

El 18 de febrero pasado se apagó una tenue luz de esperanza. El Consejo de Población, organización internacional de beneficencia, reveló los resultados de una de las mayores pruebas emprendidas: un microbicida vaginal con el cual se pretendía evitar que las usuarias se infectaran de VIH, el virus del sida. El microbicida fracasó. El llamado Carraguard, cuyo ingrediente principal es un gel obtenido de algas marinas, no demostró ser más eficaz que un placebo en un experimento que involucró a 6 mil sudafricanas.

Más de 2 millones de personas mueren de sida al año. Es urgente encontrar una manera de detener su expansión. De acuerdo con Nathan Wolfe, virólogo de la Universidad de California, las cosas no tenían que haberse puesto tan mal. Si en los años 70 hubiese existido un programa que investigara enfermedades desconocidas en África, se habría descubierto el sida mucho antes de que causara la muerte de tantas personas.

Los microbicidas y otras medidas se habrían probado cuando los infectados sólo eran cientos de miles, en vez de decenas de millones. El sida sería aún terrible, pero no tanto como ha llegado a ser.

Para evitar que esto acontezca de nuevo, el doctor Wolfe intenta crear lo que denomina Iniciativa Global para el Pronóstico de Virus (GVFI, por sus siglas en inglés). Se trata todavía de un proyecto piloto, con sólo media docena de emplazamientos en África y Asia. Pero Wolfe espera, si puede recabar los 50 millones de dólares que necesita, convertirlo en una red planetaria capaz de pronosticar epidemias antes de que sucedan, y permitir que las personas preparen mucho antes sus defensas.

El doctor Wolfe resumió sus ideas, y la investigación que lo ha llevado a creer que son factibles, en la reunión de este año de la Asociación Estadunidense para el Avance de la Ciencia (AAAS, por sus siglas en inglés), en Boston.

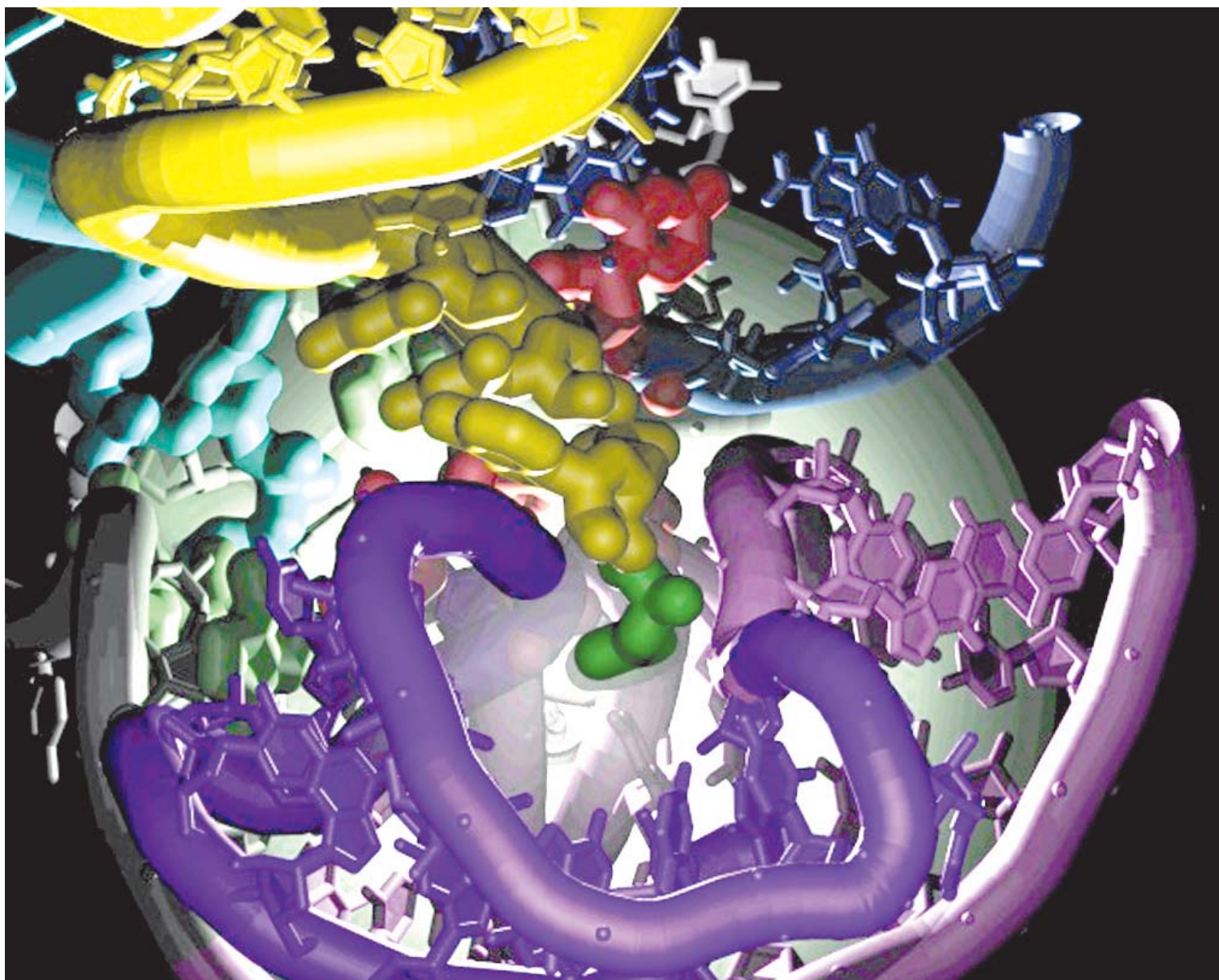
Wolfe inició su trabajo hace casi una década en Camerún, durante un proyecto que evocaba las expediciones para capturar animales del siglo XIX que se internaban en la selva para buscar una nueva especie. Con la excepción de que su cantera son los virus, no mariposas ni pájaros.

