



CEU

*Universidad
San Pablo*

Facultad de Medicina

La cirugía maxilofacial en los conflictos bélicos y en las misiones de ayuda humanitaria

Dr. Manuel Fernández Domínguez

Director del Departamento de Estomatología.

Jefe del Servicio Maxilofacial del Grupo Hospital de Madrid

Festividad de San Lucas

18 de Octubre de 2011

La cirugía maxilofacial en los conflictos bélicos y en las misiones de ayuda humanitaria

Dr. Manuel Fernández Domínguez

Director del Departamento de Estomatología.

Jefe del Servicio Maxilofacial del Grupo Hospital de Madrid

Festividad de San Lucas

18 de Octubre de 2011

**Facultad de Medicina
Universidad CEU San Pablo**

La cirugía maxilofacial en los conflictos bélicos y en las misiones de ayuda humanitaria

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2011, por Manuel Fernández Domínguez

© 2011, por Fundación Universitaria San Pablo CEU

CEU *Ediciones*

Julián Romea 18, 28003 Madrid

Teléfono: 91 514 05 73, fax: 91 514 04 30

Correo electrónico: ceuediciones@ceu.es

www.ceuediciones.es

Depósito legal: M-40973-2011

Excelentísimo Sr. Rector Magnífico de la Universidad CEU San Pablo,
Excma. Sra. Decana de la Facultad de Medicina,
Excmas. e Ilmas. Autoridades académicas,
Excmas. e Ilmas. Autoridades militares,
Queridos compañeros de Claustro,
Estimados alumnos y alumnas,
Señoras y Señores.

Quiero expresar mi agradecimiento a la Decana de la Facultad de Medicina por la confianza que ha depositado en mi persona para pronunciar la lección magistral en este día tan especial y tan importante en el que celebramos la festividad de San Lucas. Creo honradamente que su elección responde, más que a merecimientos personales, a mi condición de actuar en representación del Departamento de Estomatología, tarea que también me encomendó hace varios años en tiempos de particular esfuerzo e incertidumbre. Tengo que decir que acepté el reto, de forma inmediata, como un aprendiz de cirujano al que el maestro le da su primera oportunidad con el escalpelo, y muy consciente de la elevada responsabilidad de este compromiso sólo comparable al honor y al orgullo que supone acometerlo y , en un entorno tan solemne y prestigioso como es la Universidad CEU San Pablo, en el que se respiran profundos valores morales con los que me siento muy identificado y que contrastan con los de una sociedad en plena decadencia.

Tengo que reconocer que mi condición de médico militar y mi participación en los conflictos en Bosnia y en Albania me han marcado decisivamente, al igual que a muchos de mis compañeros, ya que la experiencia humana obtenida ha sido muy enriquecedora.

Cuando abandoné las Fuerzas Armadas pensé que no volvería a vivir ese clima de compañerismo y solidaridad, pero, para mi sorpresa descubrí en esta casa una continuidad y el mismo rumbo.

Por este motivo quiero aportar mis vivencias en los Balcanes, como médico militar y como cirujano maxilofacial. Voy a renunciar conscientemente a la utilización de duras imágenes que puedan dañar la sensibilidad de los asistentes.

San Lucas, durante el largo viaje que lo llevaría de Roma hasta Tierra Santa se convirtió al cristianismo y utilizó su arte y devoción para aliviar la desesperación de aquellos que encontró en su camino, humillados bajo el yugo imperial romano.

Quiero solicitar la ayuda, por su puesto si San Lucas lo aprueba, de una mujer de Alejandría que durante el Imperio Romano entregó su vida antes de renunciar a la fe cristiana, y que tras ser golpeada en la cara perdió sus dientes ofreciendo su dolor por quienes alguna vez pudieran sentir algo similar, intercediendo gustosamente por estos desvalidos y convirtiéndose en la Patrona de los Odontólogos, se trata de Santa Apolonia.....

Antecedentes históricos

Es un hecho indiscutible que las guerras estimulan los avances en cirugía y ello ha sido especialmente significativo en cirugía maxilofacial.

Los cirujanos militares han sido pioneros en muchos avances quirúrgicos, como sucedió en el siglo XVIII con Larrey que perfeccionó el empleo de los colgajos cutáneos en la reconstrucción facial.

El siglo XIX no podía ser una excepción y con la introducción de la anestesia y la lucha contra la infección se facilitó la labor del cirujano, como se comprobó en la guerra austro-húngara y en la de Crimea.

La Guerra Civil Americana se caracterizó por la eficacia en la evacuación de los heridos, lo que aumentó su supervivencia y con ello el desarrollo de métodos para el tratamiento de las heridas de la cara, pudiendo afirmarse que cirujanos como Bean, Buck y Gunning establecieron las bases para la moderna traumatología facial.

En Francia, en 1871, en la Escuela de Val-de-Grâce, se elabora por Dardignac una tesis sobre heridas de la cara producidas por armas de fuego. El Hospital de Val-de-Grâce fue la cuna de la cirugía maxilofacial francesa. Dicho hospital fue designado como hospital militar en 1793, por la Convención Nacional, y en él trabajaron Larrey, Morestin y muchos otros, entre los que sobresalieron Ginestet y Pons. El nombre de Val-de-Grâce data, sin embargo, del siglo XV, nombre que le asignó la reina Ana a un convento de Benedictinas situado a unos 15 km de París.

Posteriormente, otra reina Ana, Ana de Austria, la bella española esposa de Luis XIII auspicia el traslado de dicho convento al arrabal de Saint Jacques, en París; y le toma cariño, hasta el punto que estando muy preocupada por no tener, y desear, un hijo varón que perpetúe el reinado, promete levantar un gran templo en Val-de-Grâce, si Dios le concede el deseado hijo heredero. El cinco de Septiembre de 1638 sucede el acontecimiento y nace el Delfín, el cual curiosamente, poseía ya en el momento de su nacimiento los dos incisivos centrales inferiores, como una premonición a la importancia de Val-de-Grâce adquiriría en Cirugía Maxilofacial, y probablemente para desdicha del ama de cría que tendría que soportar sus mordiscos.

Ana de Austria cumplió su promesa y en 1645 se puso la primera piedra al templo votivo de Val-de-Grâce, obra que terminó Luis XIV.

El siglo XX ha sido prolífico en confrontaciones bélicas. En la I Guerra Mundial, la táctica de la guerra trincheras y el perfeccionamiento de ciertas armas, como la artillería con morteros, hicieron que el número de heridos en la cara se multiplicase. Cierto es que llevaban un casco protector, pero con una resistencia limitada. Además la fuerza expansiva de las granadas afectaba a la cara al carecer de protección. Todo ello ocasionaba grandes destrucciones faciales cuya reparación puso a prueba la intuición y la habilidad de los cirujanos.

