascendente desde 2016 a 2019 (IA=0,78 a 0,90 casos/100.000 habitantes, respectivamente), con un descenso en 2020 (IA=0,58) y cierto repunte posterior hasta 2023, con IA=0,80 (figura 1).

Figura 1. Incidencia acumulada de leishmaniasis según sexo y año de inicio de síntomas. España. 2016-2023



Los casos se han distribuido durante todo el año, según mes de inicio de síntomas, con máximos en 2023 en enero (n=66) (figura 2).

Figura 2. Distribución de casos de leishmaniasis por mes. España. 2016-2023



Todas las CCAA, excepto Asturias y Melilla han notificado algún caso desde 2016.

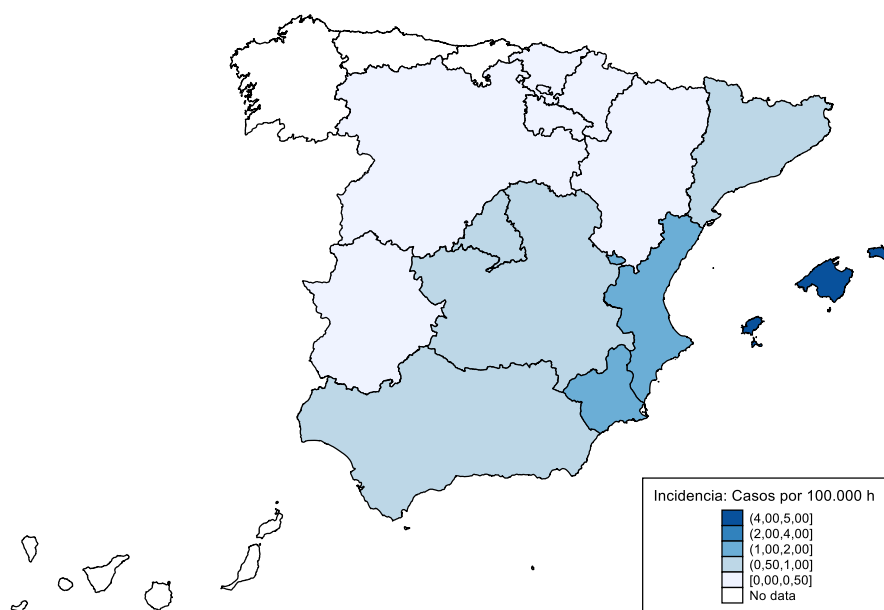
La IA de 2023 fue de 0,80 casos/100.000 habitantes, superior a la de 2022 (0,62). Las IA más elevadas correspondieron a Baleares (IA=4,22 y 51 casos), la Región de Murcia (IA=2,00 y 31 casos) y la C. Valenciana (IA=1,42 y 74 casos) (tabla 1 y figura 3).

Tabla 1. Número de casos e incidencia acumulada de leishmaniasis por CC AA. España, 2023 y su comparativa con el año 2022

CC AA	2022		2023	
	Nº casos	IA	Nº casos	IA
Andalucía	37	0,43	73	0,85
Aragón	2	0,15	6	0,45
Asturias	0	0,00	0	0,00
Baleares	32	2,70	51	4,22
Canarias	0	0,00	0	0,00
Cantabria	0	0,00	0	0,00
Castilla y León	1	0,05	4	0,19
Castilla-La Mancha	10	0,42	15	0,63
Cataluña	50	0,64	77	0,97
C. Valenciana	103	2,02	74	1,42
Extremadura	3	0,28	5	0,47
Galicia	1	0,04	0	0,00
Madrid	22	0,33	47	0,68
Murcia	30	1,96	31	2,00
Navarra	0	0,00	1	0,15
País Vasco	1	0,05	3	0,14
La Rioja	0	0,00	0	0,00
Ceuta	1	1,20	0	0,00
Melilla	0	0,00	0	0,00
Total España	291	0,62	387	0,80

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). IA: incidencia acumulada. IA calculadas según CCAA de exposición. Se han excluido los casos importados para el cálculo de las IA