Pequeña cacería

Casi todos los virus humanos de origen conocido provienen de animales. Pero no es simplemente que un virus animal descubra de pronto que las personas son anfitriones agradables y por eso las infecte.

En el caso del sida, por ejemplo, la epidemia global fue causada por lo que en principio era un virus de chimpancé. Hay, sin embargo, una segunda variedad de sida, causada por un virus de mono. Ésta no se ha globalizado. Sólo se halla presente en África occidental.

A LA CAZA DE LOS VIRUS DEL FUTURO



Casi todos los virus humanos de origen conocido provienen de animales, por lo que los científicos enfocan sus baterías hacia ese punto ■ Foto Archivo

UN VIRÓLOGO DE EU
PRETENDE CREAR UNA
INSTANCIA CIENTÍFICA
CAPAZ DE PREVENIR
EPIDEMIAS

Además, hay otras dos raras variedades, causadas por versiones diferentes del virus de chimpancé. Estas variedades extrañas ejemplifican lo que Wolfe denomina "charla viral", término que tomó prestado de las agencias de inteligencia que vigilan teléfonos para determinar el uso de ciertas palabras o pautas poco frecuentes de comunicación.

Su tesis es que existe un continuo intercambio viral de bajo nivel entre especies. En especial en ciertas personas, como cazadores y agricultores, que están en proximidad constante, y a menudo sangrienta, con animales. Su esperanza es que al vigilar esta "charla viral" podrá descubrir agentes patógenos antes de que den el siguiente paso evolutivo, que sería crucial, para ser capaces de transmitirse de un ser humano a otro.

Hasta ahora ha concentrado sus esfuerzos en un grupo conocido como retrovirus, al cual pertenece el VIH. Ha encontrado tres ejemplos de "virus espumosos" que saltan de simios y monos salvajes a cazadores cameruneses. En este momento ninguno de los que se conocen puede propagarse entre humanos. Pero hasta el siglo XX así ocurría también con los equivalentes simioscos del VIH.

Wolfe ha encontrado también dos nuevos miembros del grupo denominado HTLV que se han trasladado de monos a hombres. Estos casos son en particular importantes en virtud de que el HTLV-1, un ejemplo del grupo descubierto hace varias décadas, se ha propagado por el mundo.

El HTLV-1 no es tan común como el VIH y causa síntomas sólo en 5-10 por ciento de aquellos a quienes infecta. Pero entre esos síntomas puede figurar una leucemia fatal. Y un tipo diferente de HTLV podría no ser tan selectivo en cuanto a las personas que mata.

Incluso, de manera más preocupante, Wolfe ha encontrado muchos ejemplos de virus que se recombinan en sus cazadores cameruneses. Los virus recombi-

nados a menudo tienen propiedades que no estaban presentes en ningún progenitor. En ocasiones entre esas propiedades está la capacidad de saltar de un humano a otro. La versión pandémica del VIH es resultado de una recombinación así.

La siguiente etapa del proyecto es integrar un inventario tan completo como sea posible de virus animales. Wolfe ha reclutado cazadores para tomar muestras de sangre de cualquier animal que capturen. Y colabora con Eric Delwart y Joe DeRisi, de la Universidad de California en San Francisco, para analizar esta sangre en busca de genes virales desconocidos que indiquen una nueva especie.

El GVFI observará también a las personas, vigilando síntomas de mala salud de causa desconocida, y tratará de asimilarlos con virus inusuales.

