



InfoLEISH

Boletín informativo de la redLEISH-4ª edición

Julio de 2019

Editorial

Durante 2018, el programa de leishmaniasis cutánea (LC) de la DNDi continuó esforzándose en identificar un nuevo tratamiento para la enfermedad. Se finalizó el estudio de fase II de combinación terapéutica, cuyo objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad de la termoterapia (TT) + miltefosina para el tratamiento de la LC no complicada en Perú y Colombia. Los resultados finales se esperan para junio de 2019. Sobre la base de los alentadores resultados preliminares, estamos avanzando a un estudio de fase III que pretende demostrar la no inferioridad de la combinación terapéutica en comparación con la monoterapia con miltefosina y el tratamiento recomendado actualmente de antimonio de meglumina. El estudio se llevará a cabo en cinco centros ubicados en Brasil, Bolivia, Perú y Panamá. Se espera que el reclutamiento comience en 2020.

Seguimos avanzando en Química, Fabricación y Control (CMC, por su sigla en inglés) y en el desarrollo preclínico del inmu-nomodulador CpG D35, cuyo primer lote (fabricado según las normas de BPM - Buenas Prácticas de Manufactura) fue un éxito. Presentamos nuestra estrategia preclínica y los estudios de fase I a las Autoridades de Salud en el Reino Unido (MHRA) durante una reunión de asesoramiento científico, que se llevó a cabo en Londres el 5 de febrero. La Agencia estuvo de acuerdo con la estrategia general de control del Ingrediente Farmacéutico Activo (IFA), con la propuesta de comenzar el estudio de dosis única ascendente en voluntarios sanos en el Reino Unido y también en continuar con el estudio de dosis múltiple ascendente en sujetos infectados con *L. major*.

Los esfuerzos de tamizaje y descubrimiento de fármacos en *L. donovani* se han ampliado desde 2015, incorporando algunas cepas de *Leishmania* que causan la LC. Dos compuestos que mostraron actividad contra LV y LC, DNDi 0690 y 6148, han completado su desarrollo preclínico y entrarán en su desarrollo clínico durante 2019. Si no hay problemas de seguridad en los estudios de fase I y si hay una indicación de su eficacia en pacientes con LV, estos compuestos serán testeados para la LC.

El equipo de leishmaniasis continúa explorando oportunidades para trabajar en el Viejo Mundo, dada la inminente necesidad de probar el CpG D35 inicialmente en *L. major* y posteriormente en pacientes con *L. tropica*. También queremos trabajar con otras necesidades desatendidas, como las infecciones por *L. aethiopica* en Etiopía y el problema creciente de la LC en Sri Lanka. •

Byron Arana - DNDi, Ginebra



Daniel de Oliveira,
10 años,
afectado por la
leishmaniasis
cutánea en la zona
rural de Teolandia,
Bahía - Brasil.



Estudio de combinación de fase III	2	a los esfuerzos para eliminar la enfermedad en la región?.....	6
Ensayo randomizado de fase III, doble ciego de la crema de paromomicina tópica para la leishmaniasis cutánea en Panamá	3	Preferencias de tratamiento y evaluación de cicatrices en pacientes con leishmaniasis cutánea que reciben tratamientos locales, sistémicos y combinados	7
Efectividad de la terapia combinada con estibogluconato de sodio más pentoxifilina versus estibogluconato de sodio solo en el tratamiento de la leishmaniasis mucosa en Perú	4	Leishmaniacos de bata blanca y de camuflado	8
Integrando fuentes de datos sobre la efectividad de los tratamientos de la leishmaniasis tegumentaria americana en grupos de edad subrepresentados	5	Leishmaniasis y calidad de vida	10
Variante atípica de la <i>L. donovani</i> induciendo leishmaniasis cutánea en Sri Lanka: ¿una amenaza		Leishmaniasis cutánea difusa: estigma y sufrimiento por una enfermedad aún sin solución	11
		ABRAPLEISH	12
		Agradecimientos y créditos	12

ESTUDIO DE COMBINACIÓN DE FASE III

MARINA BONI - DNDi - América Latina



Ha llegado el momento de pasar de un ensayo de fase II a uno de fase III que combina termoterapia y miltefosina para el tratamiento de la leishmaniasis cutánea no complicada.

La DNDi ha finalizado recientemente un ensayo de fase II que evalúa la seguridad y la eficacia de la combinación de termoterapia (una sesión) + miltefosina (dosis estándar de 2,5 mg/kg/día durante 21 días, por vía oral), en comparación con la termoterapia sola (una sesión) para el tratamiento de la LC no complicada en Perú y Colombia. Los resultados preliminares en el análisis por intención de tratar (ITT), después de completar el reclutamiento de 130 participantes, han mostrado evidencias a favor del tratamiento combinado.

VENTAJAS EN EL USO DE LA COMBINACIÓN

1. El uso de un tratamiento local más un tratamiento sistémico hipotéticamente tendría un efecto aditivo, ya que el último eliminaría los parásitos circulantes o remanentes ubicados en la periferia de la lesión que el tratamiento local no elimina y que podría ser la causa de las recaídas;
2. También ofrece la oportunidad de aumentar la actual tasa de cura informada con cualquier otro enfoque de tratamiento disponible, cuando es utilizado solo;
3. La combinación reduce la duración del tratamiento con miltefosina. Y, si el enfoque combinado produce las tasas de cura esperadas, habrá evidencia para recomendar el reemplazo de los antimoniatos como tratamientos de primera línea para los casos de LC no complicada.

En vista de esto, nuestro ensayo de fase III tiene como objetivo determinar si este mismo tratamiento de combinación no es inferior en comparación con el tratamiento estándar de primera línea (dosis de antimoniatos de meglumina de 20 mg/kg/día durante 20 días, por vía parenteral) y con la monoterapia con miltefosina (dosis estándar de 2,5 mg/kg/día durante 28 días, por vía oral). Por lo tanto, habrá tres brazos de tratamiento en el estudio y los participantes serán evaluados por cura inicial en D90 y cura final en D180.

Se seleccionaron cuatro países y cinco centros para este ensayo abierto randomizado: Perú, Panamá, Brasil y Bolivia. El motivo de la selección de

estos centros fue la gran cantidad de nuevos casos y la dedicación de los investigadores con los que trabajamos estrechamente y sabemos de su arduo trabajo con sus pacientes. El plan es tener 306 participantes reclutados en los cinco centros.