Figura 3. Incidencia acumulada de leishmaniasis por CC AA. España, 2023



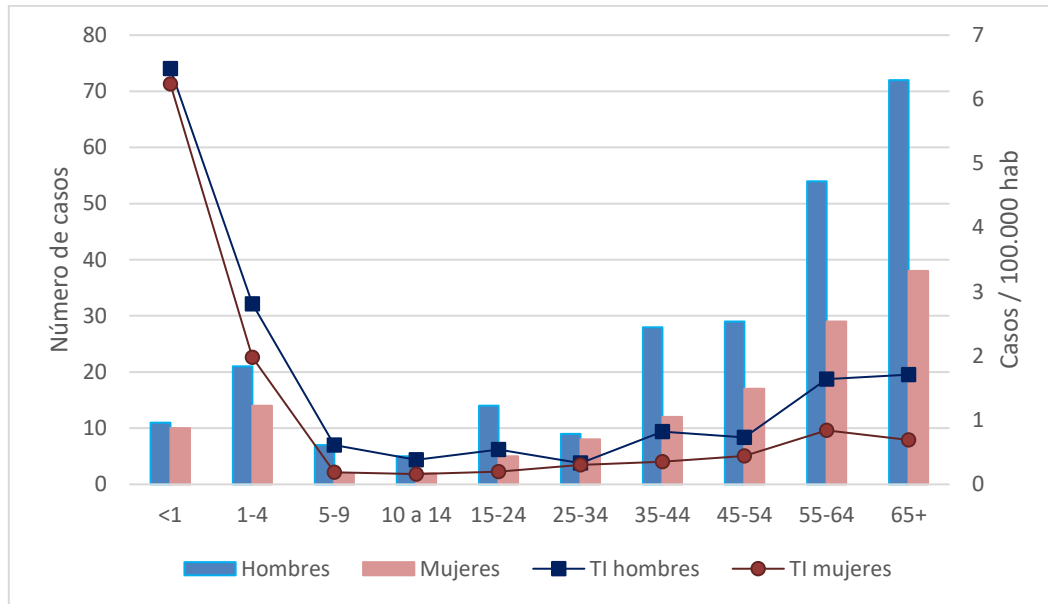
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Características de los casos

En 2023 hubo 250 casos de leishmaniasis en hombres (64,6%; IA=1,06) y 137 mujeres (IA=0,56). La edad mediana fue de 54 años (p25-75: 30 a 66 años). La incidencias más elevadas se dieron en los menores de 1

año, tanto en hombres (IA=6,48) como en mujeres (IA=6,24) y en los de 1 a 4 años (IA=2,81 en hombres vs 1,98 en mujeres). La frecuencia fue superior en los hombres en todos los grupos de edad (figura 4).

Figura 4. Casos e incidencias acumuladas de leishmaniasis por grupos de edad y sexo. España. 2023



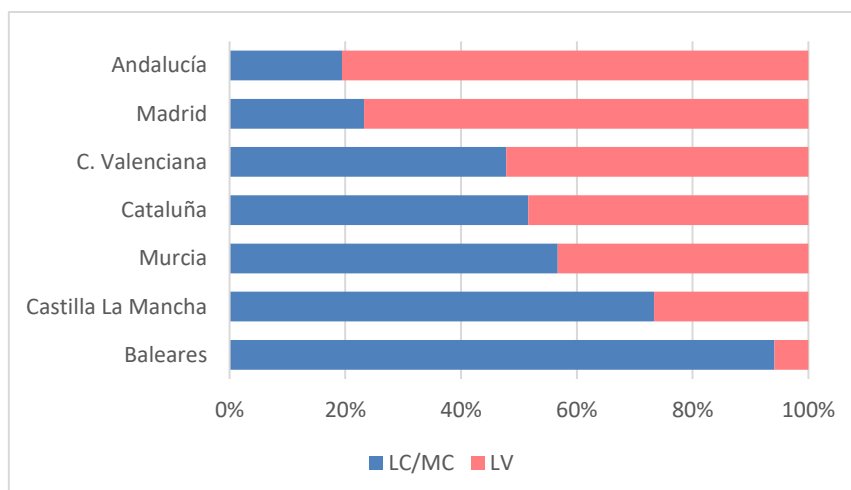
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

Se dispuso de información del país de nacimiento en 216 casos (55,8%), de los que 197 (91,2%) correspondían a países de Europa y 188 nacieron en España.

Clínica y evolución

De los casos autóctonos con información disponible sobre categoría clínica de 2023 (n=351; 90,7%), fueron LV 187 (52,2%), y LC/MC 171 (47,8%); la categoría menos frecuente fue la LMC (n=7), que representó el 2,0% de los casos. La distribución según categoría clínica fue variable según las CCAA: las proporciones de LC/MC fueron superiores al 50% en Baleares, Castilla La Mancha, Cataluña y Murcia. Por el contrario, las proporciones de LV fueron superiores al 50% en Andalucía, C. Valenciana y Madrid. En la figura 6 se muestra la distribución según forma clínica de las CCAA con 10 o más casos en 2023.