Durante la I Guerra Mundial, las consecuencias de los traumatismos faciales fueron devastadoras. Blair informó que más de 3000 de los 8000 soldados americanos con lesiones maxilofaciales no sobrevivieron, debido fundamentalmente a la ausencia de personal sanitario especializado en la inmediaciones del combate y a la falta de cualificación del personal paramédico en el manejo de la vía aérea y en el control de la hemorragia.

En la II Guerra Mundial la táctica militar había cambiado y en lugar de la guerra de trincheras que caracterizó la Primera se adoptó una guerra de movimientos con gran participación de la aviación. Esto trajo como consecuencia la existencia de otro tipo de heridas, aparte de las quemaduras ocasionadas por el empleo de los lanzallamas y por los accidentes aéreos.

La táctica sanitaria sufrió igualmente un notable cambio, ya que en lugar de acercar el hospital al frente, como sucedía en la I Guerra Mundial, la Segunda se caracterizó por una rápida evacuación a retaguardia y a la zona del interior y a ello contribuyó en gran manera el empleo del transporte aéreo.

En el contexto bélico, los traumatismos maxilofaciales constituyen entre un 10% y un 20% del total de las bajas. Las causas fundamentales son los accidentes de tráfico y las armas de fuego.

Desde el 1 de enero de 1965 al 31 de marzo de 1973, las tropas norteamericanas desplegadas en la República de Vietnam alcanzaron 2.594.000 efectivos. La incidencia de bajas fue un 12% y un 6% (153.309) requirió hospitalización. Entre un 10-15% de las bajas correspondieron a víctimas de traumatismos maxilofaciales, es decir, entre 30.365 y 45.847 hombres.

Durante el conflicto árabe-israelí en 1967, la incidencia de traumatismos en cabeza y cuello fue de un 15%, con un 3% de afectación de maxilar superior y de órbita y un porcentaje similar de fracturas de mandíbula.

Antes de la I Guerra Mundial, la Cirugía al servicio de los ejércitos, se desarrollaba de un modo más sencillo y con menos exigencias, siendo la gran catástrofe mundial y los fracasos sanitarios consecutivos a dicha contienda, los que determinaron en todos los Cuerpos médicos de los ejércitos beligerantes, a la adopción dentro de las normas generales del servicio sanitario de formaciones especiales.

En nuestro Ejército, la organización quirúrgica data de 1921, ya que fue con motivo del desastre sufrido en la zona oriental de nuestro Protectorado de Marruecos, cuando se implantó una unidad quirúrgica especializada, prestando utilísimos servicios.

Esta Unidad Quirúrgica, pionera en su momento, fue denominada Hospital Quirúrgico de Montaña. Estaba organizada en dos grupos, uno operatorio y otro de hospitalización y se transportaba en cargas, debidamente numeradas, por cincuenta y cinco mulos, con dotación de material de curación para 200 intervenciones graves y con una capacidad de alojamiento para 100 heridos, susceptible de ser aumentada según las necesidades.

El Dr. Sáez de la Calzada, Jefe del Servicio de Estomatología del Hospital Militar Central de León publicó en 1938 el libro *Cirugía y Restauración Maxilofacial de Guerra* y puso de manifiesto su experiencia en la contienda civil española y la necesidad de una adecuada organización de los Servicios de Estomatología y Cirugía Maxilofacial, dada la enorme importancia de estos servicios en periodo bélico y la deficiente estructura existente en España en contraste con otros países de nuestro entorno. Propuso un esquema de organización sanitaria, para aplicación en periodo de guerra, escalonado desde el frente a la retaguardia y especialmente referido a la asistencia de heridos con traumatismo facial.

En la Sanidad Militar, el traumatismo maxilofacial ha sido manejado tradicionalmente por los Cirujanos Plásticos del Ejército, auténticos pioneros en la Traumatología Facial y de la Cirugía Reparadora de la Cara (Dr. Sánchez Galindo , Dr. Quetglas, Dr. Almendral Lucas).

En el Hospital del Aire se creó el Servicio de Cirugía Maxilofacial a cargo del Dr. Luis Calatrava Páramo formado en la Escuela de Carabanchel y que había perfeccionado sus conocimientos en Alemania junto al Profesor Schuchardt y en Italia junto al Profesor Sanvenero con quien trabajó en el “Pabellón de mutilados de la cara”. El Dr. Calatrava obtuvo por oposición la Cátedra de Cirugía Oral de la Escuela de Estomatología de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

La asistencia quirúrgica en la Guerra Civil española puso de manifiesto la utilidad de la Sanidad Militar en ambos bandos, conocidos como “zona republicana” y “zona nacional”. Se comprobó desde los primeros momentos como los ejércitos que tenían organizado su servicio sanitario de evacuación rápida de los heridos en los frentes de batalla, tenían mayores posibilidades de recuperar los miembros heridos, y en definitiva la vida, que los cuerpos militares que no disponían de un adecuado sistema de asistencia a los politraumatizados de las primeras líneas. Los hospitales de campaña, también conocidos como hospitales de sangre, que cada vez se fueron instaurando lo más cerca posible de la línea de combate, salvaron muchas vidas, y es reconocido por los cronistas que funcionó mucho mejor en la zona nacional, donde los cuerpos regulares de sanidad del ejército actuaron con más profesionalidad. Por el contrario, se acepta que la zona republicana, que controlaban las grandes ciudades como Madrid, Barcelona, Valencia, Bilbao, etc, disponía de mejores hospitales generales, y de figuras profesionales de primer rango, pero a pesar de lo cual los resultados asistenciales que obtuvieron fueron peores por la demora con que tardaban en llegar los heridos desde el frente al quirófano.

En los grandes hospitales de Madrid y los hoteles o colegios que se habilitaron trabajaron sin descanso, los que en aquel momento eran grandes cirujanos de la capital, muchos de ellos Catedráticos de la Facultad de Medicina de San Carlos, y así destacan los nombres de Goyanes, León Cardenal, Gonzalez-Duarte, Marino Fernández Zumel, los hermanos Tamames, etc.

Son muy reconocidos de esta época en Barcelona los estudios sobre las heridas de guerra de Manuel Bastos Ansart, que publica *Las heridas de arma de fuego* 1936; Josep Trueta i Raspall *El traumatismo de las fracturas de guerra*, Manuel Corachán y Harcourt. Mientras que por la parte nacional, también la experiencia en la asistencia a los politraumatizados fue tenida en cuenta por Gómez Ulla y Manuel Gómez Durán.