Entonces, ¿dónde estamos ahora en la fase III? Todos sabemos el inmenso trabajo que implica el inicio de un ensayo clínico. Además de que se revisen internamente todos los documentos, como el protocolo y el consentimiento informado, hay toda una preparación que implica asegurar todos los centros, garantizar que cada uno de ellos pueda recibir el número de participantes y realizar los exámenes requeridos según el protocolo, revisar el presupuesto, preparar el sistema electrónico de captura de datos, preparar todos los monitores y sus planes de monitoreo, desarrollar todos los planes de gestión de seguridad, organizar la compra y el envío de medicamentos a los centros, el plan de manejo de datos y el plan de análisis estadístico. ¡Y todo esto antes de que se reclute nuestro primer participante! Este año enviaremos los documentos, como el protocolo y los consentimientos informados, a los Comités de Ética y las autoridades reguladoras. La aprobación lleva más tiempo en algunos de estos países que en otros, así esperamos comenzar el reclutamiento en 2020. •

ENSAYO RANDOMIZADO DE FASE III DOBLE CIEGO DE LA CREMA DE PAROMOMICINA TÓPICA PARA LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN PANAMÁ

JUAN MIGUEL PASCALE y NESTOR SOSA
Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Panamá



En Panamá, la leishmaniasis cutánea (LC) es una enfermedad parasitaria importante, con un promedio estimado de 2.200 nuevos casos por año, aunque este número puede llegar a ser 4 veces mayor debido a la subnotificación. Entre los casos reportados en Panamá entre 2005 y 2009, la especie incriminada en la mayoría fue la *L. panamensis* que causa lesiones típicas de LC. Sin embargo, tiene el potencial de progresar hasta la leishmaniasis mucocutánea en aproximadamente el 5% de los casos.

La primera línea de tratamiento para la LC en Panamá es el antimonio pentavalente, ya sea antimoniato de meglumina o estibogluconato de sodio, administrado por vía parenteral por 20 a 28 días. Las tasas de cura de LC por *L. panamensis* en adultos tratados con antimonio sistémico tienen un rango de 25% a 93%. Sin embargo, estos regímenes sistémicos se asocian a toxicidades que pueden impedir que el paciente reciba un ciclo de tratamiento completo. Se necesitan tratamientos alternativos, particularmente para pacientes con enfermedad leve, sin compromiso de las mucosas y que son inmunocompetentes, y para pacientes que viven en áreas con una infraestructura precaria (la mayoría de las zonas endémicas para LC).

En busca de nuevos tratamientos para la LC, llevamos a cabo un ensayo de fase III, randomizado, doble ciego, de dos grupos, que evaluó la eficacia y seguridad de la crema de paromomicina-gentamicina y de la paromomicina tópica sola en sujetos con LC en Panamá. No se incluyó un grupo de control del vehículo de aplicación, ya que se consideró antiética la privación del tratamiento con base en el sistema de atención en Panamá. Los sujetos del estudio eran hombres, o mujeres no embarazadas, no lactantes, a partir de los 2 años de edad, y con hasta 10 lesiones. Para cada sujeto, se seleccionó una lesión índice con las siguientes características: ulcerada, de 1 a 5 cm de diámetro, y con confirmación de presencia de parásitos *Leishmania* mediante cultivo o examen microscópico del material de la lesión. Por lo demás, los sujetos

estaban sanos y sin evidencia clínica de afectación de mucosas.

En total, 399 pacientes con 1 a 10 lesiones de LC fueron tratados por aplicación tópica una vez al día durante 20 días. El desenlace primario de eficacia fue el porcentaje de sujetos con cura clínica de una lesión índice con confirmada presencia de *Leishmania* sin recaída. La cura clínica de la lesión índice para paromomicina-gentamicina fue del 79% (IC del 95%; 72 a 84) y para la paromomicina sola fue del 78% (IC del 95%; 74 a 87) ($p=0,84$). El porcentaje de sujetos menores de 12 años y de 12 a 17 años de edad que alcanzaron la tasa de cura clínica final de la lesión índice fue de 84% y 82%, respectivamente.

De 399 sujetos, 398 fueron tipificados utilizando PCR/RFLP. De ellos, se identificó un total de 312 (78%) con infección por *L. panamensis*, 78 (20%) por *L. guyanensis* y 8 (2%) por *L. braziliensis*. No hubo diferencia significativa en la tasa de cura clínica final entre los grupos de tratamiento para ninguna de las especies identificadas.

Ninguna de las cremas se asoció a ninguna toxicidad sistémica severa o grave, específicamente, no se observó nefrotoxicidad y ototoxicidad relacionada con los aminoglucósidos. Las reacciones en el lugar de aplicación asociadas al tratamiento tópico y las dermatitis de contacto relacionadas con el uso de vendaje fueron frecuentes.

Este ensayo demuestra que el tratamiento tópico con una crema a base de paromomicina es una alternativa potencial a las recomendaciones actuales de tratamiento para la LC en Panamá. Un tratamiento tópico ofrece posibles ventajas sobre los tratamientos sistémicos, como los antimoniales pentavalentes, y podría ser una alternativa para tratar la LC en niños o en entornos donde el tratamiento parenteral no es factible. El tratamiento tópico también podría estudiarse en ensayos futuros como parte de la combinación terapéutica con agentes orales o parenterales. •

Crema de paromomicina-gentamicina 15%/0,5%



D1: inicio del tratamiento



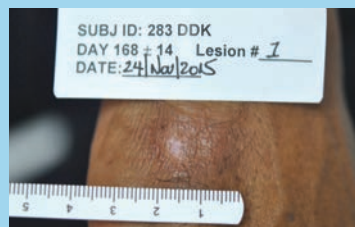
Aplicación de la crema y el vendaje



Visita de seguimiento D49



Última visita de seguimiento D180





EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COMBINADA CON ESTIBOGLUCONATO DE SODIO MÁS PENTOXIFILINA VERSUS ESTIBOGLUCONATO DE SODIO SOLO EN EL TRATAMIENTO DE LA LEISHMANIASIS MUCOSA EN PERÚ

FÁTIMA CONCHA-VELASCO, WILLY LESCANO, BRAULIO VALENCIA, ANA RAMOS y ALEJANDRO LLANOS-CUENTAS
 Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt,
 Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú



La leishmaniasis tegumentaria (LT) sigue siendo un grave problema de salud mundial. La leishmaniasis mucosa (LM) es la forma más grave y, al mismo tiempo, la forma más desatendida de LT. La LM representa una forma extrema de la LT y generalmente es el resultado de la diseminación metastásica de una infección cutánea. En el período 2001-2017 en América Latina se notificaron un promedio de 55.317 casos/año de LT, y la proporción de casos de la forma mucosa es de 3,94% (aproximadamente 2.180 casos), una cifra que se ha mantenido estable en la última década. Perú es uno de los países con mayores tasas de LM, con más del 98% de los casos causados por *L. (V.) braziliensis*, y históricamente la tasa de cura con antimoniales pentavalentes (Sb^{5+}) es alrededor del 60%.

