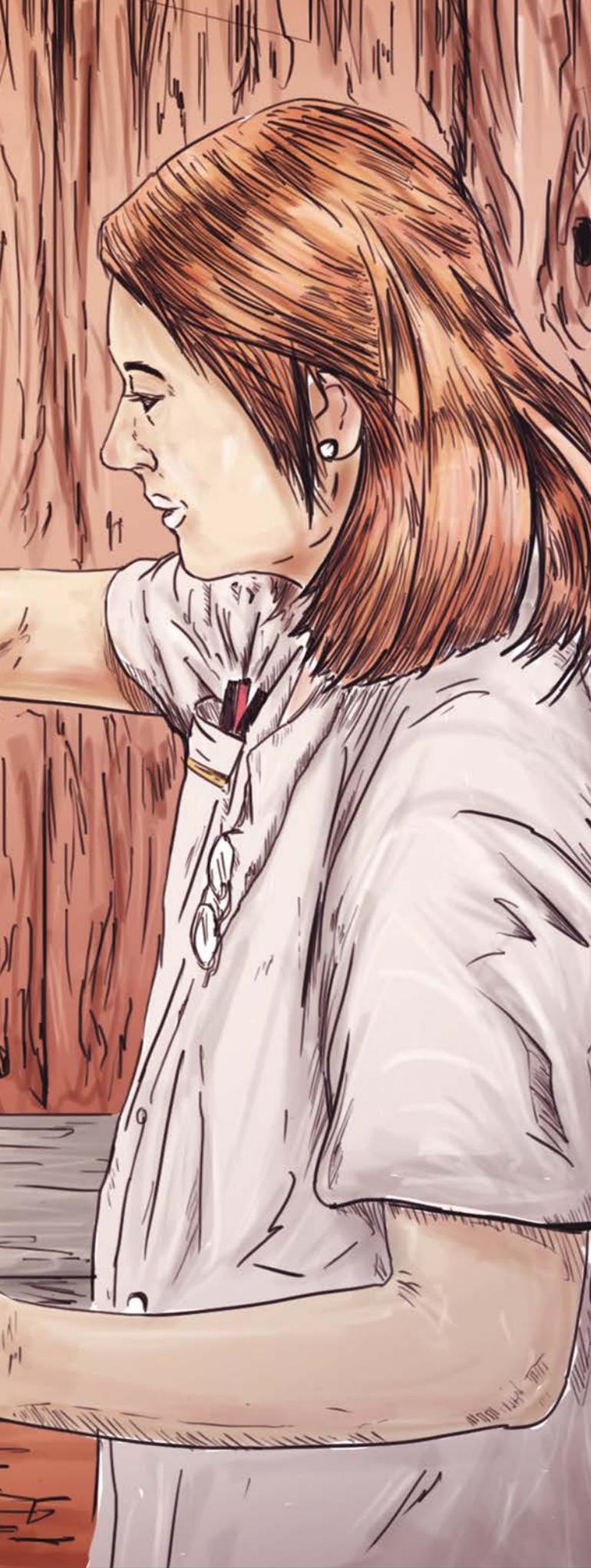


LAS EMBARAZADAS DE LA MALARIA

Por Ana María Jaramillo Villegas*

Las mujeres embarazadas y con malaria tienen un alto riesgo de aborto y muerte fetal. Podrían sufrir hemorragias posparto y sus recién ser más pequeños y débiles. He aquí una crónica sobre este problema de salud pública, centrado en la Serranía de Abibe.





Las mujeres embarazadas y con malaria tienen un alto riesgo de aborto y muerte fetal. Podrían sufrir hemorragias posparto y sus recién nacidos pueden ser más pequeños y débiles. He aquí una crónica sobre este problema de salud pública, centrado en la Serranía de Abibe.

La primera vez que el investigador Juan Gabriel Piñeros, del grupo Malaria, pensó en dedicarse a estudiar esta enfermedad en el embarazo, estaba en la biblioteca de la Universidad Nacional. Abrió un libro y leyó en la dedicatoria: “A mi abuela quien murió dando a luz a mi madre. Tenían malaria”. En sus manos estaba uno de los primeros trabajos sobre el tema en Colombia y ya corría el siglo XXI.

Luego en Medellín, con la inspiración de la doctora Silvia Blair, directora del grupo, haría un estudio con las embarazadas de Urabá. Tanto para él como para la doctora Amanda Maestre, del grupo de investigación Salud y Comunidad, ambos investigadores consagrados a esta relación de tres —el feto, la madre y el parásito—, lo que los estudios han evidenciado es un verdadero problema de salud pública para Colombia.

Todo comenzó en el puro trópico. En el noroccidente de Colombia por donde brota la Serranía de Abibe. Zona de tierras bajas, cálidas y exuberantes, límite natural entre Antioquia y Córdoba. Es allí donde habitan ellas.