Francisco Guerra (1981) es autor de un libro *Las Heridas de Guerra*, sobre la contribución de los cirujanos españoles en la evolución del tratamiento de las heridas, remontándose hasta el siglo XVI y haciendo énfasis precisamente en lo que se denominó “cura cerrada” o “cura española” iniciada por José Queralto (1755-1805). De tal forma fue en su momento aceptado como afortunado este tratamiento, que nuevamente en la guerra de 1936, se convierte en la base filosófica para tratar las heridas y fracturas abiertas de los miembros, con el nombre de “cura oclusiva”, preconizada por González Aguilar en base a las experiencias de Orr, para el tratamiento de

la osteomielitis. Los estudios fisiopatológicos consecuentes al escayolado directo de las fracturas abiertas de los miembros en la experiencia de Bastos, D Harcourt, y especialmente Trueta Raspall, dieron el beneplácito a esta técnica para la asistencia muy temprana de los heridos de primera línea, y sirvieron de ejemplo a seguir a la Segunda Guerra Mundial por los aliados, divulgada por Trueta desde Oxford.

Estos datos, obtenidos de la experiencia en recientes confrontaciones bélicas, justifican la necesidad de adiestrar al personal paramédico en el manejo inicial de la vía aérea y el control de la hemorragia, de proporcionar a los servicios de Estomatología y Odontología la formación quirúrgica imprescindible para asumir el traumatismo facial de forma precoz, y finalmente, de dotar de especialistas de Cirugía Maxilofacial a los equipos quirúrgicos que despliegan en las inmediaciones del combate.

La vida de un herido o de un enfermo frecuentemente depende del tiempo que transcurre hasta que se establecen los cuidados necesarios, que en algunos casos sólo pueden ser aplicados en centros especializados, y la rapidez del transporte en las mejores condiciones se revela como de la más alta importancia. El transporte por aire se constituye en estas circunstancias como el medio más rápido, confortable y seguro para el paciente.

Deben realizarse los oportunos controles y establecerse las medidas de reanimación necesarias para que el enfermo llegue al lugar de destino en una situación clínicamente estable.

El tiempo empleado en el traslado dependerá del tipo de aeronave utilizada que variara según los medios disponibles y la orografía o características especiales del lugar del accidente o del accidentado.

La evacuación aeromédica es un eslabón en la cadena sanitaria que permite mejorar el pronóstico vital a corto plazo y el funcional a largo plazo. Es un acto médico en el que entra en juego personal y material especializado que necesita una organización estructurada en el seno de la cual el acto médico tiene indicaciones y contraindicaciones a veces distintas a la praxis convencional.

La aeroevacuación médica es indispensable para el traslado de pacientes de forma más rápida y eficaz, para ello es preciso conocer los factores propios del vuelo que pueden incidir negativamente sobre la homeostasis del paciente, saber el tipo de patología que presenta el paciente, las condiciones propias de la aeronave y el material sanitario de que se disponga. Por otra parte

el manejo del enfermo en una aeronave requiere conocer los problemas específicos que se plantean antes, durante el aerotransporte y al finalizar éste.

La justificación de aeroevacuación depende de la urgencia, de la distancia y del medio donde se desarrolle y es determinada por condicionamientos médicos, sociales y económicos. La decisión de evacuar un paciente por vía aérea debe ser tomada cuidadosamente tras valorar los beneficios que se van a obtener y el riesgo inherente al transporte aéreo.

El éxito en cualquier aeroevacuación está estrechamente ligado a la planificación y orden operacional de la misma.

Hoy día no existen contraindicaciones médicas absolutas a la evacuación aeromédica, siempre que se haga una preparación adecuada del paciente para soportar el estrés y riesgos asociados al vuelo y se disponga del equipo médico adecuado, humano y material. Asimismo pueden requerirse instrucciones sobre nivel de vuelo (en aparatos no presurizados) y perfil específico de presurización.

La monitorización del paciente reúne unas características especiales debido a las peculiaridades del medio, limitaciones de espacio, vibraciones, luz y ruido. Deberán tenerse en cuenta para la selección adecuada de equipos de monitorización y apoyo, y la previsión de necesidades antes, durante y después del vuelo. Deben estar complementados por un centro de control y coordinación de las operaciones; el equipamiento de personal y material de las aeronaves; y unos conocimientos básicos aeromédicos por parte de las tripulaciones que permitan comprender y salvar técnicamente los problemas médicos secundarios al vuelo.

El material debe de estar adaptado a dicho medio de transporte, que normalmente es un habitáculo reducido. Los frascos de perfusión pueden ser afectados por variaciones de presión que pueden hacer el sistema de perfusión inestable, se deben utilizar “agujas de altitud” para mantener la toma de aire por debajo del nivel del líquido. Los globos de las sondas varían de volumen con la altitud; sería preciso llevarlas con suero para evitar el aumento de volumen en relación con la disminución de la presión atmosférica. La seguridad a bordo debe ser mantenida, y por ello el “oxígeno aeronáutico” no puede contener una mezcla superior al 25%. Los sistemas eléctricos del instrumental podrían, por otra parte, interferir en las comunicaciones o instrumentos de navegación.

Las primeras aeroevacuaciones se hicieron en la Primera Guerra Mundial. En 1915 fueron evacuadas desde Serbia 12 bajas en aviones que no estaban preparados ni modificados para aeroevacuaciones.

Los franceses crearon el primer servicio de ambulancia aérea, utilizando seis aparatos que podían transportar tres camillas cada uno. Más de 1200 pacientes fueron transportados desde las montañas del Atlas durante la campaña del Rift.

En 1919 la Royal Air Force transportó por primera vez bajas durante la guerra contra Mad Mullah en Somalia. Las camillas estaban depositadas dentro del fuselaje de un DH-9. En 1923, alrededor de 359 pacientes fueron evacuados del Kurdistán.

En 1910 el Capitán George Gosman, del Ejército Americano, construyó un avión ambulancia.

Las primeras evacuaciones aéreas a gran escala fueron realizadas por los alemanes durante la Guerra Civil española (1936- 1939). Los enfermos y heridos de la Legión Cóndor fueron transportados desde España a Alemania en los JU-52. Cada aeronave llevaba 10 bajas acostadas y entre 2 y 8 sentadas. Las vías de evacuación sobrevolaban el Mediterráneo hasta el norte de Italia, cruzando los Alpes hasta Alemania. La distancia recorrida oscilaba entre las 1350 y las 1800 millas, con una duración de vuelo de unas 10 horas. Durante el paso por la cadena montañosa alpina era necesario el uso de oxígeno. Además tenían que soportar las temperaturas extremas de esa altitud ya que no disponían de sistemas de calefacción.