La gravedad de la LM (leve, moderada y grave) depende del número de membranas mucosas afectadas y está estrechamente relacionada con el nivel de desequilibrio en la respuesta inmune del hospedero. La severidad es el principal factor asociado a la respuesta terapéutica. La tasa de cura de la forma leve tratada con Sb^{5+} es similar a la leishmaniasis cutánea clásica (LC), mientras que en la forma grave de la enfermedad la tasa de cura con Sb^{5+} es menor a 10%. Los antimoniales pentavalentes siguen siendo el tratamiento de elección en Perú y están indicados para todas las especies de *Leishmania*. Hay evidencia en estudios clínicos (aunque con un pequeño número de pacientes) de que la combinación de antimonato de meglumina (actividad antileishmanial) más pentoxifilina (actividad inmunomoduladora) tiene mayor eficacia que la monoterapia con antimoniales para el tratamiento de la LM. Con base en estos hallazgos, hemos evaluado la efectividad de esta combinación a través de un estudio de cohorte retrospectivo en el que la efectividad de la combinación de estibogluconato de sodio (SSG) en dosis estándar, 20 mg Sb^{5+} /Kg/día,

intravenoso, más pentoxifilina (dosis estándar de 400 mg 3x/día, oralmente), ambos durante 30 días consecutivos, se comparó con la monoterapia de SSG en dosis estándar. El estudio se realizó en el Programa de Leishmaniasis (2005-2013) del Hospital/Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, donde se viene utilizando esta combinación desde hace varios años.

Los registros de casos consecutivos se incluyeron mediante un muestreo sistemático bajo los criterios de inclusión: ≥ 18 años de edad, con LM confirmada, que recibieron alguno de los esquemas en las dosis mencionadas y a los que se les efectuó el seguimiento en el día 180. El criterio de cura fue la reepitelización completa de las lesiones y la ausencia de inflamación en el día 180. La evaluación fue realizada por un médico con experiencia en leishmaniasis. Seleccionamos 234 pacientes según los criterios de inclusión y 205 (87,6%) pasaron por una evaluación 180 días después del tratamiento. Los grupos de estudio difirieron solo en la proporción de mujeres (18% versus 82% de los hombres, $p = 0.02$). La efectividad de la terapia combinada fue mayor (78,8%, 52/66) en comparación con la SSG sola (61,2%, 85/139, $p = 0.01$). La diferencia se mantuvo significativa (RR: 1,36, IC 95% 1,13-1,64, $p = 0.001$) después de ajustar por gravedad, histórico de leishmaniasis mucocutánea previa y sexo. La severidad de la LM influye en ambos regímenes de tratamiento. La tasa de cura en pacientes con gravedad moderada de LM fue del 63% con la combinación de SSG más pentoxifilina versus el 37% con SSG solo.

En resumen, el tratamiento combinado con estibogluconato de sodio más pentoxifilina fue más eficaz que el estibogluconato de sodio solo para la leishmaniasis mucocutánea, aumentando la tasa de cura en aproximadamente 18 puntos. Este hallazgo corrobora los resultados publicados anteriormente sobre la eficacia de esta combinación en la práctica clínica de un centro de referencia nacional del Ministerio de la Salud en Perú. •

“*Sufrí 10 años sin poder hablar, comer y sin dinero para volver al médico.*”

Eusebio Laine Alvarado,
 68 años, paciente de leishmaniasis mucosa, Hospital Cayetano Heredia - Lima, Perú.



INTEGRANDO FUENTES DE DATOS SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS DE LA LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA EN GRUPOS DE EDAD SUBREPRESENTADOS

NANCY SARAVIA y NEAL ALEXANDER - Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM), Cali, Colombia



Un proyecto de intercambio de datos que tiene como objetivo reunir la evidencia disponible sobre la efectividad de los tratamientos de leishmaniasis en niños y adultos mayores, grupos que tienden a estar subrepresentados en los ensayos publicados.

Durante la 5ª reunión de redLEISH, celebrada en Río de Janeiro en julio de 2018, los participantes identificaron la necesidad de generar evidencias para mejorar el manejo de la leishmaniasis cutánea en poblaciones especiales que generalmente no están incluidas en los ensayos clínicos y para quienes las guías nacionales de tratamiento actuales no dan indicaciones claras. Niños de hasta 10 años de edad y pacientes de 60 años o más fueron seleccionados como población prioritaria para un proyecto piloto colaborativo de intercambio de datos.

Inclusión en los ensayos clínicos

Los ensayos clínicos randomizados y controlados son considerados como el estándar-oro de la investigación médica, particularmente en la evaluación de nuevos tratamientos. Sin embargo, una crítica a estos ensayos, para la leishmaniasis y otras condiciones, es que las personas incluidas no siempre son lo suficientemente representativas de todos aquellos que podrían beneficiarse del tratamiento evaluado. Esta limitación afecta a su generalización o 'validez externa'. Uno de los principales factores que determina la inclusión o exclusión de los participantes en ensayos clínicos es la edad. En un dicho momento, se creía que era preferible excluir a los niños y adultos mayores de los ensayos clínicos porque eran poblaciones vulnerables, pero actualmente se considera antiético excluirlos a menos que exista una buena razón. De lo contrario, los posibles riesgos y beneficios para estos grupos no estarán bien evaluados o disponibles para orientar su tratamiento. Consecuentemente, los Institutos Nacionales de Salud de los EE. UU., por ejemplo, requieren que se justifiquen las exclusiones basadas en la edad: es la llamada política de "Inclusión en todas las etapas de la vida".



“Dolor, llanto y miedo a las inyecciones.”

Rodrigo Castillo Reyes, 2 años, paciente de leishmaniasis cutánea en el Hospital Cayetano Heredia en Lima, Perú.

Cambio en la exposición a la leishmaniasis

Existe la preocupación de que los cambios ambientales como la deforestación y el crecimiento de la agricultura intensiva estén cambiando el equilibrio de la transmisión de la leishmaniasis, desde los bosques a los entornos domésticos. Esto llevaría a un aumento de la frecuencia de casos entre adultos mayores y niños, ya que la transmisión en áreas de bosques generalmente se asocia con trabajadores adultos. El Informe Epidemiológico de la Leishmaniasis en las Américas de 2019 de la OPS mostró que, en una franja de países andinos que comprende Bolivia, Perú, Ecuador, Colombia y Venezuela, la proporción de casos de leishmaniasis cutánea en los menores de diez años va de 7,2 a 15,9%, con niveles más contundentes entre niños de varios países de América Central, superando el 40% en El Salvador.

