

ASISTENCIA PRIMARIA EN COMBATE: LA SOBREVIDA DE NUESTROS COMBATIENTES, DEPENDE DE ASUMIR RESPONSABILIDADES Y TOMAR DECISIONES OPORTUNAS, EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

T/N Álvaro NOVO ARRUDA



Álvaro NOVO ARRUDA. Teniente de Navío. Jefe de Comunicaciones de la Quinta División del Estado Mayor de Fusileros Navales. Nació en Montevideo el 25 de julio de 1973. Ingresó a la Escuela Naval el 1º de febrero de 1993. Egresó con el Grado de Guardia Marina del Cuerpo General el 5 de diciembre de 1996. Ascendió a su actual jerarquía de Teniente de Navío el 1º de febrero de 2005. Como Oficial Subalterno prestó servicios en: En la Fuerza de Mar, en la Fragata ROU 02 "General Artigas" y en el ROU 23 "Maldonado". En la Dirección de Personal Naval, en la Escuela de Especialidades de la Armada. En el Cuerpo de Fusileros Navales como Jefe de Pelotón, Jefe de Compañía de Fusileros, Jefe de la Compañía Comando y Servicios, Jefe de la Segunda y Cuarta Divisiones del Estado Mayor. Bajo el Mandato de ONU prestó servicios como Jefe de Pelotón en el Destacamento de Seguridad de la Compañía "Mike", desplegada en la República Democrática del Congo entre el 2002 y 2003; como Jefe de la Sección de Seguridad de la misma Compañía entre el 2006 y 2007. Ha realizado el curso Básico de Paracaidismo Militar en el Ejército Nacional; en la Armada Nacional el curso Básico para Oficial de Infantería, Curso para Comandante de Compañía de Fusileros, Curso de Perfeccionamiento Docente en la ESNAL; en el Instituto Uruguayo de Normas Técnicas (UNIT) el título de Especialista en Sistemas de Gestión de la Calidad UNIT-ISO 9001:2000; en la Cruz Roja Uruguaya el curso de Instructor de Primeros Auxilios. Ha participado en UNITAS 1998, ACRUX III y PANAMAX. Ejerce la docencia en la Armada Nacional desde 1999, ha sido docente de la Escuela Nacional de Operaciones de Paz de Uruguay y en la Escuela de Fusileros Navales, es instructor del Centro de Instrucción de Misiones de Paz e instructor de Operaciones Fluviales y Organización Administrativa y de Combate. Desde marzo del año 2009 presta servicios en la Quinta División del Estado Mayor de Fusileros Navales.

A lo largo de nuestras carreras hemos aprendido (y lo hemos comprobado en innumerables oportunidades), que para ser un verdadero profesional debemos formarnos adecuadamente, instruyéndonos en múltiples y variadas técnicas y metodologías; que debemos internalizar la doctrina naval al punto de hacerla nuestra; que no solo basta con profundizar los conocimientos adquiridos, debemos renovarlos.

Hemos aprendido y transmitido luego a nuestros subalternos, que debemos actuar por convicción, ya que éste es el mejor movilizador del espíritu, sobre todo cuando los esfuerzos deben ser prolongados o, significar una exigencia (que en principio) parece ser imposible para nosotros.

Descubrimos el placer del "deber cumplido" y renunciamos sin mayores inconvenientes, a comodidades y beneficios,

porque el «celo por nuestra profesión» así lo dicta.

Pero hay algo más de lo mucho que a lo largo de nuestra actividad profesional aprendemos, es el valor que representa para nuestra Armada su recurso máspreciado, los hombres y mujeres que hacen posible que nuestra Fuerza sea lo que es, a pesar de lo escasos que puedan resultar sus otros recursos.

Mucho tiempo empleamos en actualizarlos, en adiestrarlos más y mejor, en escenarios cada vez más reales que demandan, sin duda alguna y en pocas palabras, mayor profesionalismo de nuestra parte.

Pero, ¿qué hacemos para preservar nuestro máspreciado recurso?

Dadas las tareas y misiones encomendadas a la Armada Nacional, que traen implícito un alto grado de riesgo (en la amplia mayoría de los casos), no es de extrañar que las Unidades de primera línea se expongan a riesgos mayores, riesgos que tienen su costo no solo económico, si no también en vidas humanas.

Como un tatuaje tribal que se luce a flor de piel, tenemos incorporado en nuestras conciencias que: “*lo prioritario es la seguridad*”; gracias a ello, hemos llevado a su más mínima expresión las consecuencias negativas, de los riesgos a los que hacíamos referencia en el párrafo anterior.

Los médicos y enfermeros destacados en las Unidades de primera línea, resultaron ser un acierto históricamente comprobado, como también lo han sido el empleo de camilleros de combate.

Hoy en día, nuestros camilleros de combate, no son enfermeros, ni paramédicos, ni mucho menos médicos, por lo tanto, no tienen un título que los respalde legalmente ante procedimientos sanitarios específicos (sobre todo los invasivos). Son combatientes, de primera línea o no, que conforman orgánicamente sus Unidades, especializados en determinados tratamientos prehospitalarios.

Ésta es la razón por la cual son fácilmente reemplazables a un muy bajo costo económico. Como ejemplo de esto podemos decir que para nuestra Unidad, la función costo-tiempo para formar de uno a dos enfermeros en Sanidad Militar, tiene el mismo valor que para formar entre 180 y 360 camilleros de combate, máxime si lo comparamos con la función costo-tiempo de formación de un médico.

¿Alguna vez nos detuvimos un minuto a evaluar si la selección de esos supuestos «camilleros» era la adecuada?, en otras palabras; no sabíamos si esa o ese tripulante, serían capaces de movilizar adecuadamente a un lesionado, o mucho peor, si podrían aplicar correctamente las técnicas de primeros auxilios.

Hasta hoy en día se pensaba, que con un simple cursillo de primeros auxilios y con una camilla en la mano, el trabajo estaba hecho. A partir de hoy formamos gente capaz de tomar decisiones en situaciones extremas, utilizando algoritmos básicos y criterios universalmente aprobados y empleados; son capaces además, de apoyar a enfermeros y doctores en tareas como curaciones de heridas, control de pacientes y evacuaciones médicas, entre otras.

Pero, no nos quedemos solamente con la parte vacía del vaso, tampoco estuvimos tan errados.

Lo bueno de conocer nuestros errores, es que frente a nuestros ojos se despliegan las mejores oportunidades que podamos tener, las de introducir cambios que mejoren nuestra condición actual; porque únicamente si somos conscientes de nuestras carencias, apoyándonos en experiencias pasadas, identificando aquellas novedades que puedan aportarnos valor y por último, adaptando lo novedoso a nuestra realidad, idiosincrasia, medios disponibles y sobre todo, a nuestras necesidades; podremos entonces (en un proceso que brindará sus frutos a mediano y

largo plazo), alcanzar una sustancial mejora que será evidente más allá de profesionales más especializados y ecuanímes.

Nuestra Unidad como un todo y por ende, la Armada, serán el espejo donde estos pequeños logros no solo se reflejarán, se integrarán unos con otros y será entonces, cuando sin darnos cuenta, hayamos elevado nuestros estándares a otros más exigentes y lo mejor de todo será, que nos parecerán normales.

Así lo entendimos en el Cuerpo de Fusileros Navales.

Concluimos en que no bastaba con actualizar nuestras doctrinas fluviales, anfibias o urbanas; no bastaba con exigir cada vez más a nuestros Jefes de Brigada y de Pelotón, en adiestramientos y técnicas más ambiciosas; debíamos también darles la posibilidad de una mayor y real autonomía en la primera línea, incluso de poder atender oportuna y adecuadamente «in situ», las lesiones de nuestros fusileros, mientras nuestros doctores y enfermeros puedan hacerse presentes.

Pensamos al comienzo que, actualizando el currículo del curso para camillero de combate sería suficiente, pero pronto entendimos que se necesitaba mucho más que eso.

Aplicar los primeros auxilios, tal como se enseñan en el ámbito de la Cruz Roja por ejemplo, no resulta ser muy acertado para el entorno de operaciones militares; ya que no en todos los casos vamos a poder evaluar primaria y adecuadamente a una víctima, dado que la situación táctica puede tornarse tan variable e insegura como peligrosa.

El reto fue entonces, adecuar los tradicionales conocimientos de primeros auxilios a nuestras tropas en el desarrollo de diferentes tipos de operaciones militares, en diferentes escenarios y para esto, una de las estrategias fue tomar como referencia, procedimientos sanitarios aplicados en el campo de batalla.

Las Fuerzas Armadas colombianas, en particular el Ejército, se han renovado en técnicas de asistencia primaria en combate, a través de cursos como el TCCC (Tactical Combat Casualty Care), PHTLS (Pre-Hospital Trauma Life Support) Militar, Cursos EMT-T (Emergency Medical Team Tactical) y además, de las experiencias reales en combate, recogidas y estudiadas por profesionales de la medicina militar estadounidense.

Lo mismo ha hecho también la Armada chilena, incorporando cursos como PHTLS para enfermeros, Curso ATLS (Advanced Trauma Life Support) para médicos Oficiales, Curso REMA (Rescate y Evacuación Médica de la Armada) para médicos Oficiales, Enfermeros y Camilleros de Combate, Curso C4 (Cuidado de Heridos en Combate) para médicos Oficiales y Enfermeros.

En definitiva, la fuente (aunque no es la única) mayoritariamente es estadounidense.

El proyecto Tactical Combat Casualty Care (TCCC), fue iniciado por el Mando de Guerra Naval Especial (Naval Special Warfare Command) en 1993 y continuado posteriormente, por el Mando de Operaciones Especiales de Estados Unidos (U.S. Special Operations Command (USSOCOM)).

Este esfuerzo desarrolló un conjunto de protocolos de atención al trauma en combate tácticamente apropiados, que fueron publicados como suplemento del manual de Medicina Militar en 1996.

Las directrices para TCCC, proporcionan a los médicos y sanitarios en combate con estrategias de manejo del trauma, una combinación de buena medicina con buenas tácticas en pequeñas unidades.

Las directrices para TCCC reconocen que la atención al trauma en el entorno táctico, tienen tres objetivos: 1) tratar al herido; 2) prevenir heridos adicionales y 3) completar la misión.

El primer curso de TCCC tuvo lugar en 1996 en la Oficina Médica Subacuática, patrocinado por la Oficina de Medicina y Cirugía Naval (BUMED). Poco después, este entrenamiento fue obligatorio para todos los sanitarios del SEAL. Desde entonces, ha ido ganando gradualmente aceptación en las Fuerzas Armadas estadounidenses - y aliadas; también ha encontrado aceptación en la comunidad médica civil de las fuerzas de seguridad.

La incorporación de las directrices del TCCC en el manual de Soporte Vital al Trauma Prehospitalario (PHTLS), fue un importante avance en el proceso de transición del TCCC. La cuarta edición de este manual, publicado en 1999 contiene, por vez primera, un capítulo de medicina militar, el capítulo 15.

Las recomendaciones contenidas en el manual PHTLS, llevan la aprobación del Comité del Trauma del Colegio Americano de Cirujanos y de la Asociación Nacional de Técnicos en Emergencias. El TCCC es el único conjunto de directrices de atención al trauma en combate, que haya recibido este doble reconocimiento.

La necesidad de una actualización periódica de las directrices del TCCC, fue reconocida en los comienzos. El documento original del TCCC recomendaba que las directrices del TCCC sean actualizadas por un comité del Departamento de Defensa creado a tal efecto (CoTCCC).

La lista de miembros del CoTCCC incluye a personal médico de combate como a otros médicos; está representado por las tres Armas de las Fuerzas Armadas, para asegurarse que las diferencias entre doctrina y experiencia de los departamentos médicos del Ejército, la Armada, y la Fuerza Aérea son contempladas.

Los médicos de combate seleccionados incluyen sanitarios del SEAL de la Armada, sanitarios de la Armada asignados a unida-

des de Marines, médicos Ranger, Sargentos médicos de las Fuerzas Especiales, PJ's (Pararescatadores) de la Fuerza Aérea, aviadores médicos de la Fuerza Aérea, y especialistas en sanidad de los Guardacostas.

Un documento reciente de Mabry y McManus publicado en Medicina de Cuidados Críticos en Estados Unidos, ha reflejado que "El nuevo concepto del Tactical Combat Casualty Care, ha revolucionado el manejo de heridos de combate en el entorno táctico prehospitalario." (Mabry R, McManus JG: Prehospital advances in the management of severe penetrating trauma. 2008)

Por estas razones tomamos como referencia los cursos de TCCC, dictados en las Fuerzas Armadas norteamericanas, para los «lifesavers» o «corpman» versión estadounidense de nuestros camilleros de combate.

El primer cambio que introducimos y que es enteramente nuestro, es el concepto de «Asistencia Primaria en Combate».

Ni más ni menos son los conceptos tradicionales y vigentes de Primeros Auxilios, complementados con conceptos que tienen en cuenta los factores tácticos y de seguridad de la situación militar, que influyen en el modo de brindar a las víctimas, la asistencia prehospitalaria.

Si bien en lo que respecta concretamente a las maniobras de asistencia prehospitalaria, podemos decir que alrededor de un 90 % de las maniobras de primeros auxilios, son iguales a las de asistencia primaria en combate, es necesario diferenciarlos, ya que el entorno en que unas y otras se aplican es muy distinto, por eso decidimos llamarlos de esa manera.

Sólo teniendo en cuenta cómo la variabilidad de la situación militar, afecta el modo en que podemos asistir a un lesionado, podemos entonces establecer mecanismos versátiles, que se puedan adaptar al sinnúmero de condiciones diferentes y al alto grado de incertidumbre, del campo de batalla.

Eso dio lugar a nuestro Procedimiento de Asistencia Primaria en Combate (PAPCO).

El PAPCO, es la metodología de trabajo de nuestros camilleros de combate; en otras palabras, es la herramienta versátil de la que hablábamos, que les permite asistir a las bajas, cualquiera sea su condición sanitaria y la situación táctica que impere.

No fueron pocos los obstáculos a sortear, por ejemplo: en cualquiera de los cursos mencionados como referencia (PHTLS, ATLS, EMT-T y TCCC), hay un denominador común; el empleo de técnicas invasivas de asistencia, tales como la colocación de vías para suministro de sueros y otros fluidos, colocación de sondas orotraqueales o nasofaríngeas, y suministro de antibióticos de campaña, reanimación con fluidos, aplicación de analgesia en combate (IV vs. Morfina IM), por mencionar algunas. Este fue el primer gran escollo con el que tuvimos que lidiar.

No hemos encontrado en nuestro país, leyes que regulen qué maniobra invasiva se puede realizar y cuál no, por parte del personal sanitario excepto, la utilización de la jurisprudencia de leyes argentinas (solamente para el/la profesional médico/a) en maniobras invasivas y otros aspectos.

Para el resto del equipo médico, es decir un paramédico, un licenciado/a en enfermería, un enfermero/a y hasta un simple operador de primeros auxilios, no encontramos registro alguno de leyes, que regulen hasta dónde puede actuar (sanitariamente hablando), sin dejar de estar protegido legalmente.

Lo que sí está claro (de la parte legal), es que estas maniobras sólo las pueden practicar los médicos y/o enfermeros/as habilitados/as; ya que en nuestro país por el momento no existen leyes que regulen claramente el ámbito de actuación de enfermeros, médicos y demás.

Entonces, ¿qué opciones tenemos para sustituir esas maniobras invasivas? ¡¡Vol vamos a lo esencial!!

En primer lugar definimos el concepto de asistencia primaria en combate como «*La atención inmediata y temporal, que presta el camillero de combate al traumatizado, antes y hasta la llegada del enfermero o médico*».

Entonces, teniendo en cuenta las limitaciones legales de nuestro país recién mencionadas y el concepto y alcance de la asistencia primaria en combate, sólo debíamos sustituir las maniobras invasivas por otras no invasivas, de relevancia vital para la sobrevivencia de la/s baja/s.

Por ejemplo, para el tratamiento de la vía aérea no podemos aplicar sondas nasofaríngeas u orotraqueales (si podríamos usar dispositivos como el combitubo, pero ese es un tema a tratar en otra oportunidad), ni tampoco realizar un acceso venoso; por lo que nuestros camilleros de combate, se ocuparán de que la vía aérea esté permeable con maniobras básicas (maniobras manuales sin uso de elementos especializados), controlarán periódicamente los signos vitales, se aplicará la respiración de salvamento si es necesario y se activará la evacuación médica lo antes posible, entre otros cuidados que podremos también brindar.

Claro, tenemos un espectro limitado de maniobras de salvamento y como consecuencia de ello, las probabilidades de sobrevivencia de nuestras bajas frente a traumatismos graves, será menor en comparación a las posibilidades que ofrece el personal capacitado en cursos como PHTLS, TCCC, EMT-T, etc.

Escenarios reales como las áreas de misión de paz de Naciones Unidas, donde se han desplegado y aún permanecen, tropas de nuestras Fuerzas Armadas, llevan al límite las capacidades de nuestro personal.

El esquema sanitario de una compañía de aproximadamente 180 tripulantes, está conformado generalmente por tres médicos y seis enfermeros; en una situación de emergencia real este esquema sanitario colapsa inmediatamente, pues tendríamos un médico para atender a 60 tripulantes con sólo dos enfermeros; ¿qué pasaría con las subunidades que por razones de seguridad (defensa, ataque, involucrimiento), deban ser desplegadas fuera de las instalaciones de la base?, ¿quién les brindaría cobertura sanitaria?; no olvidemos que las hemorragias y problemas de la vía aérea, deben ser tratados cuanto antes y a veces 300 m, pueden ser una eternidad. Sin duda alguna en numerosos casos, hemos corrido con mucha suerte, no así en otros...

Pero como ya dije, no miremos solamente la parte vacía del vaso y sí llenémoslo, centímetro a centímetro.

Antes dependíamos de tener cerca al enfermero o médico. Hoy en día contamos con un curso de capacitación que permite a nuestro personal subalterno, asistir primariamente una gama para nada estrecha, de lesiones «in situ»; eso nos dará mayor autonomía y la posibilidad de flexibilizar las operaciones, atendiendo en tiempo real eventuales lesiones leves, complejas y hasta graves; es más, nos posicionará de tal manera que podremos compararnos con fuerzas del primer mundo, como la USMC, o el USARMY, SWAT, FBI, Fuerzas Especiales, incluso de la OTAN entre otras que también, han decidido incorporar estas particulares técnicas de atención prehospitalaria.

En esta instancia podríamos llegar incluso a dotar orgánicamente a cada Escuadra de fusileros, con un camillero de combate, capaz de brindar una limitada pero muy adecuada y oportuna asistencia prehospitalaria; cosa que hasta el momen-

to no poseemos. Aunque lo ideal sería tener la mayoría del personal entrenado en estas técnicas.

Las limitaciones técnicas de nuestros futuros camilleros de combate ya mencionadas, hacen que los planes de evacuación adquieran mayor relevancia y eso nos hizo rever, los procedimientos de MEDEVAC/CASEVAC que hemos estado utilizando.

En este sentido estamos estudiando la posibilidad de incorporar algunas mejoras, como por ejemplo incluir tanto los conceptos de evacuaciones médicas como sus procedimientos, en nuestra doctrina de empleo táctico de las fuerzas en el terreno.

Conjuntamente con los pilotos navales, estamos revisando los conceptos de evacuaciones médicas.

Sin duda alguna es un hito importante ya que, por un lado se pueden llegar a optimizar los tiempos de respuesta y por otro, nos aseguraremos de hacerle llegar al médico de abordaje, información más correcta y precisa, para que pueda tomar mejores decisiones y sobre todo, que repercuta en una notoria mejor sobrevivencia de la víctima.

Antes de finalizar, queda mencionar un pequeño detalle, que no por pequeño es menos importante.

Hasta ahora hemos desarrollado el concepto de asistencia primaria en combate, exclusivamente en el marco de actividades del Cuerpo de Fusileros Navales, eso se ha debido a que el trabajo ha comenzado aquí pero, pensar que una herramienta tan versátil como el PAPCO, deba circunscribirse a un solo tipo de Unidad militar, es un gran desperdicio. Nuestra Flota podrá verse beneficiada por el empleo de esta herramienta, el reto por delante es trabajar para adaptarla a la vida de abordaje, algo que a nuestros marinos militares no incomoda...