Figura 6. Proporción de casos de leishmaniasis según CCAA y categoría clínica. España. 2023



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Se han incluido las CCAA de exposición con ≥ 10 casos en 2023.

De los casos de 2023 hospitalizaron 183 (50,6%). La proporción de hospitalizaciones fue significativamente superior ($p < 0,001$) en los menores de 1 año (100%), de 1 a 4 años (79,4%), los mayores de 75 (65,0%) y en casos de LV (91,2% frente a 4,6% de LC /MC).

Hubo 3 defunciones en 2023, que corresponde a una tasa de letalidad del 0,8%; todos fueron casos de LV, mayores de 49 años.

Se dispuso de información de fechas para calcular el tiempo hasta el diagnóstico o demora en 284 casos (73,4%). La mediana fue de 24,5 días, p_{25-75} : 7 a 72 días. Esta fue significativamente mayor en LC/MC que en LV (mediana 113 vs 17 días, respectivamente; $p < 0,001$).

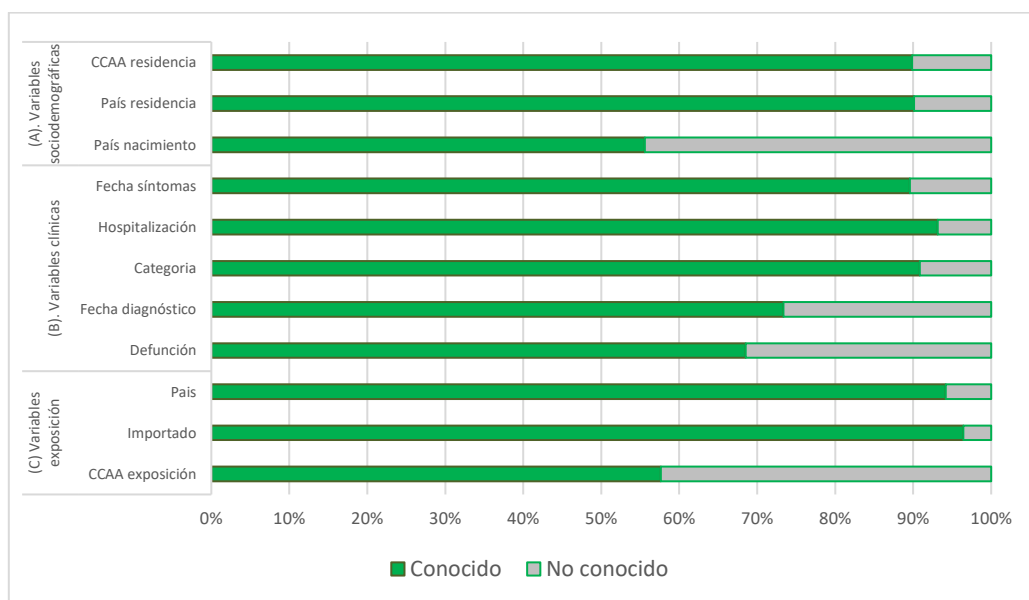
Casos importados

Se han registrado 7 casos importados en 2023, notificados por 4 CCAA. De los casos, 4 eran hombres y 3 mujeres, con rango de edad de 27 a 64 años. Todos los casos fueron de LC. Ninguno precisó hospitalización y no hubo fallecidos. Sólo se comunicó el país de procedencia de la infección en 2 casos: Costa Rica y Perú.

Calidad

Las variables con porcentaje de valores perdidos entre 20%-50% fueron: CA de exposición, país de nacimiento, defunción y fecha de diagnóstico. Presentaron entre 10 y 20% de valores perdidos: fecha de inicio de síntomas. Sólo 6 CCAA cumplimentaron 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, 2023



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

Discusión

La evolución de la incidencia desde 2016 ha sido ligeramente ascendente hasta 2019 con disminución posterior en 2020 y progresiva recuperación hasta 2023. Esta evolución varía según las regiones, y puede ser debida, en parte, a una menor notificación de casos debido a la pandemia, ya que se aprecia en 2023 un retorno a la línea basal previa (2016 a 2019). Los casos se distribuyen durante todo el año, aunque se han observado máximos en meses de invierno, probablemente debido al período de incubación más 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 IA más elevadas en zonas del Mediterráneo (Baleares, R. Murcia y C. Valenciana). 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 IA han sido superiores en hombres durante todo el período y las más elevadas han sido en los menores de 1 año, con proporciones de LV y de hospitalización muy elevadas. Cerca de la mitad del total de los casos corresponden a LC, con diferencias por CCAA.

Las medidas de prevención van encaminadas al control del vector y de la transmisión y la 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.