Los niños responden de manera diferente al tratamiento farmacológico

De los pocos ensayos involucrando el uso de medicamentos en niños con leishmaniasis, se constató que ellos responden al tratamiento de manera diferente a los adultos. Una explicación sería la alometría, que significa la forma en que diferentes partes del cuerpo crecen a diferentes velocidades, lo que resulta en un cambio en las proporciones del cuerpo. Una de las consecuencias de este fenómeno es que la definición de dosis en la forma habitual, por kilogramo, conduce a concentraciones más bajas en personas más pequeñas, en particular en niños. Sin embargo, la aplicabilidad de esta constatación debe probarse de forma más sistemática, incluso para una gama más amplia de medicamentos contra la leishmaniasis.

Un proyecto de la redLEISH de intercambio de datos para abordar esta brecha en el conocimiento

TDR/OMS (el Programa Especial para la Investigación y Capacitación en las Enfermedades Tropicales) ha financiado un proyecto, liderado por DNDi y el Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM) en Colombia, para apoyar el intercambio de datos entre los centros de tratamiento de leishmaniasis cutánea en Bolivia, Brasil, Colombia y Perú. Este proyecto recopilará, en un formato estandarizado, los resultados del tratamiento farmacológico en niños de hasta 10 años y en adultos de 60 años o más, con el objetivo de medir, para diferentes regímenes de medicamentos, las tasas de cura y los eventos adversos. Los resultados traerán más claridad y seguridad para la elección de medicamentos para estos grupos de edad.

Más allá de proporcionar evidencia y recomendaciones a los programas nacionales de leishmaniasis para el manejo de casos especiales, este proyecto fortalecerá la colaboración entre instituciones e integrará los miembros de la redLEISH allanando el camino para la creación de una base de datos regional en leishmaniasis cutánea. •



VARIANTE ATÍPICA DE LA *L. DONOVANI* INDUCIENDO LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN SRI LANKA: ¿UNA AMENAZA A LOS ESFUERZOS PARA ELIMINAR LA ENFERMEDAD EN LA REGIÓN?

NADIRA D. KARUNAWEEERA
University of Colombo, Sri Lanka



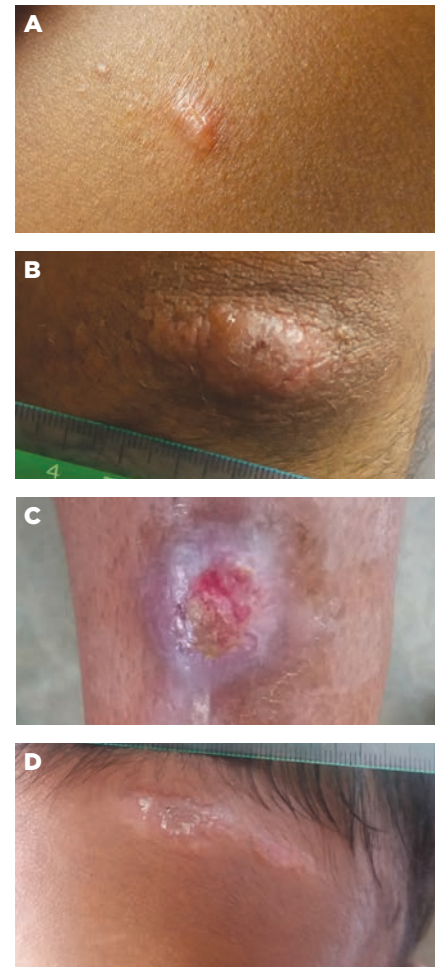
Antes del siglo XXI la leishmaniasis fue considerada como una enfermedad exótica en Sri Lanka relacionada con viajes al extranjero y se observaba principalmente entre quienes volvían del Medio Oriente o de África. El primer caso autóctono de leishmaniasis cutánea (LC) se reportó en 1992. Desde 2001, cuando se registró un brote de LC en la Provincia Centro-Norte, la leishmaniasis se convirtió en una enfermedad establecida en esta nación insular. Posteriormente se observó un aumento sostenido, tanto en la incidencia como en la dispersión geográfica de los casos en todo el país. Sin embargo, es probable que los números informados al sistema nacional de salud sean una representación insuficiente, y que el peso real de la enfermedad sea mucho mayor.

La mayoría de los pacientes presenta la forma cutánea, con solo unos pocos casos de leishmaniasis visceral y mucosa. Las manifestaciones clásicas de la LC en Sri Lanka son pápulas no sensibles, sin picazón, nódulos o úlceras costrosas que afectan las áreas expuestas del cuerpo, principalmente las superficies de extensión de los miembros y la cara (ver Figura). Actualmente la mayoría de los médicos tienden a recurrir al diagnóstico clínico debido a inúmeros factores que incluyen instalaciones de laboratorio inadecuadas para establecer el diagnóstico confirmatorio, gran cantidad de pacientes en clínicas abarrotadas, etc.

La primera línea de tratamiento es la aplicación intralesional de estibogluconato de sodio (SSG), que se administra en policlínicas de hospitales con unidades de dermatología. Algunos médicos aún utilizan la crioterapia (que era el modo de tratamiento original practicado en Sri Lanka), disponible en la mayoría de los hospitales distritales. Ambas formas de tratamiento requieren dosis repetidas, múltiples visitas al hospital (generalmente semanales), y resultan en una gran carga tanto para el paciente como para el sistema de salud. La baja respuesta de la LC al tratamiento con dosis múltiples de SSG intralesional es ampliamente reconocida en el país y es un motivo de preocupación. Nuevas formas de tratamiento, por ejemplo, la termoterapia basada en el principio de la radiofrecuencia, han sido evaluadas con éxito a través de ensayos clínicos implementados localmente y obtuvieron resultados alentadores. Por lo tanto, estas opciones de tratamiento costo-efectivas se considerarán probablemente como alternativas viables para el futuro.

El agente causante de la LC en Sri Lanka es *L. donovani* MON-37. Esta especie es conocida como agente de la LV humana en muchos países, incluso en India, el país vecino. Sin embargo, el dermatotropismo de la *L. donovani*, como se observa en Sri Lanka, se ha reportado solamente de forma ocasional en otros lugares lo que ha llevado a investigaciones sobre la existencia de cepas aparentemente atenuadas. Posiblemente el factor genético del hospedero, agregado a factores vectoriales, podría estar influyendo en el fenotipo de las infecciones por *L. donovani*, pero este debate aún está en marcha. A pesar de la evidencia clínica local - construida a través del seguimiento a largo plazo de pacientes con LC - apuntar a una naturaleza esencialmente dermatotrópica de la variante local (sin signos ni síntomas de visceralización después de la aparente cura), los experimentos *ex vivo* han confirmado el potencial de visceralización de esta variante de *L. donovani* aunque se presente características atenuadas. La secuenciación completa del genoma en aislados de *L. donovani* de pacientes con LC infectados localmente y experimentos de genotipificación han revelado la identidad genética singular de los aislados locales que forman un grupo distinto en un árbol filogenético - separado, pero al mismo tiempo próximo a las demás cepas regionales de *L. donovani*. Esto sugiere la presencia histórica de estos parásitos en el entorno por periodos más largos, aunque ocultos a los ojos del sistema nacional de salud. Las primeras evidencias también indican la existencia de una baja capacidad de respuesta al SSG en el genoma de parásitos locales, se investiga actualmente esta hipótesis.