Durante la II Guerra Mundial, la mayoría de las naciones implicadas desarrollaron sistemas de evacuación aeromédica. Se realizaron evacuaciones intra e interteatros, mediante aviones de transporte. Al final de las hostilidades el Army Air Corps transportó 1,25 millones de pacientes.

En la Guerra de Corea (1950-1953) comenzó la utilización de helicópteros para hacer aeroevacuaciones. Los norteamericanos transportaron alrededor de los 2 millones de pacientes. Durante la guerra de Vietnam (1965-1973) el uso de helicóptero para las evacuaciones fue un factor decisivo en la disminución de la mortalidad de las bajas producidas en este conflicto.

En la II Guerra Mundial el 4% de las bajas que alcanzaban el escalón sanitario de tratamiento morían. Durante el conflicto de Corea se redujo al 2% y en Vietnam al 1%.

Hasta el conflicto del golfo Pérsico, la doctrina aeromédica de la USAF sólo permitía la aeroevacuación a heridos o enfermos considerados estables. Pero dos hechos cambiaron los planteamientos de apoyo sanitario aéreo: el ataque del 23 de octubre de 1983 al Cuartel General de los Marines en Beirut, que produjo 234 muertos y 112 heridos. Se necesitó trasladar a 88 heridos graves (19 inestables) en las primeras 12 horas, muriendo 9 heridos, uno de ellos en vuelo.

La operación “Just Cause” en Panamá en 1989 supuso otro desastre para el Medevac System de la USAF, enfrentándose a bajas masivas (192 en las primeras 24 horas), muchas de ellas inestables. Las causas pudieron ser la insuficiente medicalización a bordo y la escasa preparación del personal para estas emergencias.

A partir de estas dos experiencias, la campaña del Golfo Pérsico supuso una nueva concepción de las aeroevacuaciones, la medicalización eficiente de los aparatos con equipos de reanimación, monitorización cardiorrespiratoria, marcapasos externos, etc., además del entrenamiento riguroso de todo el personal relacionado con estas actividades.

Guerras, desastres y ayuda de emergencia

Aunque varíen el lugar y las circunstancias concretas, la comunidad internacional se enfrenta de forma casi permanente al azote de la guerra y de los desastres desencadenados por causas naturales. En estas situaciones extremas está en juego la vida, la dignidad y los medios de subsistencia de millones de personas. En esta primera instancia, son los Estados afectados los que han de evitar que esto ocurra, pero el hecho es que en muchos casos, y en especial en los países en desarrollo, las situaciones de crisis sobrepasan las capacidades del Estado, o es el propio Gobierno el se halla en guerra y atenta de forma masiva y sistemática contra la vida y los derechos de los ciudadanos. En estas situaciones, la comunidad internacional es la única instancia a la que se puede apelar para ayudar y proteger a las víctimas, y la respuesta más frecuente es la ayuda humanitaria y de emergencia que proporcionan gobiernos, organizaciones internacionales y ONG.

En el imaginario colectivo, la ayuda humanitaria y de emergencia constituye una de las formas más directas, inmediatas y efectivas de expresión del principio de solidaridad y de compromiso con la vida y la dignidad del ser humano. Por esta razón, se trata de una modalidad de asistencia difícil de objetar desde el punto de vista moral y político, y no suele plantear las dudas críticas que rodean a otras formas de ayuda a los países en desarrollo. Esta percepción está basada en un hecho incuestionable: la ayuda humanitaria salva vidas, contribuye a proteger a las víctimas y alivia el sufrimiento causado por las calamidades que se abaten sobre el ser humano, en especial sobre las poblaciones más vulnerables. En un periodo en el que se han puesto en tela de juicio los fundamentos y la eficiencia de la cooperación internacional al desarrollo, el imperativo humanitario sigue siendo uno de los argumentos más firmes para justificar la ayuda al exterior, y ni siquiera es impugnado por aquellos que, desde posiciones políticas y filosóficas basadas en el más descarnado individualismo, cuestionan cualquier esfuerzo a favor de sus semejantes.

Esta aseveración parte de una premisa básica: cuando la vida y la dignidad de las personas están amenazadas, existe un imperativo humanitario ineludible a que se debe dar respuesta con generosidad, equidad y eficacia. Sin embargo, no siempre ocurre así en la sociedad internacional contemporánea. La ayuda humanitaria depende en lo esencial de la mejor o peor voluntad y libertad de los Estados, de unas organizaciones internacionales a las que se ha otorgado escasa autonomía para actuar, y de las iniciativas ciudadanas que se despliegan a través de las ONG, que se encuentran frente a los límites impuestos por su naturaleza no estatal.

En este contexto, la ayuda humanitaria es inherentemente problemática. Se lleva a cabo en el marco de un ordenamiento jurídico internacional poco desarrollado y en el que las prerrogativas de los Estados suelen anteponerse a los derechos de las víctimas. A menudo, prevalece la razón de Estado y la obligación de prestar asistencia y protección a las víctimas no se cumple o se ve distorsionada por intereses de muy diversa índole. En otras ocasiones, recurrir a la ayuda humanitaria y a la acción de las ONG para hacer frente a las crisis no es sino la expresión del fracaso de la comunidad internacional y de los Estados, que no tienen la voluntad política para actuar o desplegar los recursos necesarios para prevenir los conflictos, detener las hostilidades, asegurar su resolución pacífica, enfrentarse a violaciones masivas de los derechos humanos y al genocidio, y promover una pauta de desarrollo equitativa que reduzca la vulnerabilidad de la población, ya que ese factor

condiciona de forma determinante la gravedad de la crisis en cuanto a víctimas y daños materiales.

La creciente importancia que han adquirido los asuntos humanitarios en la postguerra fría se debe más a estas carencias que una mayor sensibilidad y apego a los valores humanitarios.

