

Algunas claves del ébola

AGENCIAS :: 08/08/2014

Muchos analistas asocian las periódicas apariciones del virus con determinados avances en su toxicidad logrados por los investigadores del Ejército de EEUU

Es uno de los virus más letales para el ser humano, con una tasa de mortalidad, en sus brotes epidémicos, de entre el 25% y el 90%. No existe aún ni tratamiento ni vacuna para hacerle frente, y, aunque se está experimentando, el desarrollo de lo conseguido avanza muy lentamente, entre otras cosas por problemas de financiación. Ya se sabe que las enfermedades del tercer mundo no preocupan especialmente a los laboratorios, ya que los potenciales compradores son países o personas pobres.

Su aparición, hasta ahora siempre en países de África Central y Occidental cercanos a selvas tropicales, dispara periódicamente las alarmas en todo el mundo, pero los avances reales, al menos los publicados, casi 40 años después de que se detectara el primer brote epidémico siguen siendo espectacularmente escasos.

El ébola, una amenaza no solo para la salud, sino también para la seguridad, dado su potencial uso como arma bacteriológica, sigue teniendo el camino libre, y la única defensa pasa, de momento, por medidas preventivas. Tal vez, hasta que el virus dé el salto y se cuele en el Primer Mundo, o hasta que haya indicios solventes de que podría ser utilizado por gobiernos que utilizan habitualmente armas bacteriológicas, como los de EEUU, Israel o Gran Bretaña.

Muchos analistas asocian las periódicas apariciones del virus con determinados avances en su toxicidad logrados por los investigadores del Ejército de EEUU. AL igual que con otros virus (o con la misma bomba atómica), los laboratorios militares necesitan cada tanto hacer "pruebas de campo".

¿Cómo es el virus del ébola?

El virus ébola pertenece a la familia Filoviridae (género Filovirus). Es el causante de la fiebre hemorrágica viral del ébola, una enfermedad infecciosa, altamente contagiosa y muy severa, que afecta tanto a animales como a seres humanos.

El ébola se detectó por primera vez en 1976 en dos brotes epidémicos casi simultáneos ocurridos en Nzara (Sudán) y Yambuku (actual República Democrática del Congo). La aldea en que se produjo el segundo de ellos está situada cerca del río Ébola, que da nombre al virus.

¿Cómo se contagia?

El ébola originalmente era transmitido al ser humano por animales salvajes y se propaga en las poblaciones humanas por contacto directo con sangre, líquidos orgánicos (saliva, sudor, orina, vómito) o tejidos de las personas infectadas. El periodo de incubación varía de dos a

21 días, si bien lo más normal es de cinco a doce días.

Se considera que los murciélagos de la fruta de la familia Pteropodidae son los huéspedes naturales del virus. Aunque los monos han sido una fuente de infección para las personas, y son fácilmente contagiados con el virus administrando cepas a hembras en celo que contagian a los monos con los que se aparean, según pruebas de laboratorios militares. Se ha encontrado el virus en el semen de pacientes supervivientes hasta 60 días después de haberse detectado la enfermedad, lo que demuestra su alta virulencia.

Para prevenir el contagio, las organizaciones de salud pública africanas recomiendan evitar el contacto con monos y el consumo de su carne cruda, así como el contacto físico estrecho con pacientes infectados por el virus.

Los trabajadores sanitarios que atienden a pacientes con infección presunta o confirmada deben aplicar medidas de precaución para evitar cualquier exposición a la sangre o líquidos corporales del paciente, así como el contacto directo sin protección con el entorno posiblemente contaminado.

Los ritos funerarios en los que los familiares lavan el cuerpo del difunto también son una fuente importante de riesgo de contagio en las comunidades afectadas.

¿Cuáles son los síntomas y por qué es tan letal?

En las primeras fases de la enfermedad, los afectados por el virus presentan fiebres altas de casi 40 grados, fuertes dolores de cabeza, debilidad intensa y dolor de músculos, cabeza y garganta, seguidos de vómitos, diarreas, erupción cutánea, funciones renal y hepáticas alteradas e intensas hemorragias internas y externas.

El virus acaba causando la muerte de hasta el 90% de los infectados debido a las hemorragias que provoca. Al no existir aún un tratamiento o vacuna específicos, los cuidados intensivos que requieren los casos graves se centran en intentar bajar la fiebre y en cortar las hemorragias.

¿Cómo puede contenerse?

La prevención es el arma fundamental: controlar muy bien a las ONGs, a las organizaciones "humanitarias" y religiosas de ayuda, a las expediciones científicas y al personal de las embajadas, especialmente de EEUU. Estos son algunos de los transmisores habituales de este tipo de enfermedades.

Una vez que apareció el virus, la higiene en las escuelas, así como la información a la población local, son importantes para poder contener el brote de ébola.

¿Cuáles han sido los principales brotes hasta ahora?

El primer brote, el detectado en 1976 en Sudán y la actual República Democrática del Congo, afectó a 318 personas y causó 280 muertes, lo que supone un índice de mortalidad del 88%. Desde entonces el ébola ha continuado apareciendo de forma periódica en África

Central y Occidental.

En 1995 una epidemia en Kiwit (en el entonces Zaire) afectó a 315 personas y mató a 254 (81%). El brote se extendió a través de los hospitales. Un año después, en enero de 1996, la variedad ébola-Zaire atacó Gabón, con 31 casos diagnosticados y 21 fallecimientos. Este país volvió a resultar afectado entre julio y diciembre de ese mismo año, esta vez en la región de Boue, donde se aislaron 60 casos y murieron 45 personas. El virus se trasladó a través de una médico de Gabón a Johannesburgo (Sudáfrica), donde afectó a dos personas, una de las cuales murió.

El primer brote del siglo XXI fue detectado en Uganda, en el distrito de Gulu, al norte del país, donde la variedad ébola-Sudán infectó en el año 2000 a 425 personas, de las que fallecieron 224. Entre 2001 y 2002 se confirmó un nuevo brote en Gabón, que posteriormente se extendió a la vecina República del Congo.

El balance de la OMS fue de 65 casos con 53 muertos en Gabón, y de 59 casos y 44 muertos en Congo. En 2003 se contabilizaron en Congo 143 personas afectadas por la variedad ébola-Zaire. Murieron 128 (el 90%). Y en 2007 la enfermedad reapareció en la República Democrática del Congo, donde afectó a 264 personas y mató a 187. También en 2007 Uganda registró un brote en el distrito occidental de Bundibugyo, con 149 infectados y 37 muertos.

En marzo de 2014 se localizó un brote en Guinea, causado por la cepa Zaire, la forma más letal conocida del virus, que dejó un centenar de muertos. Este verano, otro brote se ha cobrado la vida de casi un millar de personas tanto en Guinea, como en Liberia y Sierra Leona.

¿Qué avances ha habido en el tratamiento?

En 1998, el farmacólogo nigeriano Maurice Iwu anunció en el Congreso Internacional de Botánica que el extracto de la fruta de *Garcinia kola*, un árbol de África Occidental, utilizado por curanderos locales en otras dolencias, detenía el crecimiento del virus en pruebas de laboratorio. No obstante, a pesar de que ya han pasado 16 años del descubrimiento, aún no se han realizado pruebas concluyentes con animales o seres humanos debido a las presiones de EEUU sobre universidades y laboratorios gubernamentales en África.

Uno de los avances más importantes tuvo lugar en 2012, cuando científicos del National Microbiology Laboratory (Canadá) administraron un compuesto llamado ZMAb a cuatro monos, 24 horas después de ser infectados con el virus. El ZMAb está compuesto de tres anticuerpos que se obtuvieron de ratones a los que previamente se había vacunado con fragmentos del virus. Los monos que recibieron el ZMAb sanaron sin sufrir efectos secundarios. Un quinto simio al que no se le había administrado el fármaco murió a los cinco días. Curiosamente, a pesar de los resultados positivos, poco tiempo después los científicos anunciaron su intención de desarrollar un anticuerpo "más potente" llamado Defyrus.

En febrero de 2013, el equipo de investigadores del Servicio de Microbiología del Hospital 12 de Octubre de Madrid logró dar un primer pasito en el bloqueo de la entrada de los virus

del VIH y el ébola en las células del sistema inmunitario para impedir que se diseminen por el organismo. El trabajo, que comenzó hace diez años, aún se encuentra aún en sus primeras fases debido, en parte, a la falta de presupuesto estatal, aunque se sospecha de otras presiones.

Zeitlin, presidente de Mapp Biopharmaceutical, una farmacéutica que trabaja con el Ejército de EEUU en temas de armas bacteriológicas, aclara que "el apoyo privado podría acelerar el desarrollo, pero los inversores generalmente no están interesados en productos como éste, con un pequeño número de pacientes de países pobres, porque no son rentables".

¿Qué ha ocurrido con la farmacéutica Tekmira?

En apoyo a las teorías especulativas sobre el origen de este último episodio viral, está el anuncio hecho el 5 de marzo (pocos días antes del brote en Guinea) por la compañía farmacéutica canadiense Tekmira. Dijo que había realizado pruebas en seres humanos de su antídoto contra el ébola, conocido como TKM-Ebola, dentro de las investigaciones que realiza bajo un contrato con (quién si no) el ministerio de Defensa de EEUU.

La empresa hizo público que había recibido una 'ayuda especial' dentro de un contrato de 140 millones de dólares, para acelerar su investigación.

Días después, el 22 de marzo, se confirmó el brote de ébola en Guinea. En el índice Nasdaq de EEUU, en el último trimestre las acciones de Tekmira se han disparado.

<https://www.lahaine.org/mundo.php/algunas-claves-del-ebola>