El probable vector de la LC en Sri Lanka fue identificado como *Phlebotomus argentipes*, la misma especie que se encuentra en otras partes de la región. Los estudios realizados hasta el momento apoyan la naturaleza antropofágica del vector y las condiciones ambientales que favorecen la reproducción al aire libre (aunque algunos estudios también sugieren la transmisión peridoméstica y los hábitos reproductivos intradomiciliarios). Los estudios entomológicos



Tipos comunes de lesiones de leishmaniasis cutánea en Sri Lanka.
A: pápula. B: Nódulo. C: Úlcera. D: Placa.

continúan dilucidando los hábitos de comportamiento del vector, sus preferencias de alimentación y el patrón de susceptibilidad a los insecticidas, propiedades biológicas importantes desde el punto de vista operativo que ayudarán a las estrategias futuras para el control de la enfermedad.

Las informaciones sobre los reservorios aún no son concluyentes, aunque tradicionalmente se cree que los únicos reservorios de la infección por *L. donovani* sean los humanos. Este punto de vista ha sido cuestionado en muchas ocasiones, como por ejemplo en el origen del brote de leishmaniasis en Sri Lanka, por lo tanto, están garantizados estudios adicionales en esta área. En general, hay muchas preguntas que aún permanecen sin respuesta sobre la situación de la leishmaniasis en Sri Lanka y, en este contexto, no se han realizado acciones organizadas para controlar la enfermedad a nivel nacional.

Obviamente, son muchas las ventajas de avanzar hacia la eliminación de la leishmaniasis en la región del sur de Asia. Sin embargo, sería oportuno hacer un balance de la situación actual en la región y de los resultados del programa de eliminación en marcha desde 2005. Las fallas identificadas deben ser entendidas como brechas en el conocimiento, por su vez, estas brechas deben ser abordadas a través de estudios bien diseñados e ideas innovadoras. El programa de eliminación necesita reciclarse con los mecanismos de monitoreo necesarios y también con las debidas consideraciones sobre los avances más recientes en la región, como la presencia de variantes atípicas de *L. donovani* que tendrían el potencial de actuar en reservorios. Estas nuevas y mejoradas estrategias garantizarían un resultado más exitoso del esfuerzo regional hacia la eliminación de la leishmaniasis inducida por *L. donovani*.

PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN DE CICATRICES EN PACIENTES CON LEISHMANIASIS CUTÁNEA QUE RECIBEN TRATAMIENTOS LOCALES, SISTÉMICOS Y COMBINADOS



LILIANA LÓPEZ CARVAJAL - Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales -PECET, Colombia

En el año 2010, atendiendo una de las recomendaciones de la Asamblea Mundial de la Salud, se llevó a cabo el segundo comité de expertos de leishmaniasis, cuyo objetivo principal fue la actualización del reporte técnico de control de la leishmaniasis publicado en 1990. La versión revisada y actualizada de las guías incluye entre sus recomendaciones buscar alternativas terapéuticas para leishmaniasis cutánea (LC) que sean seguras, eficaces y asequibles, en lo posible con vías de administración no invasivas, con ciclos de duración cortos y con buenos perfiles de seguridad. Además, exhorta a la evaluación de dichos tratamientos en el marco de estudios clínicos bien conducidos cuyos resultados permitan tomar decisiones terapéuticas basadas en la evidencia.

Si bien, los investigadores en el área están tratando de dar respuesta a las recomendaciones planteadas por la OMS en lo que a investigación en terapéutica respecta, hasta el momento, la valoración de la preferencia de tratamientos por parte de los pacientes, así como, la evaluación de la apariencia de las cicatrices, han sido un componente exiguo en los estudios desarrollados.

Por lo anterior, se planteó un estudio anidado en un ensayo clínico que tiene dos propósitos principales, así:

Desde la perspectiva del paciente

Determinar las preferencias de tratamiento de los pacientes que recibieron antimoniales pentavalentes, termoterapia o terapia combinada termoterapia más miltefosina como tratamiento para LC.

Desde el criterio médico

Evaluar las cicatrices de leishmaniasis cutánea en pacientes tratados con las alternativas terapéuticas mencionadas.

El desarrollo del estudio está enmarcado en cinco visitas de seguimiento, distribuidas a lo largo de seis meses contados a partir del inicio del tratamiento. Cada visita tiene un propósito específico: en la primera (inicio de tratamiento) se hace una evaluación *a priori* de las preferencias de tratamiento y se registran las características de las lesiones; el objetivo principal de la visita 2 (final de tratamiento) es conocer si dichas preferencias han cambiado después de haber recibido alguna de las alternativas terapéuticas evaluadas; finalmente, las visitas 3, 4 y 5 se enfocan en hacer una evaluación de las cicatrices.

La evaluación de preferencias de tratamiento para LC se lleva a cabo mediante una jerarquización de las opciones terapéuticas y esquemas disponibles, donde el paciente elige cuales son, en su concepto, las mejores alternativas terapéuticas

para el manejo de su enfermedad. Para evaluar dichas preferencias, el médico del estudio utiliza tarjetas que tienen graficados esquemas de tratamiento locales, sistémicos y combinados para LC. Al momento de la evaluación, el médico presenta estas tarjetas a los pacientes y estos deben elegir cuáles son las tres opciones de su preferencia. Además, deben asignar un orden a sus elecciones, donde la primera opción corresponde al mejor tratamiento.

Por su parte, la evaluación de las características de las cicatrices es llevada a cabo por un dermatólogo, quien desconoce el tratamiento que recibió el paciente. Para esta valoración se utiliza la escala Vancouver (VSS por su sigla en inglés), instrumento validado para evaluación de cicatrices que tiene en cuenta los siguientes aspectos: pigmentación, vascularidad, flexibilidad y altura. Asignando un puntaje de 0 - 15, donde 0 es el mejor puntaje posible, la aplicación de este instrumento permite dar una evaluación objetiva de las cicatrices de LC.

Conocer la preferencia en cuanto a los tratamientos para LC desde la perspectiva de los pacientes y determinar si las diferentes alternativas terapéuticas pueden o no afectar la apariencia de la cicatriz brindará información que será de gran utilidad al momento de diseñar protocolos de manejo para la enfermedad.