Emergencias internacionales y ayuda humanitaria: una respuesta internacional insuficiente y desigual

En la década de los noventa los desastres de origen natural han causado en todo el mundo, según cálculos probablemente bajos, un promedio de 57.000 muertos y 211 millones de personas damnificadas cada año. Esto significa que en dicha década, los desastres se cobraron 1.300 vidas por semana. Los últimos años de la década han sido muy dañinos: las inundaciones, los tifones y los huracanes de 1998 dejaron sin hogar a 355 millones de personas, el 5% de la población mundial. En 1999 los desastres causaron 132.077 muertos y 223 millones de personas damnificadas, y en 2000, 20.045 muertos y 256 millones de damnificados. Los daños materiales también han sido muy elevados. A lo largo de ese decenio han alcanzado unos 608.000 millones de dólares, lo que representa 1.2 veces el PIB español. Debido a que los daños están en directa relación con el grado de vulnerabilidad, los países en desarrollo soportan la mayor parte de los mismos. En torno al 98% de las víctimas mortales de los desastres se produce en los países pobres. Los daños materiales del periodo 1985-1999 representaron el 2.5% del producto bruto de los países industrializados, y el 13.4% del producto bruto de los países en desarrollo.

A los desastres se le suma el azote de la guerra. En los años noventa se registraron 120 conflictos armados, que causaron más de cuatro millones de muertos y un gran número de refugiados y desplazados internos. En la actualidad, una de cada 180 personas se encuentra desarraigada en tierra extraña, amenazada de muerte y sin medios de vida. Sea por efecto de la guerra o de los desastres, la supervivencia inmediata de millones de personas depende de la ayuda humanitaria y de emergencia de la comunidad internacional.

Sin embargo, la respuesta internacional, y en especial la de los gobiernos de los países de la OCDE, a menudo es mezquina, poco equitativa, en muchos casos llega tarde y es poco eficaz.

Crisis tras crisis, hay ingentes necesidades humanitarias sin cubrir. Los llamamientos internacionales se cubren sólo en parte, y la respuesta suele ser mayor en la fase inicial, cuando la emergencia aparece en los medios de comunicación y logra movilizar a la oposición pública y a los gobiernos. Después los donantes se vuelven menos generosos: hay un gran número de “guerras olvidadas”, así como países en proceso de reconstrucción y de planificación que apenas reciben ayuda externa.

Además, la ayuda humanitaria y de emergencia otorgada por los gobiernos se ha caracterizado por una clara falta de equidad en el trato dispensado a las víctimas. A la hora de recibir ayuda humanitaria, no es lo mismo ser africano, de piel oscura, que europeo, o blanco; cristiano o musulmán, filmado o no por la CNN, BBC, o Al-Jazeera; o que se considere afín o no a los intereses de Occidente. La respuesta humanitaria a los conflictos de los Balcanes ha sido muy superior a la de las guerras de África subsahariana, con 207 dólares para cada beneficiario en Kosovo, sólo 8 en la República Democrática del Congo. La rapidez y la intensidad de la respuesta internacional en Kosovo también contrasta con la lenta reacción ante las inundaciones de Mozambique.

Intereses de política exterior, el juego político nacional, o la influencia de los medios de comunicación (el “efecto CNN”), y no la necesidad objetiva, son en muchos casos los factores que determinan la cuantía de las aportaciones y el tipo e intensidad de la respuesta.

La ayuda humanitaria y de emergencia del Gobierno español no escapa a esta pauta. El coste del campo de refugiados de Hammallaj, en la guerra de Kosovo, se elevó a 7.515 millones de pesetas (45.2 millones de euros) en sus dos meses de funcionamiento.

Esta cifra es más del doble de toda la ayuda no reembolsable, humanitaria y de desarrollo, presupuestada para África subsahariana en 1999, y 20 veces superior a las contribuciones voluntarias que el Gobierno español ha entregado al ACNUR para programas de refugiados en todo el mundo (excluyendo los destinados a Kosovo) en el año 1999. En este, como en otros casos, la ayuda humanitaria y de emergencia se distribuye conforme a los intereses del donante, y no según la necesidad objetiva o el derecho, inherente a todo ser humano, a recibir ayuda y protección cuando su vida y su dignidad se encuentran amenazadas. Este hecho cuestiona el carácter humanitario en el que debe estar basado este tipo de asistencia según el derecho internacional y la propia Ley de Cooperación Internacional para el desarrollo.

Una actuación rápida y efectiva en la distribución de ayuda y socorro en situaciones de emergencias marca la diferencia entre la vida y la muerte para un gran número de personas, por lo que la ayuda de emergencia puede entenderse como la “red de seguridad” última de la comunidad internacional para preservar la vida y dignidad humana cuando lo demás falla. Por ello es vital que los donantes incrementen recursos, mejoren la capacidad de respuesta y asignen la ayuda según la necesidad objetiva, de forma que los socorros se distribuyan con rapidez, eficacia y equidad.

Conflictos armados y problemas del desarrollo: el complejo escenario de la ayuda humanitaria en el mundo de la postguerra fría

Frente a las situaciones de crisis, sean provocadas por un desastre o por la guerra, la ayuda de emergencia es un instrumento esencial, pero insuficiente. En determinadas circunstancias, incluso puede ser contraproducente. Por eso es necesario ver como este tipo de ayuda se relaciona con los contextos más amplios del desarrollo y con los conflictos armados; y diseñar políticas comprensivas, que no se limiten a brindar socorros sin afrontar los problemas de fondo que dan origen a los conflictos o condicionan los efectos de un desastre.

Los daños causados por un desastre no se pueden atribuir, sin más, a una conjunción fatídica de las fuerzas de la naturaleza, y pasar por alto la realidad social, económica y política, así como la situación ambiental de la población y el territorio en que se producen. A esos factores, todos ellos insertos en la dinámica de desarrollo de un país, se debe el elevado número de víctimas y daños materiales, su carácter recurrente, y las que más sufren sus efectos. Es el distinto grado de vulnerabilidad y la capacidad de respuesta de una población lo que explica que huracanes de similar intensidad tengan efectos muy diferentes si se abaten, por ejemplo, sobre Florida o sobre Centroamérica. Las consecuencias devastadoras de los desastres en los países más pobres de deben, más que a la fuerza de un hecho catastrófico, a la pobreza y a la exclusión, a la fragilidad de la economía y de las instituciones, a las carencias de la infraestructura y a los procesos de deterioro ambiental. La expresión “desastres naturales” es equívoca: los factores humanos relacionados con el modelo de desarrollo siempre están presentes.

Ello exige replantear la respuesta ante los desastres; una actuación inmediata basada exclusivamente en la distribución de socorros no es suficiente, ya que no aborda las causas de la vulnerabilidad.

Una estrategia efectiva a largo plazo frente a los desastres requiere la orientación del proceso de desarrollo hacia la reducción de la pobreza y la exclusión, el acceso equitativo a los recursos y los activos productivos: el fortalecimiento de las redes sociales y las instituciones; y la mejora de la infraestructura y el medio ambiente, ya que son estos elementos los que en última instancia reducen la vulnerabilidad ante las catástrofes.

