



## Momentos para refrendar el código de ética del colaborador en Eswatini

Fuente: Brigada Médica Cubana en Swazilandia

### CÓDIGO DE ÉTICA DEL COLABORADOR DE LA SALUD EN BRIGADA MÉDICA CUBANA EN EL REINO DE ESWATINI.

La ética está considerada como una rama de la filosofía, relacionada con la naturaleza del juicio moral, que medita sobre lo que es correcto o incorrecto (lo bueno y lo malo) en la sociedad y en la conducta individual cotidiana. No obstante, en tanto condición, cualidad y modo de conducta humana, la ética es inherente a cada una de las facetas de la actividad del hombre y su presencia le define cualitativamente, por tanto no existe buena o mala ética, ella existe o no.

Se le puede definir además como el conjunto de normas que vienen del interior y la Moral las normas que vienen del exterior; es decir, de la sociedad.

Para los  
colaboradores cubanos que representamos al sistema nacional de salud cubano en

el Reino de Eswatini, tiene un papel preponderante la conducta y la actuación de cada uno de ellos, teniendo dos preceptos fundamentales:

Primero:

representar toda la historia acumulada de nuestra nación para el mundo y en ella, la obra de la Revolución Cubana liderada por nuestro Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, principal artífice de la solidaridad a otras naciones, y

Segundo:

poner a toda prueba, el humanismo, la solidaridad y el altruismo de la escuela cubana de medicina, a través del sostenimiento de la calidad en la prestación de los servicios médicos al noble pueblo del Reino de Eswatini.

Recordando una de las tesis del pensamiento Martiano cuando considera que "Todo hombre está obligado a honrar con su conducta privada, tanto como con la pública, a su Patria".

En correspondencia con ello, nuestros colaboradores hacen suyos los siguientes preceptos:

Cumplir con el contrato de trabajo refrendado en el convenio sostenido por la República de Cuba y el Reino de Eswatini.

Se instruirán, respetarán y no darán, ninguna opinión pública en relación a la cultura, las tradiciones, la religión, las leyes y las formas de gobierno del Reino de Eswatini.

Serán responsable de su estado de salud, incorporando estilos

saludables de vida y exigiendo por la evaluación de su estado clínico y humoral a través de la comisión médica, planificada a tales efectos cada 6 meses y en el momento en que lo soliciten personalmente.

Llevarán control diario, semanal y mensual de la actividad asistencial que realizan; entregarán y guardarán copia de la información, según la planificación establecida.

Tiene el derecho de tramitar con su jefe de brigada cualquier preocupación, inquietud o aclaración relacionada con su vida personal y familiar, ya sea en Eswatini o en Cuba y en cambio recibir información o respuestas al respecto.

Respetaran las normas de convivencias y los espacios de sus compañeros de residencia.

Velaran por la seguridad y el cuidado de todos los medios básicos que el Reino de Eswatini pone al disfrute de todos los colaboradores en cada casa de residencia.

Tienen el deber de participar activamente en las reuniones de brigada, así como en las jornadas científicas, actividades recreativas, deportivas, y políticas de la brigada.

Estar dispuestos a ser miembros de las diferentes comisiones de trabajo dentro de la vida interna de la brigada: comité académico, comisión de evacuación, comisión médica, y comisión disciplinaria. Están en el deber de continuar su superación técnica, profesional e idiomático

Serán fieles veladores por la integración y la unidad de todos los miembros de la brigada, que proporcionen la satisfacción individual y colectiva de cumplir con el sostenimiento del reconocimiento alcanzado por el pueblo y el gobierno del Reino de Eswatini.

Están en el deber de solicitar autorización al Jefe de la brigada ante cualquier necesidad de transportación fuera de la región y una vez aprobada mantener la comunicación desde la salida, el trayecto y la llegada.

Estudiarán y cumplirán con todo lo establecido en la Resolución No 168 del 29 de marzo de 2010, relacionado con el "Reglamento Disciplinario para todos los trabajadores civiles cubanos que prestan servicios en el exterior como colaboradores, emitido por el Ministerio de Comercio Exterior y la inversión Extranjera.

En acto público y solemne firman el presente documento en la ciudad de Mbababe a los 29 días del mes de marzo los siguientes colaboradores: Dra Marieta Armas Pérez, Dra Leonila Cuellar Monzón, Daylin Camacho reyes, Dra Elena Fortuna Hércules y el Licenciado en Imagenología Adbel Adams Casañas López.

---

Pilares del diagnóstico de artritis reumatoide



Paciente swazi con sospecha clínica de una artritis reumatoidea.  
Eswatini 2019

A partir de un caso problema que llega al Hospital Lubombo Referral en la localidad de Siteki, el Dr Julio Enrique Ventura, Especialista de Ier grado de Medicina Interna, llama la atención en la importancia del diagnóstico clínico epidemiológico de todas las entidades nosológicas, la cronología y el arte de interrogar el paciente nos pueden ofrecer los pilares fundamentales de la artritis reumatoide en el adulto.

Se trata de paciente femenina de 54 años de edad, obesa con antecedentes de salud anterior y que refiere hace varios meses, viene presentando dolores articulares en varias articulaciones, aunque puntualiza el dolor y la rigidez son mayores en la articulación de las manos y por esa razón ha visitado varias veces los centros de salud, en los cuales se le prescriben medicamentos que la mejoran por cortos períodos de tiempo.

En esta ocasión acude a nuestro centro, con igual sintomatología y al examinarla encontró signos inflamatorios de manera simétrica en las articulaciones de ambas muñecas y manos, pudo constatar dolor, tumefacción, calor e imposibilidad para mover los dedos de las manos, al profundizar en el interrogatorio, la paciente refiere rigidez matinal de más de una hora de evolución, que mejora con el ejercicio, se sospecha se puede tratar de una artritis reumatoidea y se le indican complementarios, una hora después se constata tiene un factor reumatoideo positivo y una eritrosedimentación acelerada, se decide

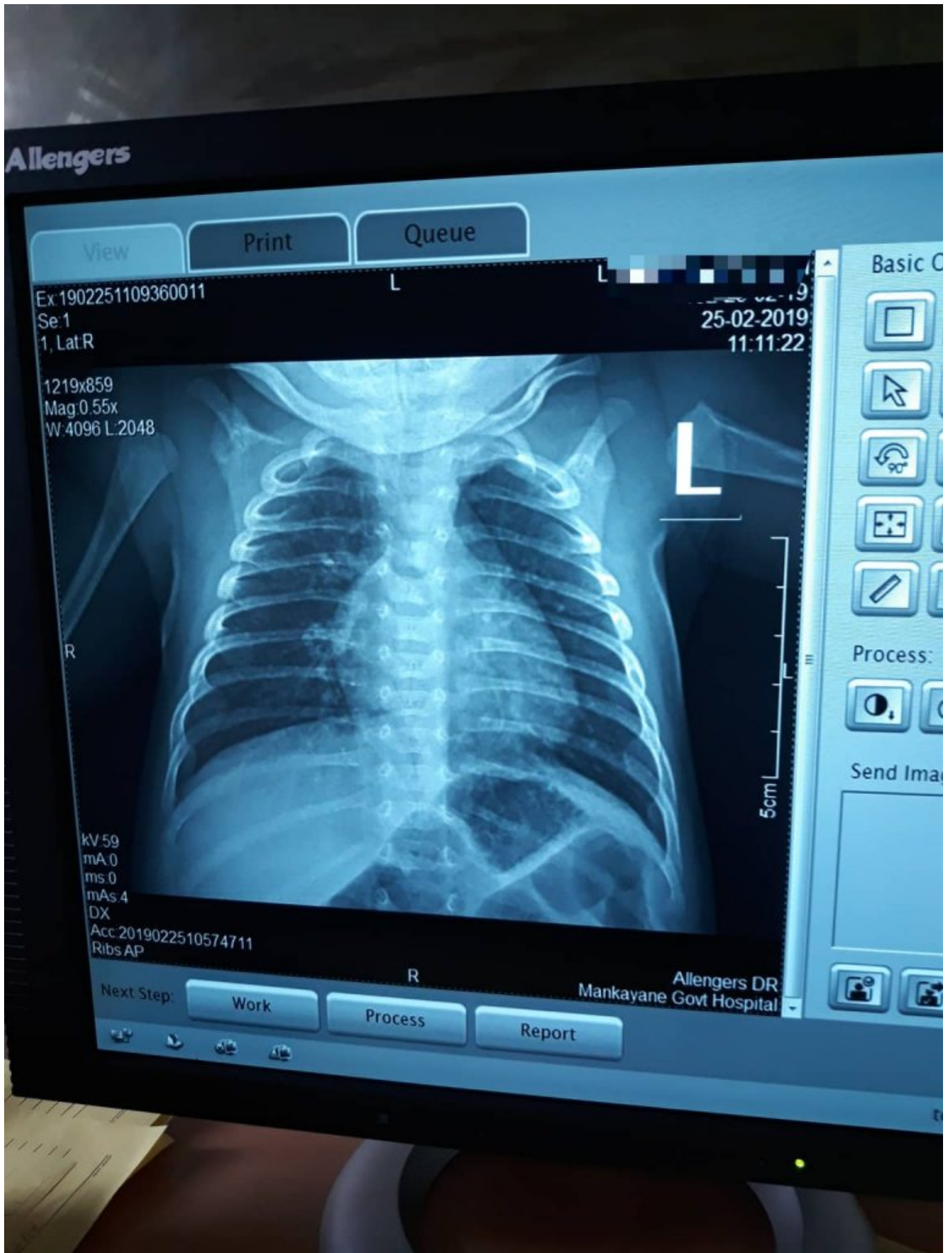
imponer tratamiento y reevaluar en consulta dentro de un mes.

Recordar que la artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune, poli génica, caracterizada por la afectación simétrica de múltiples articulaciones y que se acompaña de síntomas generales inespecíficos y manifestaciones extrarticulares. La misma afecta del 0,3-1% de la población mundial, afecta 3 veces más a las mujeres que a los hombres, más frecuentes en los adultos y la edad de inicio se encuentra mayormente entre 40 y 60 años, el 5% de las mujeres afectas se encuentra en los 55 años de edad y el 80% de los afectos tienen presente una proteína plasmática conocida como factor reumatoideo.

Dentro de los criterios de diagnósticos se encuentran: detectar una historia de rigidez matinal con una duración de una hora por más de 6 semanas, artritis al menos en 3 aéreas por 6 semanas, afectación simétrica de más de 6 semanas, presencia de nódulos subcutáneos y la presencia de un factor reumatoideo positivo.

---

Confrontando la Reemergencia del Síndrome  
Coqueluche-Coqueluchoide



En la praxis diaria, la Dra Yamilet Padilla Torres, Especialista de Ier Grado en pediatría hace una observación de la reemergencia del



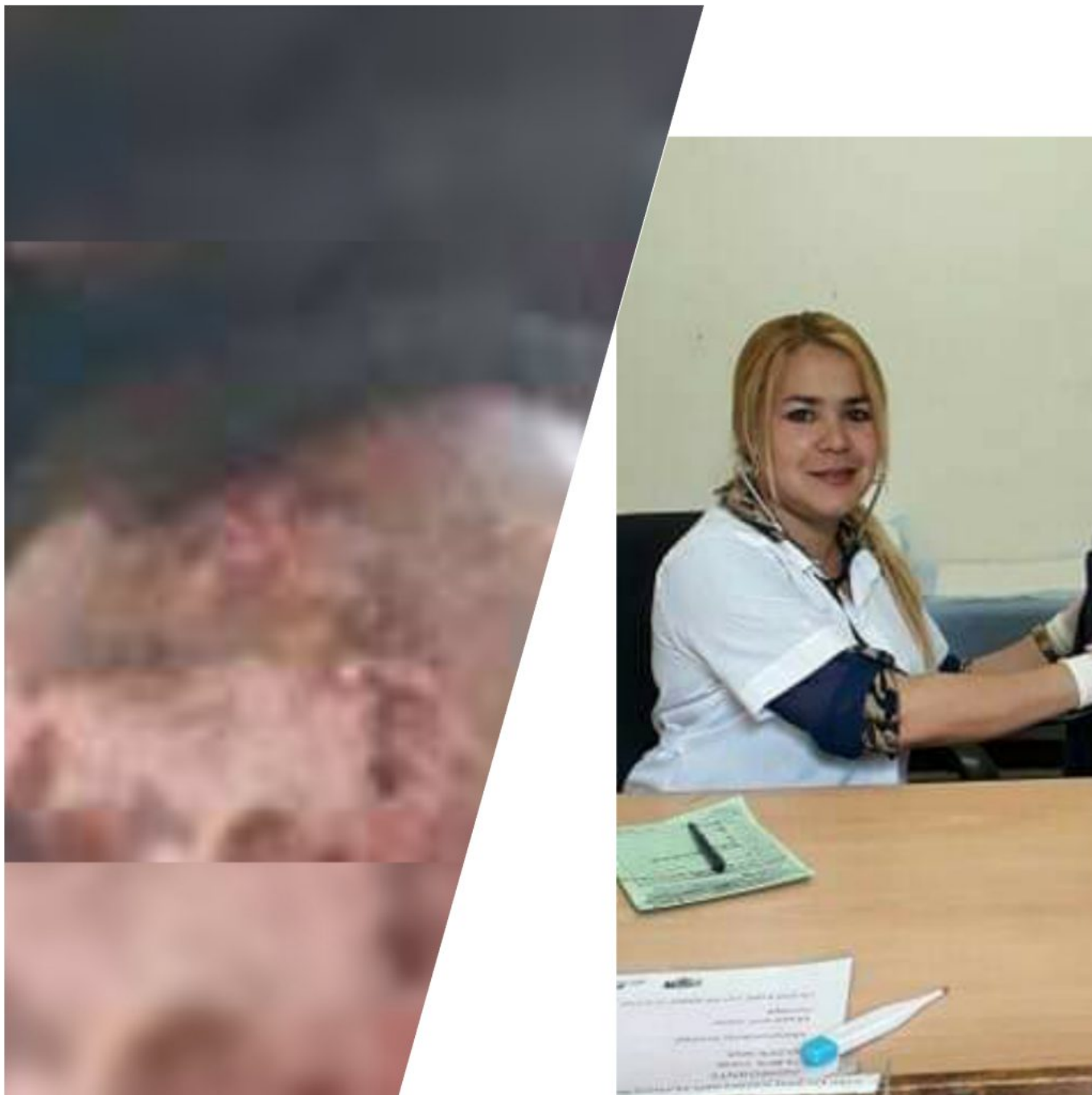
Síndrome Coqueluche y a partir de un caso de su experiencia personal, ilustra un problema de la medicina contemporánea.

Su descripción data del siglo XVI con el uso del término pertussis que significa tos intensa, aunque ya Hipócrates había usado el término quintosa con anterioridad. El uso de la vacunación contra la Bordetella pertussis en la década de los 40 disminuyó extraordinariamente la incidencia de la enfermedad, hasta los años 90 en que reemerge epidemiológicamente con una incidencia anual mundial de 60 millones de casos de los cuales se estima que más de 500 000 son mortales. De ahí la vigencia del tema.

Llega a su consulta lactante de 1 mes de nacida, producto de parto transvaginal, a término, femenina, normopeso al nacer, hija de madre con Retrovirosis Crónica por lo cual cumple regularmente profilaxis con NVP Y AZT la misma es traída a consulta por que la madre refiere que hace 7 días la bebé presenta tos seca, que se ha hecho persistente, le provoca vómitos y cianosis marcada, así como dificultad en la respiración y la alimentación, lo cual ha empeorado progresivamente; se recibe en la consulta donde se constata el acceso de tos paroxística severo con cianosis peribucal y del lecho ungueal, con hiposaturación de oxígeno de un 82 %, se toman las medidas pertinentes y se decide su ingreso, considerándose un caso clínico de coqueluche, se inició el tratamiento antimicrobiano con macrólidos (Eritromicina), se le realizan exámenes complementarios donde se constatan signos de Bronconeumonía y se decide asociar al tratamiento Ceftriaxone, luego de 4 días de evolución, se observa mejoría en el cuadro de la paciente con disminución de la frecuencia de los paroxismos de tos, ausencia de cianosis así como una mejor capacidad para asimilar la lactancia materna,

---

## Responsabilidad médico legal ante pacientes pediátricos con quemaduras



Dra Yunet Martínez Castillo, Especialista de Ier Grado de MGI ante un paciente pediátrico con quemaduras profundas. Eswatini 2019

Dra Yunet Martínez Castillo, ESPECIALISTA de Ier Grado en Medicina General Integral y colaboradora de la BMC en Eswatini, llama la

atención en un problema común en el Hospital Gubernamental de Mankayane, se trata de las quemaduras en las edades pediátricas, las cuales son un problema de salud pública, ponen en riesgo la vida de nuestros niños y las secuelas suelen ser invalidantes, funcionales y estéticas, ocasionando importantes que causarán trastornos psicológicos, sociales-familiares y laborales serios durante toda la vida.

El conocimiento de esta patología ya sea del punto de vista fisiopatológico y del diagnóstico adecuado (determinar el agente causal, la extensión y la profundidad), determinan el enfrentamiento inicial al niño quemado, lo que conlleva a un tratamiento adecuado, oportuno y que tiene como finalidad el dejar un paciente sin o con la menor cantidad de secuelas, de manera de reinsertarlo lo antes posible a su entorno normal.

De igual manera nunca olvidar los asuntos médicos legales, porque detrás de un infante quemado pudiera esconderse un niño maltratado.

---

**Impétigo contagioso en la infancia, enfermedad cutánea común**



Paciente pediátrico con un impétigo, Eswatini 2019

La Dra Leonila Cuellar Monzon, Especialista de Ier Grado en Medicina General Integral, colaboradora de la BMC en Eswatini nos hace una serie de consideraciones a partir de los casos vistos en el Health Center de la región de Nhlngano en Eswatini y lo compartimos con los amigos de cubacoopera.

El impétigo es una infección bacteriana de las capas superficiales de la epidermis, predomina en la infancia y las bacterias responsables son del grupo A del estreptococo beta-hemolítico y elestafilococo aureus, o una combinación de ambos. El impétigo tiene 3 variedades clínicas: impétigo contagioso, la forma común y el impétigo bulloso. El impétigo es una infección altamente contagiosa que se trasmite por contacto directo. Los pacientes se pueden autoinocular y diseminar la infección a otras partes del cuerpo, pero el contagio también se produce por el transporte de las bacterias en la ropa, utensilios escolares y otros objetos. Por lo que los lugares más expuestos son colegios y guarderías.

El impétigo contagioso comienza con una mácula

eritematosa aislada de 2–4 mm, que pronto se transforma en vesícula o pústula.

Las vesículas son frágiles y al romperse liberan un exudado de color semejante a la miel. Seguidamente, las lesiones se extienden con rapidez

El impétigo común presenta características semejantes al anterior, pero se caracteriza por ser secundario a una patología de fondo, generalmente enfermedades sistémicas que alteran la integridad de la piel como la diabetes y el SIDA.

El impétigo bulloso afecta principalmente al recién nacido. El estafilococo aureus puede ser aislado de las lesiones cutáneas que se presentan como bullas grandes y frágiles localizadas preferentemente en el tronco, las extremidades, la región anogenital y las nalgas, produciendo úlceras. Frecuentemente solo se observan restos de las bullas como erosiones anulares superficiales y con separación de la epidermis causada por la exotoxina del estafilococo

Lo más importante para prevenir el contagio del impétigo no compartir toallas, cuchillas de afeitar ni ropa (bufandas en invierno, por ejemplo) con el resto de familiares, No tocarse ni rascarse la piel lesionada, Lavarse las manos si se han tocado las costras o el pus de las lesiones, y después secarse bien las manos con una toalla que nadie vaya a utilizar después, lavar

la ropa que ha estado en contacto con las lesiones de impétigo, aunque la vaya a utilizar la misma persona, si no se ha contraído el impétigo, se puede prevenir con las medidas habituales de higiene, con los cuidados adecuados de la piel, y manteniendo un buen estado de salud.

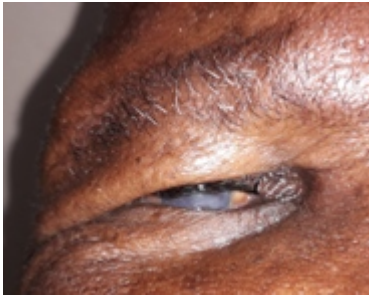
Cuando la infección cutánea es extensa o hay compromiso sistémico se deben usar antibióticos orales, particularmente cloxacilina, cefalexina o amoxicilina combinada con clavulanato de potasio a demás eritromicina, claritromicina y azitromicina.

El pronóstico del impétigo es muy bueno. A las 24-48 horas de empezar el tratamiento las lesiones comienzan a desaparecer. Las úlceras y heridas del impétigo tardan más tiempo en desaparecer que las ampollas y costras. Lo más frecuente es que no dejen ningún tipo de cicatriz, pero a veces pueden dejar zonas más oscurecidas o aclaradas en la piel, que con el paso del tiempo desaparecerán.

---

La otra cara de no contar con una medicina

## preventiva



Catarata ocular derecha, Eswatini 2019

La Dra Mabel Quintana Sosa, Especialista de Ier Grado de Medicina Interna y de Ier Grado de Medicina General Integral, hoy cooperante de la BMC en Eswatini nos comenta cuanto duele la ausencia de una medicina preventiva y nos lo ejemplifica.

La catarata es la opacidad total o parcial del cristalino que provoca que los haces de luz se dispersen, provocando la ceguera, la misma puede aparecer después de los 40 años, en sus estadios iniciales, el déficit visual puede corregirse con lentes pero más tarde al no resolver o agravarse la pérdida de visión, sólo puede ser reversible mediante tratamiento quirúrgico oportuno.

La catarata senil es una enfermedad oftalmológica frecuente en el adulto mayor y en Cuba se trata de forma rápida, eficaz y con resultados admirables con la total recuperación de la visión al sustituir el cristalino por un lente intraocular que suple la función del cristalino humano; para que la cirugía sea efectiva debe realizarse antes de que la catarata este hipermadura; lo cual es determinado por los especialistas de oftalmología que valoran a dichos pacientes con un examen oftalmológico

profundo (incluyendo el uso de la lámpara de hendidura ), al ser remitidos a su consulta por los Médicos Generales Integrales .

Cuba tiene misiones médicas oftalmológicas en muchos países del mundo, donde realizan este tipo de pesquisa para cirugía oportuna y eficaz con excelentes resultados, no siendo así en este pequeño país del cono sur africano, donde es una afección frecuente y sin solución en estos momentos.

A la consulta del Health center de Siteki llega un paciente masculino de 72 años de edad refiriendo que poco a poco ha dejado de ver del ojo derecho y que hace más de 1 mes no ve nada de ese ojo.

Al examinarlo observamos una opacidad total del cristalino, y comprobamos mediante el examen de la visión la ausencia total de la misma; impresionándonos que no tiene solución quirúrgica (por el tiempo de evolución de la misma y las características al examen).

Sólo podemos explicar al paciente la situación a la que se enfrenta, lo remitimos al Departamento óptico del Hospital Municipal donde labora una enfermera verticalizada en esta especialidad médica, pero con conocimiento de causa de que no es posible solucionar su problema.

Lamentablemente nos encontramos muchas veces con



estas situaciones en que no tenemos solución a los problemas de salud por varias razones: los pacientes no cuentan con los recursos económicos necesarios para pagar la cirugía en las clínicas privadas o para viajar a Sudáfrica a recibir el tratamiento adecuado y otras veces como el caso que nos ocupa, los pacientes llegan a nuestras manos tardíamente cuando ya el problema es insoluble.

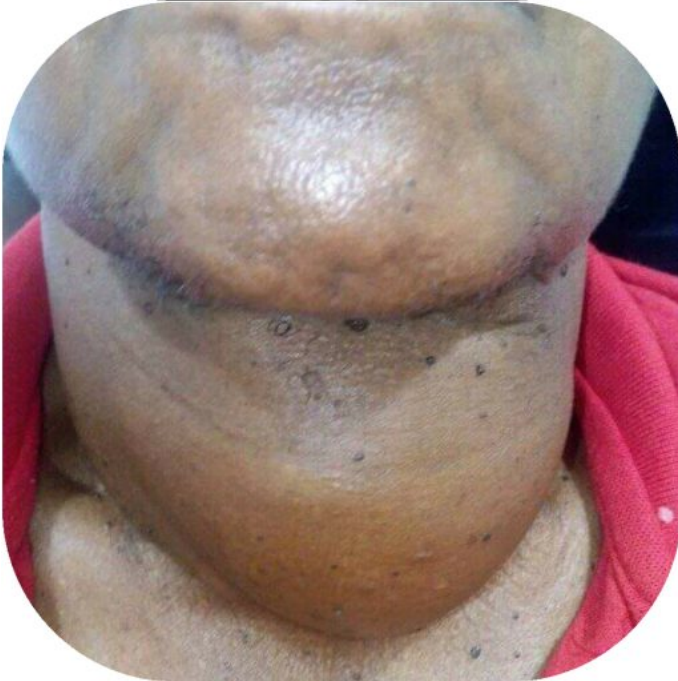
La pesquisa de enfermedades prevenibles y de otras que son tratables, cuando se diagnostican a tiempo, debe ser una premisa en nuestro diario quehacer como médicos generales integrales; aún cuando en este país la prevención no es un pilar fundamental en la medicina que se ejerce.

A todo médico cubano, acostumbrado a una medicina fundamentalmente dedicada a la promoción y prevención, nos cuesta mucho adaptarnos a la limitada medicina curativa de estos países africanos.

Eswatini, cuenta con un sistema de salud principalmente curativo, carece de una medicina preventiva, por ello a nosotros Médicos Generales Integrales, nos queda sólo luchar por convertirlo en un país un poco más saludable con nuestro aporte diario en la atención primaria de salud, realizando labores de promoción de salud y de prevención de enfermedades, desde cada puesto de trabajo.

---

Con el amor de su médico de asistencia



Dra Dayami Durruty Venero y paciente diagnosticada de Carcinoma anaplásico de tiroides. Eswatini 2019

La Dra Dayami Durruty Venero, Especialista de Ier Grado en Oncología, nos comparte otra de las historias desgarradora que acuden a su consulta, por falta de un programa de medicina preventiva, se trata de un paciente de 76 años de edad, que acude por presentar dificultad respiratoria moderada que además le impedía deambular, al examinarla

encontró una glándula tiroidea aumentada de tamaño, fija y petrea, realizó complementarios entre los que incluyó survey oséo, química sanguínea y baaf, con los complementarios encontró metastásis en ambos campos pulmonares y en columna vertebral y la biopsia confirmó se trataba de un carcinoma anaplásico de tiroides, en estos momentos está bajo quimioterapia paliativa y con todo el amor de su médico de asistencia.

Durruty Venero nos confirma que tal y como confirmará el Dr José Luís Guerra Mesa, el carcinoma anaplásico de tiroides es uno de los tumores sólidos más agresivos que se conoce. La quimioterapia, la radioterapia o la cirugía aplicadas de forma independiente son prácticamente inefectivas en el tratamiento con intención curativa, pero cada una de ellas puede ofrecer diversos grados de paliación. Aunque no existe una terapéutica estándar, el tratamiento multimodal agresivo es el que logra mejores resultados. El principal objetivo de cualquier esfuerzo terapéutico debe ser lograr el control cervical local de la enfermedad, para evitar la muerte por asfixia y de modo secundario prolongar la vida que casi invariablemente termina a causa de enfermedad metastásica extensa. Actualmente, el tratamiento correcto y enérgico de las enfermedades que lo originan, principalmente los carcinomas diferenciados de esta glándula, constituye la mejor profilaxis de tan abominable cáncer.