ESQUEMA DE LAS EVALUACIONES DEL ESTUDIO





LEISHMANIACOS DE BATA BLANCA Y DE CAMUFLADO

LINA BEATRIZ PINTO GARCÍA - Department of Science & Technology Studies, York University - Toronto, Canadá



A quienes investigan la leishmaniasis les gusta llamarse a sí mismos leishmaniacos. Esta palabra resalta el sentido de pertenencia a una comunidad interesada en una enfermedad biológicamente diversa y fascinante que, pese a ello, sigue siendo poco conocida. No obstante, pocos leishmaniacos saben de la existencia de otro grupo de personas que, aunque por razones muy distintas, también se sienten identificadas con este término: los soldados del Ejército colombiano afectados por la leishmaniasis cutánea.

Colombia ha vivido un conflicto armado de más de 50 años. Esta guerra prolongada y sangrienta se ha desarrollado en múltiples escenarios, pero la selva representa el espacio emblemático del conflicto. Allí, diferentes ejércitos se han enfrentado históricamente, desde soldados de las fuerzas militares, hasta paramilitares de extrema derecha y guerrillas de extrema izquierda como las FARC (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia) o el ELN (Ejército de Liberación Nacional). Por ello, combatientes de todos los bandos constituyen uno de los grupos poblacionales más afectados por la leishmaniasis en Colombia. En particular, se suele decir que los soldados del Ejército Nacional representan el 50% de los casos reportados.

Esta cifra, sin embargo, corresponde a la situación epidemiológica de la enfermedad a mediados de los 2000s, en un momento en el que el gobierno de Álvaro Uribe decidió adoptar una estrategia militar ofensiva y aumentar el pie de fuerza en un 31,6%.¹ En ese entonces, miles de soldados se adentraron en la selva y permanecieron en ella por meses para mantener un hostigamiento constante a grupos guerrilleros, principalmente a las FARC. Con el posterior desescalamiento de la guerra entre 2012 y 2016, resultado de las negociaciones de paz entre el gobierno de Juan Manuel Santos y las FARC, la presencia de soldados en la selva disminuyó. Según un funcionario del Ministerio de Salud,² en 2016, los miembros del Ejército ya no representarían un 50% sino un 36% de las cifras nacionales de leishmaniasis.



Cubo de basura lleno de ampollas vacías de Glucantime luego de un solo día de tratamiento en el CRL.

Para enfrentar el pico histórico de 9.682 casos de leishmaniasis cutánea en las filas de Ejército en 2005,³ esta institución adoptó medidas drásticas para mitigar un problema que se la había vuelto estratégico a la hora de librar la guerra. Estableció un programa institucional que incluyó la implementación de medidas preventivas y la creación del Centro de Recuperación de la Leishmaniasis (CRL): un centro exclusivo para militares activos, especializado en el manejo clínico de la enfermedad. Aún hoy, todos los soldados que llegan a sus instalaciones reciben 20 mg/kg por día de Glucantime® durante 20 días consecutivos.⁴ Aunque la mayoría pasan por ese doloroso y tóxico tratamiento una sola vez a lo largo de sus vidas militares, muchos otros soportan el Glucantime® dos, tres, cuatro, cinco y hasta seis veces.

Rafael Gómez⁵ es un soldado profesional con 12 años en el Ejército a quien, en 2007, le dio leishmaniasis por primera vez. Cuando lo sacaron del área de operaciones la úlcera estaba muy grande, razón por la que el tratamiento con Glucantime no le funcionó. Le aplicaron entonces otro ciclo completo de Glucantime®. La lesión sí cicatrizó esta vez. Sin embargo, al retornar a su unidad militar, a los diez días tuvo que reingresar a la selva y la leishmaniasis le reventó de nuevo pero en otras zonas del cuerpo. Nuevamente Glucantime®. Retornó a la selva y al poco tiempo la lesión inicial volvió a abrirse. Como se trataba de una lesión “antigua”, lo trataron con Pentamidina. Regresó a sus labores pero, al cabo de unos meses, la leishmaniasis se volvió a manifestar, esta vez en la cara. Cuando lo conocí en el CRL, en 2016, Rafael se estaba recuperando de su quinto tratamiento. Preocupado y aún muy adolorido por el Glucantime®, me dijo que cuando le dieran de alta iría a hacerse varios exámenes, por su cuenta, pues quería saber en qué estado estaba su hígado, su páncreas y sus riñones. También quería entender por qué no había podido tener hijos aún, algo que — él presentía— estaba relacionado con el tratamiento.

“

A mí me gustaba trotar bastante. Ya no aguanto una prueba física de 2 millas, no la aguanto: a mitad de la prueba (...) me toca caminar porque ya me da como asfixia (...) En el área de operaciones pues pa' caminar pues lo mismo, si llevo mucho peso y voy, digamos, subiendo una pendiente o un cerro, pues me toca hacer varios descansos porque no doy pa' subirlo de una, como anteriormente (...) Ya no, ya toca hacer varios recesos de 1, 2, 3 minutos y volver otra vez a tomar la marcha.”⁶

Los efectos acumulados de la toxicidad del Glucantime® y de otros medicamentos antileishmania en los cuerpos de soldados como Rafael se han tornado incalculables. A lo largo de más de 50 años de conflicto armado, nadie en Colombia ha dado cuenta de ellos. No sabemos qué pasa con el organismo cuando ha pasado por tantos ciclos de un tratamiento tan nocivo. No sabemos por qué un cuerpo, por ejemplo, nunca logra recuperar su peso, su estado físico o su capacidad de reproducirse incluso luego de un solo tratamiento. No conocemos los efectos del Glucantime® a 10, 20 o 30 años de haberlo recibido. En realidad, no tenemos cómo responderle varias dudas a esos leishmaniacos de camuflado — hombres jóvenes que provienen de familias pobres, muchas de ellas campesinas, que suelen ingresar al Ejército por necesidad.

Si bien casos como el de Rafael no son comunes por fuera del Ejército, sí se presentan con frecuencia en esta institución. En un país donde el conflicto armado es cotidiano, no podemos hacer caso omiso de los muchos hombres — miles de soldados — que han pasado por estos ciclos repetitivos de toxicidad y deterioro por cuenta de la leishmaniasis. La violencia a la que se enfrentan estos leishmaniacos no termina en el área de operaciones, sino que continúa cuando la única alternativa que la biomedicina y la salud pública tienen para ofrecerles son unos medicamentos altamente tóxicos para tratar una enfermedad que ni siquiera es mortal. Muchos deciden retirarse del Ejército no por los embates del enfrentamiento armado, sino porque no aguantan un tratamiento más de leishmaniasis.