Los conflictos armados contemporáneos han definido un escenario complejo y problemático para la acción humanitaria. Se ha ido afirmando la idea de que existe un “derecho” y un “deber” de injerencia humanitaria” cuando se vulnera el principio básico del respeto a la vida y la dignidad del ser humano, y la única forma de impedirlo es la acción externa. Pero también se constata que no existen normas ni órganos que aseguren que estas intervenciones estén subordinadas a principios humanitarios universalmente aceptados, que exista una obligación universal de actuar y ésta sea efectiva y, en suma, que tenga legitimidad y se asegure su validez legal. Mientras tanto, los Estados, especialmente los más poderosos, recurren al “derecho de injerencia” de forma interesada, parcial y selectiva: se utilizan los argumentos humanitarios para legitimizar intervenciones que responden a los intereses de la política exterior, o se opta por la inhibición o el silencio interesado ante situaciones en las que esos intereses no están presentes. El contraste entre Kosovo y Chechenia, Ruanda, el desinterés de Occidente hacia las crisis de África, el conflicto en Oriente Próximo, o las sanciones contra Irak, que son en sí la causa de una crisis humanitaria de grandes proporciones, son sólo algunos ejemplos de ese “doble rasero”.

Estas situaciones perjudican a las organizaciones humanitarias y debilitan su capacidad de asistencia, protección y acceso a las víctimas, ya que definen marcos de actuación que comprometen su imparcialidad, neutralidad e independencia, y restan legitimidad a sus principios inspiradores y a su práctica. En caso de intervención, las ONG pueden convertirse en una “política de sustitución” de bajo coste y una coartada para la falta de voluntad política de los gobiernos, como ocurrió en 1994 en Ruanda, donde los Estados se mostraron dispuestos a enviar ayuda de emergencia, pero no a adoptar medidas políticas y desplegar una misión de paz para prevenir o detener el genocidio. A menudo, la ayuda de emergencia, incluyendo la acción de las ONG, es una salida fácil para unos Estados renuentes a afrontar los conflictos que originan las crisis humanitarias y sus causas, y sin embargo, se deben mostrar activos frente a la opinión pública que, conmocionada por imágenes horribles, reclama algún tipo de actuación.

Frente a estos dilemas se ha ido afirmando un “nuevo humanitarismo” que reclama, en primer lugar, la definición y codificación de normas por las que la comunidad internacional, a través de Naciones Unidas, se obligaría a utilizar todos los medios disponibles, incluso la fuerza, para prevenir y mitigar el sufrimiento humano a partir de principios humanitarios y de los derechos de las víctimas.

Sin embargo, no parece previsible que a corto o medio plazo se establezca un marco regulador adecuado para que la comunidad internacional pueda actuar, usando la fuerza si es preciso, para impedir el genocidio, las violaciones masivas de los derechos humanos o, en general, por razones humanitarias, por lo que persiste el riesgo de politización de la ayuda. Por esta razón las ONG han constatado que la observancia de los principios humanitarios sigue siendo vital para asegurar el acceso a las víctimas, garantizar unos niveles mínimos de protección y asistencia, y evitar el riesgo de instrumentalización. Con este propósito se ha desarrollado un amplio proceso de autorregulación de las ONG de socorros y desarrollo que incluye las siguientes iniciativas:

- a) El “Código de Conducta relativo al socorro en casos de desastre” de 1994, que compromete a sus firmantes con los Principios humanitarios, con estándares profesionales elevados y con enfoques operacionales basados en el eje vulnerabilidad-capacidad. A través del Código, las ONG también pretenden evitar convertirse en instrumentos de la política exterior gubernamental.
- b) La “Carta Humanitaria”, que reafirma los principios del derecho internacional humanitario, del derecho de los refugiados y de los derechos humanos, y los traduce a normas mínimas. A través de estos últimos, las organizaciones de socorro y desarrollo se comprometen a brindar servicios con un nivel de calidad coherente con los principios que legitiman su acción, y establecen parámetros definidos para la rendición de cuentas. Ambos textos forman parte del llamado “Proyecto Esfera”.
- c) El denominado “enfoque alternativo” para la calidad de la ayuda humanitaria, surgido de la crítica a “esfera” por parte de un grupo de ONG, también pretende, aunque a partir de otros supuestos, responder a las exigencias de calidad, eficacia y responsabilidad de la ayuda.

Las operaciones de paz y ayuda humanitaria

Las operaciones de paz

Las operaciones de paz pueden abarcar, desde la simple ayuda humanitaria, hasta una compleja tarea de imposición de la paz entre bandos contendientes. Están basadas en los principios de legitimidad, multinacionalidad y uso limitado de la fuerza. Requieren también ciertas dotes de negociación y mediación, pero su verdadera eficacia depende indudablemente del legítimo poder efectivo que respalde el conjunto de las actuaciones de la comunidad internacional, a través de las organizaciones de seguridad compartida y, en su caso, de la aplicación del principio de injerencia humanitaria, cuando la grave violación de los derechos humanos así lo demande.

Desde 1945, se han producido en el mundo más de cien conflictos. La primera intervención de Naciones Unidas tuvo lugar en 1948 en Palestina, cuando todavía España no formaba parte de la ONU, para supervisar la tregua tras el primer enfrentamiento árabe-israelí. Desde entonces se registraron múltiples operaciones de esta índole.

Una importante diferencia entre las operaciones de paz de las primera época y las actuales es el carácter de los enfrentamientos. Si bien las primeras operaciones se emprendieron para mediar en conflictos interestatales como Palestina o Cachemira, en la actualidad suelen responder a conflictos de carácter interno.

Otra de las características distintivas de las nuevas operaciones de paz es la intervención de importantes contingentes militares que hagan posible la labor de las organizaciones internacionales y permitan la actividad de las organizaciones no gubernamentales que, en muchos casos, se han convertido en la primera respuesta urgente a problemas humanitarios, en tanto se decide la intervención multinacional.

La posibilidad de tener que recurrir, en algunos casos, al uso de la fuerza para alcanzar la paz hace de los ejércitos uno de los instrumentos más adecuados para la realización de operaciones de apoyo a la paz y a la ayuda humanitaria. Aunque es evidente que no están diseñados para ello, no hay duda de que son las únicas organizaciones que tienen verdadera capacidad para llevarlas a cabo.

Hay que tener en cuenta sin embargo que este tipo de operaciones ofrece ciertas singularidades. De una parte, exige un adiestramiento previo específico que familiarice a las unidades militares con unos cometidos que, por no ser los suyos naturales, les resultan extraños. Pero por otra, es necesario evitar el riesgo que supondría especializar a algunas unidades para su empleo casi exclusivo en operaciones de paz, ya que ello desvirtuaría el fin primordial para el que, como tales unidades militares, fueron concebidas.

Se debe, por tanto, tener presente que las unidades militares son aptas para operaciones de paz precisamente porque están preparadas para el combate, y esa es la clave de su poder disuasorio y de su eficacia.

La contribución española

La Directiva de Defensa Nacional 1/96 afirma que, a partir del convencimiento de nuestra seguridad se halla indisolublemente vinculada a la de los países vecinos, España se encuentra plenamente comprometida en la consecución de un orden internacional más estable y seguro, basado en la convivencia pacífica, en la defensa de la democracia y de los derechos humanos y en el respeto a las normas del derecho internacional, y que este compromiso se hace evidente con nuestra presencia y decidida participación en operaciones de paz.

España se incorporó a las misiones de paz en diciembre de 1988, al decidir el Gobierno contestar afirmativamente a la solicitud efectuada por las Secretaría General de Naciones Unidas para que un grupo de observadores militares españoles participase en la misión de verificación en Angola (UNAVEM).

Desde entonces, España ha promovido o participado en múltiples iniciativas humanitarias y de apoyo de paz surgidas en la comunidad internacional, particularmente en el entorno aliado. Esta generosa contribución española al mantenimiento de la paz y la seguridad en el mundo ha supuesto un importante esfuerzo para nuestro país y un alto precio tanto sacrificio de vidas de militares españoles como en coste material.

La presencia actual de más de 3000 españoles en operaciones de paz en diferentes partes del globo ha supuesto para España el lógico reconocimiento de la comunidad internacional como país responsable, capaz, fiable y comprometido con la defensa de los principios de las Naciones Unidas.

Las operaciones de ayuda humanitaria

En caso de catástrofes humanas, ya sean producidas por la naturaleza o consecuencia de conflictos bélicos, la comunidad internacional, presionada por las respectivas opiniones públicas, se encuentra con la necesidad de socorrer a las víctimas con urgencia y las más de las veces, bajo condiciones hostiles. La disponibilidad y la capacidad de disuasión de los ejércitos, nuevamente los convierte en los instrumentos más apropiados para esas tareas.

Las crisis humanitarias se caracterizan por ser imprevisibles y tener una fuente repercusión no sólo donde surgen sino en el área colindante.

La saturación de los servicios públicos, el deterioro de las infraestructuras, los desajustes en los precios hacen insuficiente que el apoyo exterior se limite a salvar vidas. Resulta obligado, transportar y distribuir las ayudas, proporcionar servicios vitales y facilitar asistencia sanitaria. Estos cometidos pueden realizarse por organizaciones no gubernamentales. Sin embargo, la ausencia de seguridad del entorno hace obligatoria una presencia militar de protección.

La experiencia en la participación en misiones de paz es transportable a las operaciones de ayuda humanitaria. Sirva de ejemplo la actuación de nuestras fuerzas en la región kurda o Centroamérica.

Sanidad militar

La Sanidad Militar desarrolla su actividad en los campos logístico-operativo y asistencial. Su reestructuración responde principalmente a la necesidad de adaptarla a la nueva realidad que suponen las operaciones en ámbito multinacional y en teatros alejados de nuestro territorio. Se hace pues, imprescindible disponer de instalaciones y equipos médicos capaces de ser proyectados a diversos escenarios en un tiempo reducido y de operar con las fuerzas destacadas durante toda su permanencia en la zona de operaciones.

Esta prioridad logístico-operativa es compartida por los países de nuestro entorno y específicamente por nuestros socios y aliados. Informes recientes sobre las tendencias observadas en la reorganización de la sanidad militar en los países europeos, primordialmente en los miembros de la OTAN y la UEO, ponen de manifiesto que prevalece una clara tendencia hacia la reducción de la red hospitalaria orientada a la cobertura de las necesidades de las fuerzas, tanto en situación de normalidad como de crisis.

La adaptación a este nuevo escenario ha requerido de un proceso de racionalización que ha conducido a una Red Sanitaria Militar única, que responda a una visión global de las Fuerzas Armadas y se oriente a proporcionar el necesario apoyo logístico sanitario, objetivo primordial que fundamenta y justifica su existencia.

La Medicina Militar está concebida para proporcionar apoyo sanitario en misiones orientadas al combate, en escenarios bélicos, donde destaca el manejo del paciente politraumatizado. Sin embargo, desde el final de la guerra fría, la guerra convencional, a gran escala se ha convertido en un escenario mucho menos probable.

No se percibe una amenaza militar global, pero en determinadas zonas han renacido nacionalismos beligerantes con reivindicaciones territoriales y políticas que constituyen origen de conflictos e inestabilidades.

Estas circunstancias, conllevan la necesidad de adaptación de la doctrina sanitaria a las misiones de ayuda humanitaria y de mantenimiento de la paz, en los planos logístico y operativo.

En la actualidad, la principal utilidad de las fuerzas multinacionales la constituyen las misiones de Petersberg (1992) donde se acordó que la UEO se prepararía preferentemente para operaciones de evacuación de residentes, protección y auxilio humanitario, mantenimiento de la Paz y si fuera necesario, imposición de la Paz.

Para asumir sus responsabilidades en toda la gama de misiones de prevención de conflictos y de gestión de la crisis, los Estados Miembros en el Consejo Europeo de Helsinki (1999) decidieron dotarse de capacidades militares más eficaces.

Los Estados Miembros se fijaron como objetivo general en lo que respecta al desarrollo de capacidades europeas, antes del 2003, estar en condiciones de desplegar rápidamente y de mantener fuerzas capaces de realizar todas las misiones de Petersberg fijadas en el tratado de Amsterdam, lo que implica como mínimo la intervención de un cuerpo de ejército (hasta 15 brigadas o entre 50.000 o 60.000 efectivos) con capacidad de desplegar totalmente en 60 días.

El EMAT es la unidad de Sanidad de acción rápida, ligera, modular, autónoma y aerotransportable capaz de prestar apoyo sanitario en clasificación, estabilización y tratamiento de urgencia de las bajas en cualquier ambiente o situación.

Sus objetivos básicos son la medicalización, la reanimación y cirugía de urgencia y la evacuación medicalizada.