Mujeres que bajan al río por agua, porque en sus casas no hay acueducto. Mujeres jóvenes, no tan jóvenes y casi en la tercera edad que no trapean porque sus pisos son de tierra. Mujeres que esperan a que algún pariente vuelva de su trabajo en el campo o en la mina. Mujeres que cualquier día fueron picadas por mosquitos contra los que sus techos de paja y paredes de madera no las protegieron. Mujeres con malaria. Mujeres que cargan un bebé en su brazo derecho, toman un niño con su mano izquierda y llevan el tercero en el vientre.

Fiebres intermitentes, escalofríos, dolores de cabeza y musculares, decaimiento, malestar... Una situación que se torna aún más delicada cuando dos extraños —el feto y el parásito de la malaria— habitan el cuerpo pero la madre no presenta los síntomas de la enfermedad.

Estas mujeres son distintas a otras. El embarazo les ha modificado su medio interno para permitirles tolerar el feto. Este cambio las ha hecho más susceptibles, como si su cuerpo hubiera olvidado a los parásitos que conoció en una infección anterior de malaria y de los cuales se defendería sin problema si no estuviera preñada. Para completar, estos parásitos se acumulan preferiblemente en la placenta, inflamándola e impidiendo el paso de nutrientes.

Estas madres, sin saberlo muchas veces, tienen mayor riesgo de aborto y muerte fetal. También de tener



Fotografías grupo de investigación Salud y Comunidad.

recién nacidos más pequeños o de sufrir hemorragias después del parto. Cuantos más parásitos tenga la mamá, más cicatrices, calcificaciones y hemorragias verán los investigadores en su placenta.

A la región donde habitan ellas llegaron los investigadores de ambos grupos de investigación. Durante los últimos años han estudiado cuántas infectadas hay, cómo se da en ellas la enfermedad y qué características tiene el parásito.

También se han analizado aspectos sociales que pudieran ser determinantes en el desarrollo de la enfermedad y que han dado, según el investigador Piñeros, respuestas sorprendentes. “Los estudios que se han hecho en África –según Piñeros– sobre la inmunidad que las mujeres van adquiriendo a los parásitos nos dirían que, si es el tercer o cuarto embarazo, la infección sería más leve. Sin embargo, en el estudio encontramos lo contrario. Creemos que una madre más adulta, y que ha tenido más de un embarazo, está inmersa en una dinámica familiar distinta. Ya no está protegida por su familia como en los primeros embarazos, casi siempre en la adolescencia. Es decir, debe salir al campo a trabajar y esto la expone más a las picaduras de los mosquitos que transmiten la malaria”.

Las evidencias contundentes de que, en el país, la malaria en el embarazo no está bien evaluada vienen de la mano de las técnicas de diagnóstico. La prueba a través del conteo al microscopio del número de parásitos, llamada gota gruesa, es la que está recomendada en todo el país. A través de esta técnica, las investigaciones de la Universidad han demostrado que de diez mujeres sin síntomas de fiebre, alrededor de una tiene malaria.

Para la doctora Maestre este dato sólo es ya preocupante. Sin embargo, y dada su formación en análisis molecular, decidió seguir indagando y lo que encontró fue aún más contundente: “El conteo al microscopio detecta que en mujeres sin síntomas una de cada diez tiene parásitos. Una prueba molecular convencional detecta que tres de cada diez, y una prueba más avanzada llamada PCR

en tiempo real detecta que seis de cada diez, tienen material genético correspondiente al parásito”. Actualmente se está estudiando si los remanentes del material genético del parásito que se detectan con la prueba más avanzada son significativos para la gestación, la placenta y la inmunidad del niño. El grupo de investigación Salud y Comunidad está trabajando con colaboradores en Canadá para mejorar el diagnóstico en el campo. Con nuevas herramientas se le podría entregar a la madre un resultado más preciso y oportuno.

Estos estudios no han sido sólo de laboratorio. En el campo, otro personal de salud también ha sido fundamental. En el Hospital de Puerto Libertadores, Córdoba, trabaja don Severiano, un microscopista de los de antaño, formado en las primeras brigadas contra la malaria de los años setenta. Su experiencia empírica le permite teñir, mirar al microscopio, contar parásitos y decir: sí, es malaria.

“Eso se aprendió de África –cuenta la doctora Maestre–. Es crucial involucrar a la comunidad. Con que una persona sepa leer y escribir se le puede enseñar a diagnosticar. Si alguien ajeno llega, en cuatro o cinco meses está aburrido o amenazado, además la comunidad le tiene más confianza a un local que a un recién llegado”. Este microscopista colabora en las investigaciones haciendo seguimiento a las madres y detectando de qué lugares provienen en mayor proporción.

