

## Revista de revistas



□ GUHL F., RESTREPO M., ANGULO V. M., ANTUNES C. M., CAMPBELL-LENDRUM D. & DAVIES C. R. (2005). **Lessons from a national survey of Chagas disease transmission risk in Colombia.** (Lecciones de una encuesta nacional sobre el riesgo de transmisión de la Enfermedad de Chagas en Colombia). *Trends Parasitol.* **21:** 259-262

Centro de Investigaciones en Microbiología y Parasitología Tropical, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.

En años recientes ha habido una revitalización de los programas a gran escala para controlar las enfermedades parasitarias en los países en desarrollo. En el año 1997, los Gobiernos de Colombia, Venezuela, Ecuador y Perú se comprometieron a replicar la eliminación costo-efectiva de *Trypanosoma cruzi* alcanzada en el Cono Sur utilizando insecticidas de acción residual contra los vectores domésticos (en combinación con el despistaje en bancos de sangre). Los Gobiernos de América Central lanzaron una iniciativa similar. Todos plantean la interrupción de la transmisión vectorial en la región para el 2010, pero las metas específicas son decididas a nivel nacional. En este artículo enfocamos el novedoso abordaje tomado por el Gobierno Colombiano para determinar la distribución geográfica del riesgo de transmisión de la Enfermedad de Chagas con la finalidad de seleccionar donde priorizar las intervenciones de control.

□ NOYA B. A., GUEVARA R. R., COLMENARES C., LOSADA S. & NOYA O. (2006). **Low transmission areas of schistosomiasis in Venezuela: consequences on the diagnosis, treatment, and control.** (Áreas de baja transmisión de esquistosomiasis en Venezuela: consecuencias sobre el diagnóstico, el tratamiento y el control). *Mem. Inst. Oswaldo Cruz.* **101 (Suppl. 1):** 29-35.

Cátedra de Parasitología, Escuela Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela.

Las áreas de baja transmisión de esquistosomiasis en Venezuela pueden ser definidas como aquellas donde existe el vector, la prevalencia de casos activos está por debajo del 25%, predominan los individuos con intensidad moderada de infección y la mayoría son asintomáticos. Estas áreas son consecuencia de los efectivos programas de control, sin embargo localidades epidemiológicamente “silenciosas” son difíciles de descubrir, impidiendo el diagnóstico oportuno y el tratamiento de las personas infectadas. El ultrasonido clínico y abdominal no permiten discriminar personas infectadas de no infectadas en áreas donde, además de *Schistosoma mansoni*, están de regla presentes los parásitos intestinales. Bajo estas condiciones la serología sigue siendo un invaluable método de diagnóstico ya que proporciona una aproximación más cercana a la verdadera prevalencia. En este sentido, la prueba de precipitina circumoval, la ELISA-SEA con metaperiodato de sodio y el inmunoensayo con fosfatasa alcalina junto con la coprología permite una identificación de los “casos de esquistosomiasis”. En relación a la salud pública, la esquistosomiasis ha sido subestimada por las autoridades sanitarias y la inversión en su control ha sido transferida a otras enfermedades de relevancia política y social mayor, desatendiendo los esfuerzos sanitarios y permitiendo el crecimiento de las poblaciones de caracoles. Se deberían implementar algunas estrategias de diagnóstico y control antes que ocurra la reemergencia de la esquistosomiasis en áreas de baja transmisión.

□ XAVIER S. C., VAZ V. C., D'ANDREA P. S., HERRERA L., EMPERAIRE L., ALVES J. R., FERNANDES O., FERREIRA L. F. & JANSEN A. M. (2007). **Mapping of the distribution of *Trypanosoma cruzi* infection among small wild mammals in a conservation unit and its surroundings (Northeast-Brazil).** (Mapeo de la distribución de la infección por *Trypanosoma cruzi* entre pequeños mamíferos en un área de conservación y sus alrededores). *Parasitol Int.* **56:** 119-28.

Laboratory of Biology of Tripanosomatid, Department of Protozoology, Oswaldo Cruz Institute - IOC/FIOCRUZ, Av. Brasil 4365, Zip Code 21045-900, Rio de Janeiro, Brazil.

Los mapas son herramientas útiles que permiten observar la correlación de los paisajes con focos de transmisión de los parásitos. Aquí los utilizamos como una herramienta para la geovisualización de variables involucradas en la transmisión de *Trypanosoma cruzi* entre pequeños mamíferos silvestres en un área endémica de Enfermedad de Chagas, el Parque Nacional “Serra de la Capibara” (PARNA) y sus alrededores, en el Estado Piauí-Nordeste de Brasil. La implementación de un Sistema de Información Geográfica (GIS) permitió la observación que una distribución agregada previamente detectada para *Triatoma sordida* y *Triatoma brasiliensis*. La prevalencia e infección por *T. cruzi* en pequeños animales silvestres, se presentó influenciada, directamente o indirectamente, por el relieve local y la acción humana. La diversidad específica fue más alta en refugios de ambientes “mésicos” dentro del parque y en la zona buffer, y menor en el área modificada por las actividades humanas. *Didelphis albiventris* fue más abundante en las áreas afectadas por la acción humana. *Trichomys laurentius* mostró ser una especie ecléctica y un reservorio competente para *T. cruzi*, estando infectado en todas las áreas de estudio. Pequeños mamíferos infectados con el genotipo TCII de *T. cruzi* fueron localizados solo en la zona buffer de PARNA, mientras que los especímenes infectados con TCI fueron encontrados en ambas áreas. El impacto de la pérdida de biodiversidad sobre el ciclo de transmisión de *T. cruzi* en el ambiente silvestre, fue discutido.

□ VILLEGAS L., MCGREADY R., HTWAY M., PAW M. K., PIMANPANARAK M., ARUNJERDJA R., VILADPAI-NGUEN S. J., GREENWOOD B., WHITE N. J. & NOSTEN F. (2007). **Chloroquine prophylaxis against vivax malaria in pregnancy: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial.** (Profilaxis con cloroquina para malaria por *Plasmodium vivax* durante el embarazo: un ensayo aleatorio, doble ciego y controlado con placebo). *Trop Med Int Health*. **12**: 209-18.

Shoklo Malaria Research Unit, Mae Sot, Thailand. Centro de Investigación de Campo Dr. Francesco Vitanza, IAES, Venezuela.

OBJETIVO: Determinar la seguridad de la cloroquina (CQ) como profilaxis contra la infección por *Plasmodium vivax* durante el embarazo. METÓDOS: Se incluyeron mil mujeres Karen embarazadas en un ensayo aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo de quimioprofilaxis con CQ (500 mg fosfato (o

300 mg base) semanales). Las mujeres recibieron una mediana (rango) de dosis total de cloroquina fosfato de 9500 (1500-17500) mg. Las madres fueron seguidas activamente desde su inclusión hasta el parto, y sus bebés hasta los 12 meses de edad. RESULTADOS: La profilaxis con cloroquina previno por completo los episodios de *P. vivax*; un 10,1% (95% IC: 3,3-7,9) de las mujeres en el grupo placebo tuvo al menos un episodio de malaria por *P. vivax*, mientras que no hubo ningún episodio entre las mujeres del grupo CQ. En cambio, el número de episodios de *P. falciparum* fue similar en ambos grupos: 7,4% (95% IC: 3,7-11,1) y 5,6% (95% IC: 3,3-7,9) en el grupo placebo y el de CQ respectivamente (P= 0.56). La profilaxis con CQ fue bien tolerada y no hubo diferencias en la proporción de efectos secundarios reportados por los dos grupos, excepto por la duración de palpitations y desórdenes del sueño que fueron más frecuentes entre las mujeres que habían recibido CQ. La profilaxis con CQ no tuvo impacto en la anemia materna, peso al nacer, edad gestacional, desarrollo de los recién nacidos o en el crecimiento, desarrollo neuronal o agudeza visual de los lactantes al cumplir el primer año. CONCLUSIÓN: La profilaxis con cloroquina es segura y eficaz contra la infección por *P. vivax* durante el embarazo.

□ CHAPPUIS F., SUNDAR S., HAILU A., GHALIB H., RIJAL S., PEELING R. W., ALVAR J. & BOELAERT M. (2007). **Visceral leishmaniasis: what are the needs for diagnosis, treatment and control?** (¿Leishmaniasis visceral: cuales son las necesidades para el diagnóstico, el tratamiento y el control?). *Nat Rev Microbiol*. **5**: 873-82

Travel and Migration Medicine Unit, Geneva University Hospitals, 24 rue Micheli-du-Crest, CH-1211 Geneva 14, Switzerland.

La leishmaniasis visceral (LV) es una enfermedad protozoaria sistémica transmitida por los flebótomos. Las poblaciones pobres y desatendidas del Este de África y el sub-continente Indio son afectados de manera especial. El diagnóstico temprano y certero y el tratamiento son componentes claves para el control de la LV. Además de mejores métodos de diagnóstico, se necesitan pruebas cuidadosas y sencillas para identificar las fallas del tratamiento. La miltefosina, la paramomvicina y la anfotericina liposomal B están gradualmente reemplazando los antimoniales pentavalentes y la anfotericina B convencional que son los tratamientos preferidos en algunas regiones, pero en otras áreas estas drogas están todavía siendo evaluadas solas o combinadas. Nuevas herramientas diagnósticas y nuevas estrategias de tratamiento solo tendrán impacto si se harán ampliamente asequibles a los pacientes.