¿Estaríamos nosotros mismos, como investigadores, dispuestos a someternos a un tratamiento de 20 días de Glucantime® si alguna vez nos diera leishmaniasis? Si la respuesta es negativa, ¿vale la pena seguir recomendando y usando de forma sistémica (a nivel del cuerpo y del sistema de salud de un país) un medicamento que no garantiza cura parasitológica? ¿Es válido hacerlo cuando existen alternativas como la termoterapia o la aplicación intralesional del propio Glucantime® para un gran número de casos? ¿Qué más necesitamos saber para detener el daño? ¿Cuánto tiempo más debemos esperar? ¿Cómo nos corresponde actuar a quienes



El Cabo Rodríguez,⁶ nervioso, mirando las inyecciones que estaban a punto de administrarle en el CRL.

tenemos el conocimiento y mucho más poder que un soldado para incidir en política pública?

Estas son algunas de las reflexiones e interrogantes que se desencadenan de un trabajo de investigación social enraizada en los campos de la Antropología Médica Crítica y de los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología.⁷ Si bien hay investigaciones que, desde los ámbitos de la salud, emplean métodos cualitativos, su enfoque tiende a limitarse al de estudios CAP: a la evaluación de Conocimientos, Actitudes y Prácticas. Sin negar su mérito, estos trabajos suelen ser de corto plazo, pragmáticos, y usualmente buscan facilitar o evaluar la adopción de una tecnología particular por parte de una comunidad específica. No obstante, nuestro que hacer como científicos sociales es mucho más amplio y ambicioso que eso. Nuestros objetos de estudio, nuestras teorías, y nuestras metodologías complejizan y desentrañan un mundo que, en mi caso, está habitado no solo por la leishmaniasis y la amplia variedad de personas que se han visto afectadas tanto por esta enfermedad como por la guerra. De hecho, me interesan de igual manera los leishmaniacos de bata blanca y los leishmaniacos de camuflado. La realidad de ambos nos dice mucho sobre el enmarañamiento

de la salud y la guerra en Colombia. Experimentando de cerca sus vivencias — y las de muchos otros — mi trabajo intenta ampliar nuestros horizontes de conocimiento sobre esta tragedia que no solo se vive en Colombia, sino en otros contextos también diezmos por la violencia y las enfermedades infecciosas. Busco propiciar diálogos y generar otro tipo de reflexiones. En últimas, me interesa abonar terreno para colaboraciones interdisciplinarias que complejicen nuestro entendimiento del problema y enriquezcan nuestra capacidad de imaginar soluciones. •

Referencias

- ¹Francisco Leal Buitrago, "Una Visión de la Seguridad Democrática en Colombia," *Análisis Político* 24, no. 73 (September 1, 2011): 3-36.
- ²Entrevista conducida en Abril de 2017.
- ³Cifras proporcionadas por la Dirección de Sanidad del Ejército en Julio de 2017.
- ⁴Soldados de peso elevado reciben Glucantime durante más de 20 días. El tratamiento de soldados con leishmaniasis mucocutánea es de 28 días.
- ⁵Este nombre es un pseudónimo.
- ⁶Entrevista conducida en Octubre de 2016.
- ⁷Los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología—más conocidos como Science and Technology Studies o STS—constituyen un campo interdisciplinario que convoca a científicos sociales—principalmente antropólogos, sociólogos, historiadores y filósofos—y a sus metodologías en el estudio de temas marcados por la producción de conocimiento científico y el desarrollo de tecnologías.



LEISHMANIASIS Y CALIDAD DE VIDA

GLÁUCIA COTA y ENDI LANZA
Instituto René Rachou - Fiocruz Minas, Brasil



“*Contando los días para sanar y volver a la vida.*”

Patrícia Campos,
paciente de leishmaniasis
cutánea en el Hospital
Julio Müller en Cuiabá,
Mato Grosso - Brasil.



La valoración de los desenlaces clínicos y la preferencia de tratamiento según el punto de vista de los pacientes representan un cambio actual importante en el modelo de abordaje de las enfermedades. En las leishmaniasis, la iniciativa reciente del TDR-OMS¹ ha arrojado luz sobre esta cuestión con la perspectiva de valorar la salud como un estado de bienestar y calidad de vida.

Algunas cuestiones son reconocidamente importantes para la comprensión del impacto de las leishmaniasis, como por ejemplo la toxicidad relacionada con los medicamentos disponibles, la responsabilidad de costearse el tratamiento y los aspectos relativos al acceso al diagnóstico, que tienden a demorar el inicio de la terapia adecuada. Estar atentos a ellos significa evaluar no solo los aspectos clínicos cristalizados en los

resultados clásicos de la eficacia y la seguridad, sino considerar también las dimensiones biopsicosociales implicadas en la elección de las intervenciones y tecnologías que serán implementadas, especialmente en programas públicos de salud.

Fundamentado en esta perspectiva, un cuestionario que abarca diversos ámbitos comprometidos por la leishmaniasis cutánea localizada (LC) fue recientemente desarrollado y validado como herramienta para determinar el impacto de esta enfermedad en la población brasileña². Por medio de evaluaciones cualitativas y psicométricas de cuestiones que involucran diversos aspectos de la vida, tales como convivencia social, familiar, sentimientos, ingresos y trabajo, se propuso un cuestionario con 25 preguntas como instrumento para medir el impacto de la LC. Resumidamente, la aplicación del

cuestionario genera una puntuación final entre 0 y 100 —a mayor puntuación, mayor impacto.

En una primera aplicación del instrumento, se realizaron observaciones relevantes, entre las cuales se destaca la diferencia estadísticamente significativa en la puntuación media reportada en el ítem “Percepción sobre el tratamiento y servicios de salud” entre pacientes tratados con el antimonio por vía intravenosa en comparación con pacientes tratados por infiltración intralesional. De la misma forma, a través del cuestionario, se identificó que la ocurrencia de eventos adversos durante el tratamiento, la pérdida de días de trabajo y la necesidad de solventar los costos relativos al tratamiento son condiciones significativamente asociadas a la percepción de mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes.



Se trata de observaciones con implicaciones directas y significativas en las decisiones de salud, aportando un elemento nuevo al proceso decisorio que ya no puede ser ignorado. Esta y otras herramientas de evaluación de la percepción de los pacientes representan, en última instancia, medios efectivos de promoción de participación social en las políticas públicas. En este sentido, el uso rutinario de tales estrategias de inclusión de pacientes en las decisiones en salud sería un camino irreversible de humanización y legitimación de tales políticas. ¡Que sea solo el comienzo! •

Referencias

¹An international qualitative study exploring patients' experiences of cutaneous leishmaniasis: study set-up and protocol. *BMJ Open*. 2018; 8(6): e021372. Este es un estudio internacional cualitativo coordinado y financiado por TDR en colaboración con DNDI.