Pero el problema no es solo biológico...

El tema tiene complicaciones administrativas y relacionadas con la gestión de la salud en Colombia. Como recalca la investigadora, “con la descentralización de los servicios de salud de la Ley 100 cada municipio es responsable del manejo de su salud. Sin embargo, el asunto de la malaria sigue siendo manejado a nivel departamental. En Córdoba, por ejemplo, esto es inconstante y el año pasado los operarios solo tuvieron contrato cuatro meses”.

Para el investigador Piñeros, los resultados de estos estudios son definitivos para la elaboración de las

políticas públicas. “Los programas de salud pública están descoordinados: mientras que en las guías de atención de la malaria se establece que en zona endémica debe tomarse un examen de gota gruesa en cada control prenatal, en los programas de atención del embarazo y el parto esta recomendación no aparece por ninguna parte; es decir, los encargados de cuidar a las gestantes desconocen la medida y esto complica su prevención y control”. Situación aún más grave si le sumamos que un estudio anterior había revelado que el sistema de vigilancia en salud pública solo detecta el 6% de los casos.

Aunque la vacuna es un campo de intensa investigación en el ámbito nacional e internacional, aún no existe ninguna aprobada. En consecuencia, el control de la enfermedad se fundamenta en protegerse del mosquito y en el diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos.

Por eso la doctora Maestre concluye: “Si tuviera diez pesos para malaria en Colombia me los gastaría en que, al menos, se ejecutaran las políticas públicas, es decir, hacerle el examen de la gota gruesa a la embarazada y al recién nacido. Cuando los asuntos básicos aún no se cumplen, investigar en cualquier otra cosa resulta en un alto costo en relación al beneficio”.

Según los datos del *Informe mundial sobre el paludismo 2012*, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los casos de malaria en Iberoamérica se redujeron casi el 60% y las muertes bajaron un 70% en el pasado decenio. Aunque el dato es muy alentador no hay que olvidar que esta misma entidad certificó que España estaba libre de malaria en 1965. Entonces, ¿por qué sigue viva en Colombia?

En el puro trópico las mujeres embarazadas con malaria siguen esperando que la investigación y el cumplimiento de las políticas públicas avancen. Por ahora les queda seguir huyendo del mosquito, protegerse bajo mosquiteros y usar ropas que cubran la mayor parte de su cuerpo.

De pantanos y venenos atmosféricos a “bichos” que hospedan “bichos”

Hoy parece obvio que la hembra de un mosquito llamado *Anopheles* -que necesita sangre para desarrollar sus huevos- pica a los humanos en las noches y les transmite a su sangre miles de parásitos. Dentro del cuerpo estos corren por el torrente sanguíneo y desaparecen en menos de diez minutos en el hígado. Allí, muchas veces en silencio, se multiplican para luego penetrar en los glóbulos rojos

de la sangre.

Pero también, un mosquito, al picar a un enfermo, se lleva en su intestino miles de parásitos que preparará y multiplicará para ser inoculados a otra persona. Ahora lo sabemos, pero no siempre supimos de vectores (el mosquito), hospederos (el hombre u otros animales) y parásitos. Anteriormente se creía que el conjunto de emanaciones fétidas de suelos y aguas impuras eran la causa de la enfermedad y que esta se propagaba en forma de aire venenoso.

No fue hasta finales del siglo XIX y comienzos del XX que se identificaron el parásito y el mosquito. A partir de este momento “los ‘bichos” se convirtieron en la principal explicación sobre la causa de las enfermedades tropicales. ✖

*Periodista

“Los gobiernos del mundo que sostienen la OMS están más interesados en sus luchas internas o externas que en combatir la enfermedad y la muerte de tantos seres humanos sobre esta tierra de todos. Los niños, las mujeres, los ancianos de este pobre cinturón tropical sufren y mueren con enfermedades que pudieran – todas– prevenirse. Uno duda de la “inteligencia humana” cuando a pesar de estos hechos tan lamentables, se le concede más interés y muchísimo más dinero a la “guerra de las galaxias”. ¿Qué habrá que hacer para que se cambie tamaña estupidez por una conducta más humana y lógica?”.

Héctor Abad Gómez. Notas personales. 1985

GLOSARIO

Parásito: organismo que vive a expensas de otro de distinta especie, llamado hospedero, y al cual puede producir daño. Diferentes especies del género *Plasmodium* son los parásitos que causan la malaria.

Vector: artrópodo u otro animal invertebrado que transmite el parásito al ser humano o a otro hospedero. Diversas especies de mosquitos del género *Anopheles* son vectores del parásito de la malaria, los cuales además de transportarlo posibilitan su reproducción.

Hospedero: es el ser vivo que recibe al parásito.