

Memorias de un enfermero cubano cara a cara con el Ébola en Guinea Conakry

Memories of a Cuban Nurse face to face with Ebola in Guinea Conakry

Rubén Carballo Herrera

Policlínico Universitario Enrique Barnet. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad ocasionada por el virus Ébola ha sido la peor epidemia en África Occidental entre 2014 y 2015, se infectaron más de 27 000 personas, con más de 11 000 muertes en Guinea, Liberia y Sierra Leona. Cuba fue de los primeros países del mundo en dar respuesta al llamado de la Organización Mundial de la Salud y la Organización de Naciones Unidas para enfrentar la epidemia en los países afectados, enviando 256 profesionales Médicos y Enfermeros del Contingente Internacional "Henry Reeve".

Objetivo: Exponer la experiencia de un enfermero cubano en el enfrentamiento de la epidemia del virus Ébola en África Occidental.

Métodos: La investigación se realizó desde una perspectiva cualitativa, a fin de poner exponer las experiencias vividas por los colaboradores de la Brigada Médica Cubana "Henry Reeve" que enfrentaron la epidemia de Ébola en Guinea Conakry desde octubre de 2014 hasta mayo de 2015.

Conclusiones: Los colaboradores regresaron con la satisfacción del deber cumplido, con cero casos confirmados de Ébola en el Centro de tratamiento y en la prefectura de Coyah, se concluyó la misión con una evaluación satisfactoria.

Palabras clave: Ébola virus; cooperación internacional; cooperación técnica; brigada de emergencia; atención de enfermería; enfermería; Cuba.

ABSTRACT

Introduction: The Ebola virus disease has been the worst epidemic in West Africa between 2014 and 2015, more than 27 000 people were infected, with more than 11 000 deaths in Guinea, Liberia and Sierra Leone. Cuba was one of the first countries worldwide to respond to the call of the World Health Organization and the United Nations to confront the epidemic in the affected countries, sending 256 medical professionals and nurses of Henry Reeve International Contingent.

Objective: To present a Cuban nurse's experience in confronting the Ebola virus epidemic in West Africa.

Methods: The research was conducted from a qualitative perspective, in order to expose the experiences lived by the collaborators of Henry Reeve Cuban Medical Brigade, who confronted the Ebola epidemic in Guinea Conakry from October 2014 to May 2015.

Conclusions: The collaborators returned with the satisfaction of the duty fulfilled, with zero confirmed cases of Ebola in the Treatment Center and in the Coyah prefecture; the mission was concluded with a satisfactory evaluation.

Keywords: Ebola virus; international cooperation; technical cooperation: emergency brigades; nursing care; nursing; Cuba.

INTRODUCCIÓN

Guinea Conakry, aldea Meliandou, en Guéckédou, en la selva fronteriza con Liberia y Sierra Leona, en diciembre de 2013, un niño de dos años, que solía jugar cerca del tronco seco de un árbol donde habitaba una especie de murciélagos, contrajo una desconocida enfermedad, contagiando a su madre, hermana y abuela. Todos murieron entre enero y febrero de 2014. Investigaciones realizadas por el Instituto Epidemiológico Alemán Robert Koch plantean la hipótesis que el niño fue contagiado por murciélagos de la especie *Mops Condylurus*, considerados huéspedes naturales de la fiebre hemorrágica de Ébola.¹

El virus se propagó en la aldea y pueblos vecinos, enfermando y muriendo otras personas. La infestación fue tal que la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 23 de marzo de 2014 declaró oficialmente un brote de Ébola en Guinea. Días después, el 30 de marzo, Liberia declaró su primer caso de Ébola y la epidemia se extendió a varias poblaciones incluyendo Monrovia, su capital. El 25 de mayo, Sierra Leona confirmó sus primeros casos. La enfermedad por el virus de Ébola (EVE) ha sido la peor epidemia ocasionada por este microorganismo en África Occidental. Según la OMS, la epidemia infectó a más de 27 000 personas, con más de 11 000 muertes en Guinea, Liberia y Sierra Leona.²

El 5 de abril de 2014, Cuba había iniciado sus propias medidas. El viceministro primero de Salud Pública dirigió a los Centros de Higiene y Epidemiología de todo el país la nota: "Indicación para la vigilancia epidemiológica en los aeropuertos internacionales, de los viajeros procedentes de Guinea Conakry." En este documento se plasmaron once indicaciones a cumplir, entre ellas, el control de viajeros procedentes de Guinea y restantes pasajeros si se presumía o comprobaba estado febril; capacitación del personal sanitario y la adecuación dinámica del plan de prevención siguiendo las comunicaciones de la OMS y la información a la población.³

Cuba fue el primer país del mundo en dar respuesta al llamado de la directora general de la OMS, Margaret Chan, y del secretario general de la ONU, Ban Ki-moon, para erradicar la Fiebre Hemorrágica Ébola en los países afectados.⁴

Fueron 256 profesionales del Contingente Internacional "Henry Reeve", especializados en situaciones de desastres y graves epidemias, los enviados por el Ministerio de Salud Pública y el gobierno cubano en octubre de 2014 a combatir la Epidemia del Virus Ébola en África Occidental, distribuidos en tres brigadas.

Esta enfermedad se manifiesta clínicamente por hemorragia, falla de órganos y sistemas, shock y muerte. El virus se transmite al ser humano por contacto directo con órganos, sangre u otros líquidos corporales de personas infectadas, de animales salvajes infectados o por contacto con materiales contaminados, los hombres pueden seguir transmitiendo el virus por el semen hasta siete semanas después de la recuperación clínica.⁵

Tiene un período de incubación de 2 a 21 días, es altamente patógeno, con una elevada tasa de letalidad (25 % - 90 %), dejando secuelas graves, afectando tanto a humanos como a primates no humanos, registrándose también en cerdos, no existe tratamiento específico ni vacuna para las personas ni animales, los huéspedes naturales del virus son los murciélagos frugívoros de la familia Pteropodidae.⁵

En la enfermedad ocasionada por el virus de Ébola, después de un período de incubación de tres a nueve días, se presentan síntomas inespecíficos como: malestar generalizado, cefaleas, conjuntivitis, dolores musculares, náuseas y vómitos, fiebre de 39 y 40 °C, seguido de diarreas líquidas y trastornos mentales. El signo clínico más fidedigno es la aparición entre el quinto y séptimo día de una erupción en la cara y el cuello que se va expandiendo en forma centrífuga hacia los miembros, además, la sangre no coagula y da como resultado una diátesis hemorrágica con petequias o púrpura, hemorragia nasal, gastrointestinal, de vías genitourinarias, piel, membranas, mucosas y órganos internos, incluyendo las cavidades estomacales e intestinales. También afecta a los nódulos linfáticos y al cerebro. Al final ocasiona shock y muerte por trombocitopenia, leucopenia y toxicidad notable, no sin antes presentar vómitos de sangre y órganos desintegrados.

El virus se detectó por vez primera en 1976 en dos brotes simultáneos ocurridos en Nzara (Sudán) y Yambuku (República Democrática del Congo), cerca del río Ébola, que da nombre al virus. El género Ebolavirus es, junto con los géneros Marburgvirus y Cuevavirus, uno de los tres miembros de la familia Filoviridae (filovirus). El género

ebolavirus comprende cinco especies distintas: ebolavirus Bundibugyo (BDBV), ebolavirus Zaire (EBOV), ebolavirus Reston (RESTV), ebolavirus Sudan (SUDV) y ebolavirus Taï Forest (TAFV).⁶

La transmisibilidad del virus de Ébola y su alta letalidad imponen un elevado riesgo para la salud del personal sanitario que atiende los casos de esta enfermedad, por lo que se requiere un diseño protectivo individual de las condiciones de trabajo y de la organización de los procesos y tareas del trabajo asistencial. Las demandas emocionales son extremadamente altas, pues los trabajadores de la salud se enfrentan cada día a la impotencia de la terapia ante una enfermedad mortífera, sin distinción de edades. Todas estas circunstancias fundamentan la importancia de transmitir las experiencias en el trabajo asistencial de médicos y enfermeros en pacientes con Ébola, teniendo presente los factores de riesgo laborales y psicosociales por lo que se propone este trabajo con el objetivo de exponer la experiencia de un enfermero cubano en el enfrentamiento de la epidemia del virus Ébola en África Occidental.

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre el manejo del virus Ébola a partir de la experiencia de un enfermero, colaborador de la Brigada Médica Cubana "Henry Reeve" de lucha contra el Ébola en Guinea Conakry.

MÉTODOS

La investigación se realizó desde una perspectiva cualitativa, a fin de exponer las experiencias vividas por los colaboradores de la Brigada Médica Cubana "Henry Reeve" en el enfrentamiento a la epidemia de Ébola en Guinea Conakry, África Occidental, desde octubre de 2014 hasta mayo de 2015.

La información fue aportada por un enfermero, Licenciado en Enfermería y Máster en Salud de los trabajadores, miembro de esa brigada, el cual relata sus experiencias, expectativas y vivencias en relación con el trabajo, las relaciones con otros colegas cubanos, guineanos y de la Unión Africana, el enfrentamiento a dificultades y tensiones, así como numerosas anécdotas con pacientes Ébola. Sus contribuciones lo acreditan como autor de estas páginas las cuales incluyen: Compromiso y preparatoria, salida a África Occidental, fases de preparación, seguridad y salud del colaborador, estrategias de combate al Ébola, puesta en marcha del Centro de Tratamiento de Ébola (CTE) Coyah, características del CTE Coyah, atención al paciente Ébola, contexto cultural, logros y fracasos en la atención prestada, cumplimiento del objetivo: salvar vidas, experiencias de la misión y misión cumplida.

Compromiso y preparatoria

Responder al llamado de la OMS y la ONU para apoyar a África Occidental en la lucha contra el Ébola, significaba saldar la deuda que tiene la humanidad con África, era darle continuidad a la historia internacionalista entre el pueblo cubano y los pueblos africanos.

El éxito de la misión radicaba en el comportamiento individual y colectivo de todos los miembros de la Brigada, todo estaba bien pensado y planificado, un pequeño error en cualquier proceder o conducta ponía en peligro inminente la vida de cada uno de sus miembros, por lo que se puso todo el empeño en el entrenamiento diario con el Equipo de Protección Personal Individual (PPI) y las conferencias impartidas.

Los colaboradores para la lucha contra esta enfermedad, se prepararon en el estudio de Idiomas Francés e Inglés, pusieron todo su empeño en el aprendizaje de conocimientos sobre seguridad y protección individual y colectiva, bioseguridad, conducta ante grandes catástrofes y desastres naturales, enfermedad del virus de Ébola y otras enfermedades tropicales, transmitidos por profesores de la OMS/OPS, del Instituto Nacional de Enfermedades Tropicales Pedro Kouri (IPK) y de la Unidad Central de Colaboración Médica (UCCM).

Salida a África Occidental

En respuesta al llamado de la OMS y la ONU, se presentaron en las Unidades de Colaboración Médicas de las diferentes provincias del país miles de voluntarios, profesionales de la salud, hombres y mujeres dispuestos a cumplir con aquella misión tan arriesgada, de los cuales 256 viajaron a África Occidental, todos hombres, distribuidos en tres brigadas del Contingente Internacional "Henry Reeve", especializados en situaciones de desastres y graves epidemias. La primera Brigada viajó el 1 de octubre de 2014 con destino a Sierra Leona con 165 colaboradores. Las brigadas de Liberia con 57 miembros y la de Guinea Conakry con 38, salieron en el mismo vuelo hacia los respectivos países el 21 de octubre de ese mismo año (Fig. 1).



Fig. 1. Brigada Médica Cubana Henry Reeve que luchó contra el Ébola en la República de Guinea Conakry

Fases de preparación

La Brigada Médica Cubana que luchó contra el Ébola en Guinea Conakry, cumplió estrictamente con las tres fases de preparación. La primera fase consistió en una preparación Intensiva en Cuba por expertos de la OMS y profesores del IPK. La segunda fase se hizo en Conakry con expertos de la OMS y en el Centro de tránsito de Forecariah.

La tercera fase consistió en entrenamiento con pacientes confirmados con el virus, aquí comenzaron las contradicciones en Conakry, con una Organización No Gubernamental (ONG) que trataba de impedir a toda costa el entrenamiento del personal y la certificación de cada colaborador para trabajar en el Centro de tratamiento.

Ellos pensaban que los cubanos tenían el propósito de hacerles la competencia, que opacarían su labor en la lucha contra la Epidemia, decían que no dominaban el francés y que nunca habían trabajado con pacientes con esta enfermedad, los colaboradores sabían que los que estaban allí enfrentando esa enfermedad, nacionales y extranjeros tampoco lo habían hecho antes, en realidad la razón de estar en aquel escenario era combatir el virus y ayudar a erradicarlo, aliviando el sufrimiento de los guineanos, tenían una ardua preparación técnica y práctica, y lo más importante, deseos de aprender los conocimientos que les pudieran faltar para el enfrentamiento de esa terrible enfermedad.

La fase tercera solo se pudo lograr después de mucho esfuerzo por la dirección de la brigada, se mandó al Hospital Donka, en la Capital donde laboraban médicos sin frontera, a dos compañeros, un médico y un enfermero, que de inmediato transmitieron lo aprendido. Una semana más tarde se logró que fueran 6 colaboradores (3 médicos y 3 enfermeros) al Centro de tránsito en Kerouané en Guinea Forestal, el resto del colectivo se entrenó en esta fase cuando se puso en marcha el CTE Coyah. La preparación en las tres fases fue vital para el trabajo posterior.

Seguridad y salud del colaborador

Debido a la forma de contagio de la enfermedad, la orientación desde Cuba por seguridad personal, era que ninguno de los integrantes de la misión podía tener contacto físico, ni un apretón de manos, ni un abrazo, ni un beso a nadie, el saludo era muy formal con distancia entre las personas, muy ajeno a las costumbres de los cubanos.

Como medida preventiva, se les tomaba la temperatura antes del desayuno al 100 % de los compañeros, se realizaba un interrogatorio en busca de signos y síntomas de cualquier enfermedad, asistiendo con prontitud al colaborador enfermo, se exigía el uso de camisa manga larga, repelente y gel de manos, al entrar en los centros comerciales o establecimientos tenían que lavarse las manos y mojar las suelas de los zapatos en un recipiente con hipoclorito al 0,05 %, hábito cotidiano en toda Guinea, teniendo presente que uno de los mayores riesgos de contagio está en el roce social.

Para garantizar la seguridad del personal que trabaja en los Centros de Tratamiento de Ébola se debe estar bien capacitado sobre las características clínico - epidemiológicas de la enfermedad, el control de la infección, manejo adecuado de los CTE, entrenamiento sobre los procedimientos del vestido y desvestido con el Equipo de Protección Personal Individual (PPI), técnica correcta del lavado de manos y colocación de guantes en cada proceder, adecuada circulación del personal en el sentido de entrada y salida de la zona roja o alto riesgo, nunca regresar al área anterior, es obligatorio cumplir con el establecimiento de barreras de seguridad.

Esta es una guerra contra un enemigo invisible que ataca, contamina y provoca la muerte. Son cientos los trabajadores de salud y las ONG que por incumplimiento de las medidas de protección y bioseguridad se han infectado desde que empezó el brote de Ébola, falleciendo más del 50 %.⁷

El riesgo cero era inexistente entre los colaboradores que estaban en primera línea del frente de batalla en el CTE Coyah, a pesar de las estrictas medidas de bioseguridad.

Cualquier entrada a la zona roja, se haría con el PPI, siempre en dúos, (médico y enfermero) y todos los procedimientos que se realizarían debían estar bien planificados con anterioridad. El traje es de un material impermeable, enterizo, que cubre todo el cuerpo, excepto el rostro y las manos. El rostro se cubre con lentes especiales y nasobuco N-95 certificados para este fin. Para mayor protección, los cubanos innovaron sellar con esparadrapo la circunferencia del rostro, paso que se incluyó como regla en este proceder, las manos se protegen con doble guantes, se pone un delantal que cubre la parte anterior del cuerpo, después un compañero con un marcador permanente, escribe en el traje, hora de entrada, profesión y nombre del hombre que ya estaba listo para introducirse en el área roja.

El desvestido es uno de los procedimientos de mayor riesgo de contaminación, por lo que debe hacerse despacio, sin violar ningún paso. En el área de desvestido debe estar esperando un higienista experimentado con mochila preparada con hipoclorito al 0,5 % para hacer una buena fumigación al PPI desde la cabeza a los pies, sin que quede espacio alguno sin rociar. También debe estar visualizando los esquemáticos pasos de este proceder del desvestido un experto, responsable que no se viole ningún paso que pueda arriesgar la salud del colaborador y del colectivo, teniendo presente que el hombre que está dentro del traje pudiera estar muy fatigado y cualquier signo de fatiga puede ser una fuente de contaminación al no poder cumplir estrictamente el protocolo establecido.

Dentro de los PPI, se sentía un calor superior a unos 4 o 5 grados por encima de la temperatura ambiental de aproximadamente 37 a 40 grados, quienes lo utilizaban podían perder hasta dos litros de líquido, tenían reglamentado permanecer vestidos con el traje no más de una hora, por riesgo a una deshidratación que provocaría la fatiga. "Se podía sentir el sudor corriendo por todo el cuerpo, acumulándose gran cantidad en el interior de los lentes, guantes y las botas de goma, cuando salían estaban completamente empapados".

Estrategias de combate al Ébola

Para responder a las estrategias de enfrentamiento al Ébola, se establecieron tres modalidades en la atención a los pacientes: el Centro de Tratamiento, el Centro de Tránsito y el Centro Comunitario.

El Centro de tratamiento de Ébola (CTE) se caracterizó por la existencia de un laboratorio certificado para los exámenes de urgencia, tener bien delimitados los límites de seguridad en el lugar de trabajo y una capacidad de hospitalización por área de al menos 40 camas y la realización de tratamientos de todo tipo.

El Centro de Tránsito (CT) se caracterizó por delimitar los límites de seguridad en el lugar de trabajo, una capacidad de hospitalización entre 10 y 20 camas y la realización de tratamientos de todo tipo. La diferencia con el CTE es la ausencia de laboratorio.

El Centro de Tratamiento Comunitario (CTCOM) es una estructura más pequeña en la comunidad, caracterizada por el bajo promedio de hospitalización con capacidad de 5 camas y el tratamiento a cumplir debe ser oral, con medicamentos de uso comunitario, indicado por el personal competente.

Puesta en marcha del CTE Coyah

El 19 de diciembre de 2014 fue inaugurado el CTE Coyah, pero todavía no era funcional, los miembros de la Brigada cubana ayudaron a crear las condiciones de su puesta en marcha, se quitaron las batas blancas y empezaron a armar camas, cargar cajas, mobiliarios y todo lo necesario para acondicionarlo y hacerlo operativo, ocasionando asombro de los que no conocían los métodos de trabajo de las brigadas médicas cubana.

El 31 de diciembre de 2014 se puso en marcha el Centro de Tratamiento "Coyah", ubicado en el epicentro de la epidemia en Guinea, con capacidad asistencial hasta 100 camas, capacidad operativa de 62 camas y una extensión territorial de 6400 m², cumpliendo con todos los estándares de un Centro de ese tipo.

A las 2 pm comenzó a trabajar el grupo 1, conformado por 33 trabajadores entre cubanos, guineanos y Unión Africana, a las 6 pm se recibió el primer caso confirmado de Ébola trasladado en ambulancia desde el Centro de tránsito en Kerouané, en ese instante sintieron el miedo natural de la primera vez, temor que fue disminuyendo en el transcurso de los días cuando se fue llenando el Centro de casos sospechosos, probables y confirmados y fueron adquiriendo habilidades en los diferentes procedimientos.

El trabajo fue duro, a pesar de los entrenamientos recibidos, la realidad era mucho más cruda, jamás se adaptaron a tanta muerte y sufrimiento, al ver desaparecer comunidades enteras a causa de la propagación de la epidemia, no fue fácil ingresar a familias completas y solo salvarse uno de sus miembros. Madres que en el Centro perdían a sus hijos y acogían a otro infante en su seno, ayudándolos a sobrevivir, esas son vivencias inolvidables.

Características del CTE Coyah

En el CTE Coyah, se recibían pacientes de las diferentes prefecturas (Fig. 2) y se trabajaba las 24 horas, en turnos de 6 horas (8:00 am a 2:00 pm; 2:00 pm a 8:00 pm) y un turno de 12 horas (8:00 p.m. a 8:00 a.m.). Se formaron 5 grupos, integrados por 33 miembros aproximadamente (médicos, epidemiólogos, enfermeros, higienista y lavaderos). En 4 de ellos laboraban los cubanos junto a nacionales y Unión Africana y un 5to grupo formado por colaboradores de la Unión Africana.



Fig. 2. Recepción de pacientes en el Centro de Tratamiento de Ébola, Coyah.

El personal que laboró en el Centro estuvo compuesto por un total de 194 trabajadores: 45 médicos, 55 enfermeros, 61 higienistas y 33 con otras funciones; 107 eran guineanos, de la Unión Africana eran 44 personas y de Cuba 37 profesionales.

En el área de admisión trabajaba un médico y un enfermero, ambos nacionales para facilitar la comunicación con los pacientes que hablan sousous o malinké con el objetivo de clasificar los casos en sospechosos, probables o confirmados y hacerle la historia clínica del ingreso. Ellos no usaban PPI solo la talla, bata desechable, guantes, nasobuco y un par de botas de goma, realizaban la anamnesis a los pacientes separados por una barrera de seguridad con cercas plásticas.

En el laboratorio certificado se realizaban los estudios para el rápido diagnóstico del virus Ébola, permitiendo el traslado inmediato del paciente infectado al área de confirmado y el posible egreso del CTE al paciente libre del virus.

El CTE consta de tres naves en el área roja, distribuidas en un área de sospechosos, una de probables y dos áreas de confirmados (mujeres y hombres), con las condiciones

adecuadas para este tipo de paciente, limitadas entre sí por tres cercas plásticas puestas en paralelo, con una separación de un metro, que también la limita del área de menor riesgo de contaminación.

Una de las áreas más importantes del Centro es la estación de enfermería o Farmacia, donde existe mayor vínculo entre el área de menor riesgo y el área roja. En cada turno el jefe de grupo planifica el trabajo, designa el personal que entrará al área roja y a un enfermero responsable de la farmacia, quien hace el pedido a los almacenes de: medicamentos, equipos de protección personal individual, agua potable, alimentos, ropa de cama, vestimenta personal, kit para pacientes de nuevo ingreso y demás recursos necesarios para las horas de trabajo.

Por indicaciones médicas, el enfermero monta en una bolsa plástica bien identificada el tratamiento según el horario de cumplimiento de cada paciente y cualquier otra indicación solicitada de urgencia desde el área roja por el dúo que esté de recorrido, deslizándola por una canal inclinada, montada por encima de las 3 cercas que limitan la seguridad entre el área roja y la de menor riesgo, innovada por los cubanos desde los inicios, dando buen resultado por la rapidez del cumplimiento de los procedimientos. Todo lo que entra al área roja es incinerado junto a los demás residuales contaminados.

Atención al paciente Ébola

Se rompieron muchos esquemas, según criterios de profesionales con experiencias en la atención a estos pacientes, transmitían que no podían tocarlos por el riesgo de contagio, tenían que evitar en la mayoría de los casos la hidratación parenteral, bañarlos si estaban sangrando. El personal cubano no podía concebir aquello, no acostumbrados a dejar de atender por el motivo que fuera a ningún paciente, le dieron la atención que se merecían, les canalizaron sus venas, sentaban al paciente para darle de beber y comer, los bañaban y vestían para mantenerlos lo más higiénicos posible, en esto radicaba el arte de la cura. Se tenían presente 3 pilares importantes: Hidratación, Alimentación e Higiene. Los pacientes que cumplían estos pilares tenían la posibilidad de salvarse. Con estos cuidados de enfermería, los ingresados se vieron psicológicamente menos afectados y con mayor confianza. Así educaron y capacitaron al resto del personal que trabajaba con ellos (Fig. 3).

Contexto cultural

Es triste conocer que algunos de los pacientes salvados de Ébola en el CTE, después de salir, eran rechazados por su comunidad, obligados a vivir aislados en la selva, otros sirvieron como promotores de salud en sus aldeas, brindando sus experiencias como paciente libre del virus y divulgando los beneficios de acudir a tiempo al CTE, cuando comiencen los primeros signos y síntomas de la enfermedad.

El idioma no fue un impedimento para brindar un buen servicio a los pacientes, en cada turno los trabajadores nacionales servían de intérpretes en los dialectos sousous y Malinké, y se fueron intercambiando costumbres y cultura.



Fig. 3. Enfermero cubano brindando sus cuidados al paciente confirmado de Ébola.

Más de un 20 % de los casos infectados de Ébola se debían a sus propias costumbres, tradicionalmente realizaban rituales con los cadáveres, los lavaban y abrazaban antes de su entierro, untándose esa agua para adquirir lo mejor del difunto, por este motivo en un entierro se contagiaban entre 10 o 20 personas participantes de los rituales.

Logros y fracasos en la atención prestada

Cada día llegaban más pacientes confirmados de Ébola al CTE, la mayoría depauperados, hombres, mujeres, niños y ancianos que podían estar destinados a morir. Muchas veces enfermeros y médicos, llegaban al Centro buscando al niño que habían atendido en el turno anterior y por desgracia encontraban la cama vacía u ocupada con otro paciente con iguales o peores condiciones de salud. Muchos se bebían una lágrima pensando en su familia y seguían adelante luchando con una idea fija: Evitar por todos los medios que aquella epidemia sobrepasara las fronteras y se propagara por el mundo.

En el área roja se veían pacientes que después de salvarse del Ébola y haber perdido a todos sus familiares, renunciaban a su egreso para cuidar a un niño que se defendía entre la vida y la muerte, después de quedar desamparado. Algunos agudizaban su sufrimiento viéndolo morir después de sus cuidados; otros, salían triunfantes hacia una nueva vida con el infante salvado (Fig. 4).



Fig. 4. Despedida a pacientes egresados del CTE, que salían triunfantes, por la puerta grande hacia una nueva vida.

No todo era desgracia, los colaboradores tenían días en que se divertían con los pacientes que esperaban el resultado negativo del test de Ébola, en el área roja, mujeres y niñas emocionadas por verse fuera de peligro, cantaban y bailaban haciendo de esto un festejo, que contagiaban a todos los presentes, algunas bailaban al ritmo de una conga cubana improvisada por un colaborador, agradeciendo el trabajo que habían hecho para salvar sus vidas.

Cumplimiento del objetivo: salvar vidas

Al finalizar la misión, el 10 de mayo de 2015, se mostraban indicadores alentadores. De 350 pacientes ingresados, 244 fueron confirmados Ébola para el 69,71 % y 106 pacientes no Ébola; fallecieron 143 casos, con Ébola 133 (93,00 %). Egresados curados 207, de ellos 111 padecían de Ébola. El 53,62 % de los egresos fueron vidas salvadas. La letalidad estaba en un 54,50 y la mortalidad en un 40,85. Casos vistos por colaborador 9,64.

Experiencias de la misión

Muchas fueron las experiencias de esta misión, destacándose: El crecimiento profesional y humano. El cumplimiento del principal objetivo de trabajo: "Salvar vidas sin que se enfermara de Ébola ninguno de los colaboradores. Trabajar con el protocolo de la OMS enriquecido con otras experiencias internacionales y cubanas. Trabajar en cooperación con profesionales de 15 naciones, como ejemplo de lo que logra la solidaridad internacional.

Misión cumplida

Se sentía entre los miembros de la Brigada el espíritu de solidaridad, el compañerismo y la hermandad, principios claves que facilitaron el arribo victorioso a la Patria el 22 de mayo de 2015, sin que ninguno se enfermara de Ébola. Regresaron con cero casos de Ébola en el CTE y en la prefectura de Coyah, concluyendo la misión con una evaluación satisfactoria. El 9 de julio de 2015 fueron condecorados con la Orden Carlos J. Finlay, otorgada por el Consejo de Estado.

CONCLUSIONES

La Brigada Médica Cubana de lucha contra el Ébola en Guinea Conakry regresó a Cuba con la satisfacción del deber cumplido, con cero casos confirmados de Ébola en el CTE y en la prefectura de Coyah, concluyendo la misión con una evaluación satisfactoria. Se demostró cuanto se puede lograr cuando se unen las fuerzas y los conocimientos en favor de los más necesitados y se sentaron las bases para futuras misiones de solidaridad coordinada entre diferentes países.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses en esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adema Cerón DM. Ébola y la mundialización epidémica. Ecorporeidad, geopolítica y biomedicina dominante. México: Ediciones navarra; 2014.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). OMS reúne comité de emergencia para evaluar situación por Ébola. 2015 [citado 31 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.granma.cu/mundo/2015-07-02/oms-reune-comite-de-emergencia-para-evaluar-situacion-por-ebola>
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Viceministro Primero. Indicación para la vigilancia epidemiológica en los aeropuertos internacionales, de los viajeros procedentes de Guinea Conakry. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2014.
4. Granma. Redacción Internacional. África Occidental se impone otra vez al Ébola. 2016 [actualizado Mar 17 2016; citado 31 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.granma.cu/mundo/2016-03-17/africa-occidental-se-impone-otra-vez-al-ebola-17-03-2016-23-03-38>

5. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. Virus del Ébola. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014 [citado 2016 Mar 31];30(4):487-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000400010&lng=es

6. Martínez Abreu J, Placeres Hernández J F, Martínez Abreu J, Acosta Merino M, Flores Iribar A. Respuesta internacional e información científica constante ante una epidemia preocupante: el virus ébola. Rev. Med. Electrón. 2014 [citado 2017 Mar 31];36(5):610-22. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500008&lng=es

7. Maguina Vargas C. Enfermedad por el virus del Ébola. Rev Med Hered. 2015 [citado 3 Mar 2016];26(3):195-201. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2015000300010&lng=es&nrm=iso

Recibido: 2016-04-13.

Aprobado: 2017-08-23.

Rubén Carballo Herrera. Policlínico Universitario Enrique Barnet. Municipio Lajas, Provincia Cienfuegos.

Dirección electrónica: rcarballo@jagua.cfg.sld.cu