²How cutaneous leishmaniasis and treatment impacts in the patients' lives: A cross-sectional study. *PLoS ONE* 14(1): e0211374.

LEISHMANIASIS CUTÁNEA DIFUSA: ESTIGMA Y SUFRIMIENTO POR UNA ENFERMEDAD AÚN SIN SOLUCIÓN

MARCIA HUEB - Hospital Universitário Júlio Müller
- Universidade Federal do Mato Grosso, Brasil



No. La leishmaniasis tegumentaria (LT) no es una enfermedad crónica. Tampoco son muchos los que sufren secuelas irreversibles, a pesar de que los pocos sean muchos cuando se piensa que cada individuo es único. Cada persona con la mucosa destruida en su anatomía y olfato es un universo entero contenido de negligencia, de falta de tratamiento por precariedades varias o tratamiento con escasas opciones y resultados. Estos no son pocos, son el 5% de miles de personas con LT. Pero hay otros, en números mucho menores, pero que fácilmente transforman en no-verdad el concepto de "enfermedad no-crónica". Son algunos pocos que sufren con una enfermedad crónica, intratable, de secuelas irreversibles — de hecho, una enfermedad y secuelas siempre presentes. Son aquellos con leishmaniasis cutánea difusa, una forma de la enfermedad en que el sistema de defensa se encuentra inactivo para combatir la leishmaniasis: el paciente no

responde al tratamiento o responde por períodos muy cortos. Una simple historia nos muestra la dimensión de esta enfermedad que no tiene fin.

Adriana, de 18 años, lleva 13 conviviendo con una enfermedad que se expresa en la piel, con deformidades y marcas que la hacen tener una vida diferente de todas las jóvenes de su tiempo. Llega hasta nosotros desde otro estado, con diagnóstico ya establecido y muchos tratamientos. Tiene muchas lesiones y la cara llena de marcas, pero con una sonrisa que todavía trae esperanza y me conmueve, porque no tengo tan buenas palabras y medicamentos para brindarle el alimento que necesita. Un primer tratamiento instituido, conocido como el mejor de los peores para esta enfermedad y que increíblemente nunca le habían ofrecido, le otorga alivio por algún tiempo. Para luego volver, pero eso ya es la misma historia en otro momento. Un poco de mejora le provoca una sonrisa aún mayor, pero, ante la certeza de lo temporario, la tristeza por detrás



es irremediablemente percibida.

Ahora conozco un poco más de la historia de esta niña, sin la madre desde pequeña, con un padre, muchos hermanos y muchas carencias, sus vivencias en una periferia sin acceso a condiciones mínimas, sus tratamientos interrumpidos por la vida. Y sé de su vida actual, viviendo con una familia de "hermanos de la iglesia" y que incluso con todas las precariedades logra recorrer semanal o quincenalmente los 300 km que nos separan. Adriana viene para recibir un medicamento que no le devuelve la vida a la que tiene derecho, pero le ofrece un poco de esperanza de un tiempo mejor. Y así seguimos caminando, yo con mis angustias y ella con su sonrisa y sus marcas. •



Adriana Miranda, 18 años, viviendo desde los 5 años con leishmaniasis cutánea difusa. Recientemente acompañada por el equipo de la Dra. Marcia Hueb en el Hospital Universitário Júlio Müller.



ABRAPLEISH

ABRAPleish es una asociación sin fines de lucro destinada a acoger pacientes portadores de leishmaniasis, en especial los portadores de la forma tegumentar. Considerada hace algunos años una enfermedad olvidada, las leishmaniasis afectan a numerosas personas en diversas regiones de Brasil, no solo en el campo o en regiones más aisladas como las zonas de bosque, sino que la enfermedad se está expandiendo hacia los centros urbanos.

La ceremonia que marcó la creación de la ABRAPleish se llevó a cabo el día 12/09/2018, a las 19 horas, en la ciudad de Ipiranga do Norte, estado de Mato Grosso, en la Plenaria de la Cámara de Concejales. La leishmaniasis es endémica en el municipio de Ipiranga do Norte, en Mato Grosso, donde algunos residentes son portadores de la enfermedad, entre ellos Moacir Zini. Moacir presenta la forma cutánea difusa, un caso raro y sin cura. Sin embargo, no se conformó únicamente con recibir el tratamiento. Junto a otros voluntarios, Moacir Zini ha trabajado en la creación de la primera Asociación Brasileña de Portadores de Leishmaniasis (ABRAPleish), ubicada actualmente en Ipiranga do Norte. Uno de los



Moacir Zini (centro), presidente de la ABRAPleish, solemnidad de creación de la asociación - Ipiranga do Norte - Mato Grosso, Brasil.

objetivos de la asociación es acoger a los portadores de leishmaniasis para explicarles sobre el estigma de la enfermedad y apoyarlos con cariño en momentos difíciles. Así, se busca una forma de compartir y documentar las más diferentes experiencias de los miembros. La asociación también ofrece ayuda, colabora en la investigación de

focos, atrae recursos y promueve la concientización acerca de la enfermedad.

Recientemente, con la mudanza de Moacir, presidente de la asociación, a Cuiabá, capital del estado de Mato Grosso, la sede de ABRAPleish se establecerá allí, facilitando el acceso al Hospital Universitario Júlio Müller, uno de los centros de referencia en el tratamiento de la enfermedad en Brasil. •



ABRAPLEISH
Associação Brasileira de Portadores de Leishmaniose

AGRADECIMIENTOS Y CRÉDITOS:

La redLEISH cuenta con el apoyo del Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social (BNDES); Ruta N; la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Insumos de Salud del Ministerio de Salud - SCTIE/DECIT, en el marco del Acuerdo de Cooperación y Asistencia Técnica firmado entre el Ministerio de Salud / Secretaría de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos (SCTIE); FIOCRUZ y DNDi.

Consejo editorial:

Byron Arana, Joelle Rode, Mady Barbeitas y Marina Boni

Edición:

Mady Barbeitas

Producción:

Mady Barbeitas

Revisión y traducción:

Ipê Traduções, Mady Barbeitas y Karla Menezes

Fotos:

Vinicius Berger, Hermali Silva, Lina Beatriz Pinto García, Ananda Ribeiro Fretes, Leticia Silva y Mariana Abdalla

Diseño gráfico:

Bruno Silva y Charles Savry

DNDi

Drugs for Neglected Diseases *initiative*

Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas

Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas

DNDi América Latina
Rua São José 70, sala 601
Rio de Janeiro - RJ, Brasil
20010-020
Tel: +55 21 2529-0426
www.dndial.org

Sede DNDi
15 Chemin Louis-Dunant
1202 Geneva - Switzerland
Tel: +41 22 906 9230
Fax: +41 22 906 9231
www.dndi.org

APOYO:

