

GESTANTES HAITIANAS

EL NUEVO ESCENARIO DEL EMBARAZO VIH

En 2018 aumentaron las gestantes seropositivas en todo el país, especialmente entre las mujeres inmigrantes, que representan el 80% de los nuevos diagnósticos. De los 257 casos reportados, 229 son madres haitianas que fueron detectadas a tiempo y no transmitieron el virus a sus hijos. Para el Ministerio de Salud, esta cifra no representa una amenaza porque es un número ínfimo del total de embarazos en Chile. Aquí, infectólogas explican el cambio.

Por JUAN LUIS SALINAS T.

Legó al Hospital San José en marzo de 2018. No tenía más de treinta años. Era haitiana. Llevaba poco tiempo en Chile. Su español era muy rudimentario, pero en su rostro había una mezcla de recelo y nerviosismo. Marie (como la llamaremos para proteger su identidad) había sido derivada desde un centro de atención primaria de Quilicura donde controlaba su embarazo. Ahí, luego de realizarle todos los exámenes de rutina, descubrieron que era VIH positiva y era necesario iniciar el protocolo para evitar la transmisión del virus a su hijo. Ni siquiera esperaron la confirmación del Instituto de Salud Pública (ISP): el caso de Marie era prioridad.

—Tenía 19 semanas de embarazo, lo que es tardío para realizar el diagnóstico durante el embarazo, sin embargo estaba en el momento para iniciar el trata-

miento... ya habíamos visto casos similares y en todos habíamos evitado la transmisión vertical —dice Erika Rubio, una de las matronas que integran la Unidad de Inmunología del Hospital San José, el principal centro de atención del sector norte de Santiago.

Erika fue quien atendió a Marie y con la ayuda de un facilitador intercultural le explicó lo que ocurría. No era la primera vez que la profesional trataba a una gestante haitiana seropositiva. Más allá de la barrera idiomática, sabía que antes de realizar el proceso había que comprender su forma de ver el mundo, de qué región de Haití provenía o cuáles eran las creencias y nociones que tenía sobre la enfermedad.

—Al principio estuvo en una etapa de negación —comenta Erika—. No entendía el diagnóstico, pero finalmente asumió que tenía que empezar a tomar su terapia.

En los siguientes controles la matrona y el equipo



GETTY IMAGES

médico de Inmunología conocieron más detalles de la vida de Marie: era madre sola, vivía en una casa en Quilicura con un grupo de compatriotas, tenía lo básico y realizaba pequeñas labores de aseo que apenas le daban para comer.

Durante los primeros meses, Marie cumplió con los controles regulares. Aunque aseguraba que tomaba sus antirretrovirales, los exámenes decían lo contrario: sus cargas virales no bajaban. Normalmente, al primer mes del tratamiento el virus reduce sus copias hasta quedar indetectable y se hace intransmisible al niño. Pero en los análisis de Marie las replicas del VIH se mantenían inalterables.

La respuesta estaba en la vulnerabilidad. Marie confesó al equipo médico que se olvidaba de tomar los medicamentos, porque salía a buscar trabajo, porque estaba preocupada de tener comida o se desvelaba pensando en el futuro de su hijo. Erika Rubio no se

sorprendió. Dice que es otra de las situaciones que ocurren entre las madres inmigrantes seropositivas, especialmente con las haitianas.

—La mayoría de ellas tiene muchas carencias. Están preocupadas de dónde van a dormir mañana, si tendrán dinero para lo más básico. Con todo eso resulta normal que olviden tomarse sus tratamientos. A Marie le importaba el hijo que esperaba, quería protegerlo del virus, pero tenía un contexto que la superaba.

A las 30 semanas de embarazo, cuando el control de la transmisión vertical entraba en una etapa crítica, su carga viral seguía alta. El equipo médico tramitó un recurso de protección para proteger la salud del niño. Esta medida significa la hospitalización de la gestante para que se tome la terapia en las cuatro semanas siguientes. El recurso se aplica en casos de futuras madres no adherentes a la terapias (sean chilenas o extranjeras) o frente a problemas de adicción.

Aunque a Marie le molestó al principio, en el hospital su actitud cambió. Erika Rubio la observaba:

—Empezó a sentirse tranquila, tomaba su medicación. El hospital era un lugar seguro para ella y para su hijo. Yo me decía: “Qué pena que esto ocurra, que tantas madres inmigrantes, madres haitianas como ella, tengan que pasar por esto”.

El hijo de Marie no heredó el virus. La matrona comenta que ha mejorado su situación, que sigue su tratamiento y que ha logrado estar indetectable: no transmite el virus.

—Pero hay muchos casos de mujeres inmigrantes seropositivas que se enteran de su condición durante el embarazo... Lo bueno es que el protocolo funciona, que se diagnostican a tiempo y que logramos que no nazcan niños seropositivos. Además, que sus madres sigan el tratamiento y así cortamos la cadena del virus.

Marie fue una de las 31 gestantes haitianas seropositivas que el año pasado tuvieron a su hijo en el Hospital San José.

En marzo de 2019 el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud realizó un análisis descriptivo de los casos de VIH confirmados en Chile durante el año pasado, en el que se identificó a los nuevos diagnosticados que tenían una nacionalidad diferente a la chilena. El documento, llamado “Informe preliminar. Situación epidemiológica VIH. Casos confirmados, Chile 2018”, además de indicar que el 37,1% de los nuevos diagnosticados en el país eran extranjeros (en orden decreciente: venezolanos, haitianos, colombianos, peruanos y bolivianos), también determinó un aumento entre las gestantes VIH positivas. El documento aclara que el año pasado se confirmaron 317 embarazadas seropositivas: el 18,9% correspondía a chilenas y 81,1% a extranjeras.

De los 257 casos extranjeros, el 89,1% tenía nacionalidad haitiana: es decir 229 mujeres.

Más abajo están gestantes bolivianas (10 casos), peruanas (6) y colombianas (5).

Según el Ministerio de Salud, aunque hay aumento de las gestantes inmigrantes VIH positivas, la transmisión vertical es baja: en 2018 solo nacieron seis niños con el virus.



Cecilia Piñera dice que lo importante es el bien mayor, "que nazca un niño sin VIH".

SERGIO ALFONSO LÓPEZ

La subsecretaria de Salud Pública, Paula Daza, reconoce estos datos, pero deja en claro que el porcentaje de gestantes seropositivas no significa ninguna amenaza, porque solo representan un número ínfimo dentro del total de embarazos en Chile y que incluso dentro del mismo grupo de inmigrantes haitianas gestantes significan un 4%, pero que al ministerio igual les interesa pesquisar.

—Es un desafío del que nos estamos haciendo cargo. Dentro del plan de salud de embarazadas hay un protocolo en que se les hace un seguimiento, con un test de VIH sida al inicio y al final de su proceso, y una serie de medidas para evitar la transmisión vertical, de la madre al hijo. Ese protocolo se cumple. A pesar de que vemos que los números de gestantes inmigrantes han aumentado, lo importante es que la intervención es oportuna y exitosa: la transmisión vertical es baja; ¿qué significa eso? Durante 2018 solo nacieron seis niños con el virus. Estamos bajo un 2%, que es lo que pide la OMS —y nosotros estamos adscritos a la norma de la OMS—. Entonces estamos viendo que estas mujeres se están adhiriendo al tratamiento.

La subsecretaria explica que apenas se diagnostica el virus, tanto en una gestante chilena como extranje-



La subsecretaria de Salud, Paula Daza.

JUAN EDUARDO LÓPEZ

ra, se inicia el tratamiento con retrovirales, controles constantes y todo el sistema se pone en marcha. Hay un seguimiento que termina cuando a las seis semanas después del nacimiento se realiza el último examen al recién nacido para descartar la presencia del VIH sida.

La transmisión vertical, de madre a hijo, puede producirse de tres formas. Durante los meses de gestación, cuando el virus ingresa al torrente sanguíneo del feto por medio de la placenta, lo que representa un 30% de los casos de infección. A través de la leche materna, que corresponde al 15% del contagio vertical y durante el parto, cuando el recién nacido entra en contacto directo con la sangre y con las secreciones del tracto vaginal: el momento más riesgoso, que rápidamente fue reemplazado por cesáreas.

El protocolo de prevención de la transmisión vertical se comenzó a aplicar en Chile en 1996. El programa, que desde 2005 incluye el ofrecimiento universal del test a las embarazadas, consiste en la intervención farmacológica de las madres (deben tomar la triterapia al menos desde el segundo trimestre de embarazo) y de sus hijos (luego de su nacimiento deben tomar un jarabe con el medicamento durante sus primeras seis semanas de vida). Además les entrega sucedáneos de leche materna durante seis meses (la madre no debe amamantarlo).

Las mujeres que no se realizan ninguna intervención tienen entre un 30 y un 40 por ciento de probabilidades de tener hijos VIH positivos; si siguen el protocolo el riesgo, se reduce casi a 0 por ciento. En los primeros tres meses de gestación no se contagia, porque el virus pasa muy poco a la placenta.

El mayor riesgo de transmisión ocurre durante el parto, porque el niño entra en contacto directo con la sangre materna.

La pediatra e infectóloga Cecilia Piñera Morel lleva más de diez años trabajando en el Hospital de niños Exequiel González Cortés. A este centro llegó a realizar su especialidad y se quedó trabajando. Cecilia, quien además integra la Sociedad Chilena de Infectología, donde es miembro del comité consultivo de sida, ha sido testigo del aumento de las embarazadas seropositivas inmigrantes.

También lo comprueban los registros históricos del hospital, que en la década de los 90 fue uno de los centros de referencia de los niños que habían adquirido el virus de sus madres y que hasta a fines de esa década —cuando apareció la terapia antirretroviral efectiva— tenían un futuro incierto. Después de eso, con la aplicación del protocolo para evitar la transmisión vertical y el seguimiento a las futuras madres, la situación cambió. La especialista lo explica:

—Antes de 2014 ni siquiera notábamos la nacionalidad, porque la gran mayoría eran chilenas en este hospital. Teníamos una peruana, una colombiana y ya.



En Haití la mayoría de los partos ocurren en el hogar y no se realizan test de VIH durante el embarazo.

AFP

Según la infectóloga Yasna Alarcón, “el estigma (a los inmigrantes seropositivos) es un factor de riesgo que crea barreras para el diagnóstico, el tratamiento, y para que logren la indetectabilidad”.

Pero en 2016 aparecieron las primeras haitianas, al año siguiente teníamos 13 madres haitianas, 8 chilenas y una colombiana. Y el 2018 eran 40 haitianas seropositivas.

Todas estaban en tratamiento, todas tuvieron hijos sin el virus.

Cecilia Piñera —quien estuvo trabajando en Haití en 2007 por la red América Solidaria— conoce a estas mujeres en el proceso de posparto: llegan a los controles de la segunda parte del protocolo, que consiste en el seguimiento del recién nacido. Dice que se trata de mujeres que están cerca de los 30 años y que en su mayoría desconocen su estado serológico. Explica que vienen de un país donde no existe una red de salud fuerte, donde hay escasez de todo tipo y los test para diagnosticar el VIH sida no son frecuentes.

—Al principio tuvimos más dificultades, porque la diferencia cultural es muy grande. En Haití el VIH sida es una enfermedad mortal. Entonces hay que explicarles la importancia de la adherencia al tratamiento, que si lo siguen ellas podían estar sanas. Fue muy difícil sacarles el concepto de: “sí, me voy a morir”.

Una de las primeras medidas que tomaron en el hospital fue hacer folletos en *créole* que se los entregábamos al ingreso al control prenatal, y que dicen: “La transmisión del VIH a su hijo es prevenible, es 99% prevenible”. También enfrentaron, reconoce, situaciones complejas.

—Hubo varios casos en que se hospitalizó a gestantes en el Hospital Barros Luco, para asegurar su adherencia a terapia y así disminuir la probabilidad de infección del niño. También nos pasó, al principio, con los hijos que nacían, porque los recién nacidos de madres VIH tienen que tomar un medicamento (Zidovudina) durante las seis primeras semanas de vida. En algunas oportunidades decidimos hospitalizarlos, porque era la única forma de tener certeza de que no les iban a dar leche materna y que iban a recibir el medicamento. Ahora ha cambiado un poquito, han ido

incorporando el concepto de que el VIH es una condición crónica y no mortal, siempre y cuando estén en tratamiento.

La doctora Piñera cree que más que una señal de alarma, esto forma parte del cambio cultural que vive el país. Está convencida de que el sistema de salud público ha sido tremendamente abierto con ellas para darles la mejor atención posible.

—Nosotros tenemos todos los días acceso de nuevas gestantes haitianas y se las empieza a atender y se les inicia terapia sin tener RUT, sin tener legalizada su situación en el país; porque vemos el bien mayor, que es que nazca un niño no infectado.

Haití tiene la economía más pobre del hemisferio occidental. Según cifras del Banco Mundial de 2017, ahí viven más de 10 millones de habitantes: el 70% de ellos está bajo la línea de pobreza. Entre la miseria, el sida, al igual que tuberculosis, el cólera y otras enfermedades controladas en los países con mayor desarrollo, sigue teniendo una fuerte incidencia. El último informe de ONUSIDA sobre la situación epidemiológica de Haití es de 2016 y asegura que 150 mil haitianos han sido diagnosticados con VIH y que solo el 55% accede a terapia antirretroviral. Ese mismo informe dice que solo el 71% de las mujeres embarazadas seropositivas tiene posibilidades de seguir el tratamiento para evitar la transmisión del virus a sus hijos.

En 2016 la transmisión vertical se presentó en más de mil recién nacidos.

La médica infectóloga Yasna Alarcón, quien trabaja en el Hospital Sótero del Río y conoce varios casos de inmigrantes haitianas que supieron su situación serológica durante el embarazo, viajó a Haití en 2008 como voluntaria de América Solidaria. Estuvo allá durante nueve meses y trabajó en distintos centros hospitalarios de la periferia de Puerto Príncipe. En terreno comprobó que el embarazo entre las haitianas



Jefa de programa de VIH del Hospital San José, Ester Santander, y la matrona Erika Rubio.

SERGIO ALFONSO LÓPEZ



Yasna Alarcón estuvo en Haití y conoció de cerca la falta de atención que las haitianas tienen durante sus embarazos.

Apenas se diagnostica el virus, tanto en una gestante chilena como extranjera, se inicia el tratamiento con antirretrovirales.

se vive de manera precaria:

—Allá el parto es domiciliario y los controles de embarazo son súper escasos. A diferencia de Chile, donde se controla a todas las embarazadas mensualmente.

Lo que pudo observar en Haití Yasna está lejos de eso. Por la escasez de médicos y personal de salud, se controla solo a las mujeres que tienen problemas graves en sus embarazos. Además, explica, el examen de VIH durante el primer trimestre de embarazo, como estaba recomendado en todos los protocolos, no existe. Como tampoco es de fácil acceso para el resto de la población.

—También hay una parte de la población que no cree en el virus y ellos difícilmente se acercarán a las organizaciones internacionales, que a falta de una política gubernamental realizan el diagnóstico y control del VIH sida.

La subsecretaria de salud, Paula Daza, reconoce otro factor que complejiza la situación de este grupo de mujeres y de los inmigrantes haitianos en general.

—Sabemos también que son personas en una condición de vulnerabilidad específica, que no solamente

pasa por la diferencia del idioma —que ya es un impedimento importante, tanto para el paciente como para el sistema de salud—, sino que también por una barrera cultural, pero se les da el acceso y la oportunidad de tratamiento como a todos los chilenos.

La infectóloga Claudia Cortés, quien trabaja en la Fundación Arriarán y en el Departamento de Medicina de la Universidad de Chile, también conoce la realidad haitiana: en 2015 viajó a Puerto Príncipe por la Fundación Arriarán y la Universidad de Chile. Ella sabe de inmigrantes haitianos que nunca se han hecho un examen de VIH, que desconocen su situación serológica y son diagnosticados en Chile. A esta falta de controles médicos, ella también agrega otros factores:

—La mayoría de las mujeres no saben nada de castellano y vienen acompañadas de su pareja, quienes le hacen una traducción simplificada e inexacta (...) Muchas de ellas no saben leer, aunque les hagas instructivo en *créole*, no les sirve. Por eso no es raro que las gestantes lleguen desinformadas y, algunas veces, tardíamente a sus controles prenatales.

El 10 de febrero de 2019 “El Mercurio” aseguraba que en el Hospital San Borja Arriarán el 70% de los partos realizados en 2018 correspondió a mujeres extranjeras y “un tercio de ellas eran haitianas”.

No hay fechas exactas. La precariedad de los programas de diagnóstico y control de VIH sida en Haití empezó a evidenciarse en Chile un par de años después de la oleada migratoria haitiana que se inició tras el terremoto de 2010. Entonces las embarazadas seropositivas gradualmente fueron detectándose en los hospitales del sistema público.

La primera gestante seropositiva haitiana que las matronas de la Fundación Arriarán, Claudia Caro y Alicia Ajenjo, recuerdan haber atendido fue en 2012. Se llamaba Anita, tenía 30 años y 20 semanas de embarazo. La habían enviado de un centro de atención primaria de Estación Central donde le diagnosticaron su estado serológico.

Claudia Caro dice que fue complejo atenderla por la barrera idiomática.

—Le hacíamos mímica para explicarle lo que ocurría. Ella estaba tranquila, como que no dimensionaba lo que ocurría. Cuando hablamos de sida fue distinto, porque después con los casos que empezaron a llegar comprendimos que para ellas era sinónimo de muerte. Con Anita tuvimos buen resultado, de hecho su hijo nació sin el virus.

Hasta antes de la llegada de Anita los casos de embarazadas seropositivas en la Fundación Arriarán no sobrepasan la decena, las inmigrantes en su mayoría provenían de Perú o Bolivia. El aumento de las gestantes haitianas comenzó a notarlo en 2014, y continuó progresivamente.

Las historias de precariedad también aparecieron. La matrona Alicia Ajenjo relata:

—Muchas de nuestras pacientes están solas, porque

llegaron al país solas o porque sus parejas las abandonaron luego de los diagnósticos. Tuvimos una que se le quemó la casa donde vivía y dormía en el suelo de la pieza de una prima. Hay otras que ni siquiera tienen dinero para movilizarse y el personal de los centros médicos donde se atienden les paga el pasaje para que lleguen a los exámenes.

La infectóloga de la Fundación Arriarán, Macarena Silva, dice:

—Aquí, prácticamente el año pasado se repitió la cifra existente a nivel país. En nuestro centro tuvimos 45 embarazadas el año pasado, de un 80% extranjeras. La mayoría eran inmigrantes que provenían de Haití... El contexto de ellas, estar embarazada en una circunstancia como esta, es como de extrema vulnerabilidad; uno sabe que son pacientes en extrema vulnerabilidad: mujer, que viene de otro lado, que no maneja el idioma, embarazada y con VIH. Nosotros nos preocupamos de echarle una mano a todos los recursos que tenemos, para poder disminuir en el fondo esa brecha y que la paciente pueda acceder de la mejor manera a todos los servicios de salud. Porque por ejemplo, la tasa de transmisión vertical la hemos logrado mantener en menos de un 2%, a pesar de todas las barreras culturales. Y eso es un gran logro.

Para la infectóloga Yasna Alarcón, del Hospital

Sótero del Río, lo principal es terminar con la idea de que este grupo —las gestantes seropositivas— representan un riesgo para la población general.

—Esa idea es falsa. Porque el VIH sigue focalizado en la población chilena, y aunque ha habido un aumento entre los grupos inmigrantes, no es correcto estigmatizarlos. El estigma es un factor de riesgo porque genera barreras para el diagnóstico, el tratamiento, y atenta contra la posibilidad de lograr indelectabilidad, que es un bien común y una forma de que el virus no se siga transmitiendo. Así se rompe la cadena.

Para la infectóloga Cecilia Piñera hay un momento único en todo este proceso.

Ocurre durante la consulta en el policlínico, como a los tres o cuatro meses desde que los hijos de estas madres seropositivas iniciaron el control, cuando reciben el resultado de la tercera prueba para descartar la presencia de VIH (la primera se entrega al nacer, otra a los 15-30 días y una tercera, a los 3 meses).

—Ahí viene el momento en que digo: “Su hijo no está infectado”. Ellas se emocionan y lloran y me abrazan... A mí me alegra, porque son un pueblo súper alegre, entran a la consulta y me dicen: “Hola docté” y se ríen, son simpáticas, aunque tras ellas hay tremendas historias de vulnerabilidad. ■

Para la pediatra e infectóloga Cecilia Piñera, más que una señal de alarma, esto forma parte del cambio cultural que vive el país.

Nutra PHARM
EL PODER DE TU BIENESTAR®

BIENESTAR INSTANTÁNEO

BATIDO NUTRICIONAL EN BASE A MIX DE FRUTAS Y VEGETALES

Fácil y Rápida
preparación



Sin
Azúcar

Bajo en
Grasas



PROTEÍNA DE SEMILLA DE

**CANNABIS
SATIVA**
OMEGA 3 Y 6



PROTEÍNA VEGETAL DE

**SACHA INCHI
Y ARVEJA**
OMEGA 3-6 Y 9



EXCLUSIVO
EN:



nutrapharm.cl