Si Wolfe puede reunir el dinero, el proyecto no se limitará a las selvas tropicales. Los mercados de animales son los siguientes objetivos. Wolfe trabaja con Peter Daszak, del Consorcio para la Medicina de Conservación, en el estudio de los denominados "mercados húmedos" de China, donde comenzó el síndrome res-

piratorio agudo severo (SARS, por sus siglas en inglés) en 2002.

Daszak y Wolfe inspeccionarán los animales que se venden ahí y examinarán a los dueños de un humano a otro. La versión pandémica del VIH es resultado de una recombinación así.

Daszak es coautor de un estudio publicado recientemente en *Nature* que traza un mapa de los focos rojos de enfermedades emergentes y concluye, como el doctor Wolfe, que la verdadera amenaza está en los trópicos. Eso a pesar de que las enfermedades más nuevas se reportan primero (como el sida) en países ricos.

En caso de que el GVFI opere adecuadamente, Wolfe espera observar no sólo las amenazas, sino también identificar las características generales (si las hay) que comparten los virus amenazantes. Si algunos rasgos se asocian a menudo con una tendencia a convertirse en pandémicos, entonces el pronóstico de brotes de nuevas enfermedades virales será más fácil y más científico. En ese momento, esta rama de la medicina podrá dar un importante salto total de la cura a la prevención. Y entonces, una catástrofe como el sida no tendrá que suceder otra vez.

FUENTE: EIU

FRACASO MORTAL EN TRATAMIENTO DE DIABETES

Investigadores que intentaron reducir infartos entre diabéticos disminuyendo su glucosa encontraron que, al contrario de lo que pensaban, morían más pacientes. El hallazgo, anunciado a principios del mes, provocó que el gobierno detuviera un segmento de un gran estudio sobre diabetes y enfermedades cardíacas.

Los investigadores dijeron no saber lo que había causado el incremento de los decesos, pero afirmaron que no puede atribuirse al tratamiento con Avandia, que el año pasado se relacionó con un mayor riesgo de infartos, aun cuando algunos voluntarios tomaban ese fármaco.

“Es evidente que no esperábamos estos hallazgos”, señaló la doctora Elizabeth G. Nabel, directora del Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre, en Estados Unidos, que lleva a cabo las pruebas clínicas.

Los perturbadores resultados ponen en duda la teoría popular de que reducir el azúcar en sangre de pacientes con diabetes tipo 2 puede prevenir infartos.

“Tenemos que ser cuidadosos, porque más no es siempre mejor”, expresó el doctor W. Douglas Weaver, presidente electo del Colegio Estadunidense de Cardiología y jefe de cardiología del Sistema de Salud Henry Ford, en Detroit. “La importancia de este estudio es: a veces lo inesperado sucede. En este caso, reducir el azúcar a niveles normales tuvo resultados poco efectivos.”

EN DUDA, LA TEORÍA DE QUE REDUCIR EL AZÚCAR EN SANGRE DE DIABÉTICOS TIPO 2 PREVIENE INFARTOS



Antes de lograr descubrimientos médicos, algunos estudios con pacientes se convierten en tropiezos ■ Foto Archivo

El estudio de Acción para el Control del Riesgo Cardiovascular en la Diabetes (ACCORD, por sus siglas en inglés) involucró a 10 mil 251 participantes en 77 lugares de EU y Canadá, entre ellos el Centro Médico para Veteranos de Baltimore.

De éstos, 257 del grupo de terapia intensiva fallecieron en el curso de cuatro años, en comparación con 203 del grupo de tratamiento estándar.

Recurriendo a una dieta modificada, ejercicio y medicinas para reducir la glucosa, la meta del grupo de tratamiento estándar era reducir sus niveles de azúcar en sangre a un punto seguro para diabéticos, aunque todavía más alto de lo normal.

En el grupo de tratamiento intensivo los doctores fueron más arriesgados e intentaron llevar los niveles de glucosa por debajo de los encontrados en no diabéticos. Veían más a menudo a esos pacientes, revisaban su glucosa con mayor frecuencia y les prescribían más medicinas, afirmaron los investigadores.

En general, el índice de mortalidad en ambos grupos estuvo por debajo de lo normal para diabéticos tipo 2; probablemente como resultado del cuidado y supervisión adicional que recibieron los pacientes de ACCORD.

El estudio encontró algunos efectos benéficos de la intensa reducción de glucosa. Por ejemplo, hubo 10 por ciento menos acontecimientos cardiovasculares no fatales —como infartos— en el grupo intensivo, a diferencia del grupo de tratamiento estándar.

Estudio a gran escala

“Sin embargo, si ocurría un infarto, era más probable que fuese fatal”, indicó el doctor Guillermo Friedewald, profesor de medicina en la Universidad de Columbia y presidente del comité de dirección del estudio. “Además, el grupo de tratamiento intensivo presentó muertes repentinas más inesperadas, aun sin infarto evidente.”

El doctor Bruce Hamilton,

jefe de endocrinología en Baltimore, quien inscribió 180 pacientes en el estudio, señaló que los resultados lo tomaron un poco de sorpresa porque los índices de mortalidad en su hospital eran casi iguales entre los dos grupos de pacientes.

“Nunca nos dimos cuenta de nada”, dijo Hamilton, y resaltó que se requirió un estudio con miles de pacientes para revelar el peligro.

Hamilton especuló que algunos pacientes podrían haber tenido momentos en los que su glucosa bajó hasta niveles de peligro, condición denominada hipoglucemia. Cuando esto sucede, el sistema nervioso responde acelerando el pulso y constriñendo los vasos sanguíneos. Esto, a su vez, puede provocar un infarto o arritmia.

Desde el principio, los voluntarios del estudio de ACCORD eran una población de riesgo elevado: habían tenido diabetes tipo 2 durante un promedio de 10 años, niveles de glucosa por arriba de la media, enfermedades cardíacas y otros factores de riesgo como

hipertensión o colesterol alto. Algunos eran obesos o fumadores.

El grupo de tratamiento intensivo seguirá siendo parte del estudio, que también busca reducir la presión arterial y el colesterol. Pero sus metas de glucosa se reducirán durante los 18 meses restantes, aseveraron los funcionarios.

Enfermedades cardíacas

Más de 20 millones de estadounidenses tienen diabetes tipo 2, y alrededor de 284 mil mueren a causa de ella cada año. Las enfermedades cardíacas y el infarto representan aproximadamente 65 por ciento de esos decesos. Los adultos con diabetes tipo 2 tienen de dos a cuatro veces más probabilidades de sufrir un ataque cardíaco o un infarto, o morir de enfermedad cardíaca, que los no diabéticos.

Un gran organismo de investigación ha demostrado que reducir los niveles de glucosa puede disminuir de manera importante el riesgo de algunas complicaciones derivadas de la diabetes, como

enfermedades oculares, nerviosas y de riñón. Otro estudio ha revelado que los pacientes con inicio más reciente de diabetes que los inscritos en el estudio de ACCORD mostraron una tendencia a padecer menos infartos cuando redujeron sus niveles de glucosa.

Pero éste ha sido el primer gran ensayo clínico para estudiar si disminuir los niveles de glucosa de los diabéticos, a los que tienen las personas sanas, reduce el riesgo de enfermedad cardíaca. La respuesta, en este caso, fue no.

“Obviamente nadie habría esperado este resultado”, indicó el doctor Steven Nissen, cardiólogo en la Clínica Cleveland, quien dirigió el estudio sobre Avandia. “Éste es un llamado de alerta, y nos dice que los fármacos tienen efectos complejos.”

“Es lo correcto”

Nissen aseveró que los hallazgos tendrán impacto inmediato en su práctica. Antes, si un diabético con enfermedad cardíaca hubiese llegado a su oficina con un nivel de glucosa de 7.5 por ciento (comparado con menos de 6 por ciento en una persona normal), “yo le habría prescrito un fármaco adicional”, reconoció.

“Hoy tengo que preguntarme si es lo correcto”, afirmó Nissen. Antes habría estado satisfecho si uno de sus pacientes presentara un nivel de glucosa de 6.2 por ciento. Ahora, dijo, se preguntaría: “¿estoy haciendo daño o ayudo?”

Investigadores de ACCORD expresaron que ahora la meta del grupo de tratamiento estándar (en el que se incluyen los antiguos pacientes de tratamiento intensivo) es un nivel de glucosa entre 7 y 8 por ciento. Y aconsejan: no debe presionarse a diabéticos que tienen riesgo de contraer enfermedades cardíacas a reducir sus niveles más allá de eso.

“Estoy agradecido de saber cuál debe ser la meta de glucosa”, comentó la doctora Sheria Golden, endocrinóloga del hospital Johns Hopkins.

Golden afirmó que siempre ha estado consciente de que reducir demasiado el azúcar puede provocar un episodio de hipoglucemia. “Reduciré la glucosa hasta donde no se complique al paciente con riesgo hipoglucémico”, expresó.

Los especialistas tuvieron dificultades en hacer que los niveles de azúcar de los voluntarios se redujeran por debajo de los registrados en personas sanas; sólo alcanzaron un 6.4 por ciento, en vez de su objetivo de menos de 6.

Los doctores dijeron que resultados diversos a lo esperado son una de las razones por las que se llevan a cabo pruebas clínicas.

“En esencia, cuando algo parece ser una buena idea, necesitamos pruebas... para ver si funciona en la vida real”, señaló la doctora María M. Newman, internista en Lutherville. “Suenan biológicamente plausible, pero eso no significa que funcione de esa manera.”

FUENTE: EIU