El EMAT ha participado en misiones en Albania, Bosnia, Kosovo, Afganistán, Irak, Zaire, Mozambique, Turquía, Pakistán, Honduras, Nicaragua y el Kurdistán e igualmente ha sido galardonado con múltiples consideraciones y premios.

EMAT -CENTRO

MANDO

Misión:

- Ejercer el Mando de la Unidad
- Asesorar al Mando
- Planificar las actividades propias y asesorar en el proceso de planificación de la misión a apoyar
- Elevar estudios y propuestas sobre cuestiones del servicio a iniciativa propia o requerimiento del Mando.

PLM

Misión:

- Auxiliar al Mando
- Mantenimiento y entretenimiento del material de la Unidad (nivel 2 escalón)
- Administración de la Unidad
- Control de peticiones de recursos clase VIII
- Control de documentación clínica y administración de las bajas
- Clasificación y control de ayuda humanitaria.
- Instalación del PC, equipo quirúrgico
- Reconocimiento de zonas e itinerarios
- Escolta y camilleros de las células de Estabilización
- Transporte y evacuación de bajas
- Transporte del personal y medios de la Unidad
- Acondicionamiento de las instalaciones Equipo Quirúrgico
- Instalación eléctrica de emergencia para grupo electrógeno

EQUIPO QUIRÚRGICO

Misión:

- Cirugía de urgencia de bajas críticas que la precisen, previa a la evaluación para tratamiento definitivo.
- Estabilización y puesta en estado de evacuación bajas críticas
- Clasificación de bajas sanitarias post-tratamiento de emergencia
- Utilización de los medios diagnósticos de radiología y laboratorio de los que está dotada la Unidad.

EQUIPO DE ESTABILIZACIÓN.

EQUIPO DE VETERINARIA.

EQUIPO DE FARMACIA.

FUNCIONES LOGÍSTICAS

Es el conjunto de tareas y de métodos logísticos realizados por los Servicios Logísticos y orientados a una misma finalidad.

1. **PERSONAL:** Tiene por cometido la gestión y control de efectivos; la formación e instrucción del personal y el encuadramiento de unidades. También atiende al bienestar y a la moral del personal y sus familias.
2. **ADMINISTRACIÓN.** Desarrolla la obtención y gestión de los recursos financieros para satisfacer los gastos generados por la organización, instrucción, adiestramiento, sostenimiento y empleo de las fuerzas.
3. **ABASTECIMIENTO:** Le corresponde la obtención y distribución de todas las clases de recursos, así como el mantenimiento del flujo de los mismos para las fuerzas empleadas en una operación.
4. **MANTENIMIENTO:** Atiende al entretenimiento, reparación, evacuación y recuperación del material mediante el establecimiento de órganos e instalaciones móviles, o de permanencia variable en función de la situación o capacidades.
5. **TRANSPORTE:** Le corresponde la organización, regulación y ejecución de los traslados de personal y abastecimientos necesarios para apoyar una operación.
6. **ASISTENCIA SANITARIA:** Tiene por finalidad la conservación de la salud del personal y de los animales de interés militar, mediante la medicina

preventiva, y la recuperación de las bajas, a través del tratamiento y hospitalización.

Así mismo, esta función se ocupa de la asistencia veterinaria, bromatológica e inspección sanitaria de instalaciones.

Colabora con la función Personal, aportando sus capacidades para la selección de efectivos.

- A nivel operacional, desarrolla su labor en instalaciones semipermanentes o móviles para tratamientos médicos iniciales, hospitalización temporal y evacuación de bajas fuera del TO.
 - A nivel táctico, proporciona medicina preventiva, asistencia veterinaria, primeros auxilios, tratamientos urgentes y evacuación de enfermos y heridos.
7. OBRAS: Esta función se desarrolla fundamentalmente a nivel operacional y tiene por misión la construcción, rehabilitación y mantenimiento de la infraestructura necesaria y de las vías de comunicación del Teatro
8. ASUNTOS CIVILES: Le incumbe la creación y mantenimiento de las relaciones entre las fuerzas militares y las autoridades civiles del TO (Teatro de Operaciones) o la población de la zona con objeto de facilitar y apoyar las operaciones militares.

A continuación se describen las particularidades de una de las numerosas misiones realizadas por las Fuerzas Armadas Españolas, en concreto en Albania en 1997 , de la cual fui testigo presencial.

Misiones en el extranjero: Albania

Despliegue sanitario en la operación “Amanecer”

Introducción

El mandato recibido de la Resolución 1101, adoptada por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas el 28 de Marzo de 1997 en sesión 3758, por el que se autoriza una Fuerza Multinacional de Protección (FMP) en Albania, define, conforme al Capítulo VII de la ONU, una intervención de poca duración-tres meses prolongables por otros tres-, con la finalidad de proteger la distribución de ayuda humanitaria y de crear un entorno de seguridad que propicie la restauración del orden en el país. No se incluyen misiones de interposición, ya que no existen facciones enfrentadas ni fuerzas definidas y tampoco aparecen tareas policiales ni por supuesto de apoyo a fuerzas políticas de uno u otro signo.

El parlamento albanés aprueba la llegada de la FMP el día 30 de marzo y el consejo de ministros español decide la intervención de una fuerza militar el 4 de Abril de 1997.

Legionarios del IV Tercio, un Escalón de Apoyo Logístico y un Escalón Médico Avanzado, en total 343 hombres y 134 vehículos, embarcan el 9 de Abril de Málaga y el 22 de Abril, en una segunda oleada, desde Valencia, en cumplimiento por lo ordenado por el Estado Mayor del Ejército de Tierra, incorporándose a la zona de Shengjin dentro del despliegue de la Fuerza Multinacional de Protección

Según las previsiones efectuadas la operación se desarrolló en tres fases: la primera dedicada a la instalación y asentamiento de las fuerzas sobre unas bases estables en el entorno de Shengjin que está situada en las proximidades de Lezhe, en la región norte del país; una segunda de despliegue en zonas de segundo nivel y control de rutas seguras, en un área de cobertura muy extensa que incluía la populosa e inestable políticamente ciudad de Shkoder (Scutari) para proporcionar apoyo a la acción de las organizaciones humanitarias, para finalizar con el despliegue a partir del tercer mes.

El Grupo Táctico ha realizado 553 misiones de las cuales 154 fueron asignadas por el General Forlani, Jefe de la FMP, y 399 fueron efectuadas por necesidades propias operativas. Esta elevada cifra de misiones, en un plazo de tiempo tan reducido y siendo la unidad mínima que las desempeñaba de tipo sección, refleja la extraordinaria intensidad de esfuerzo realizado por

las tropas españolas. El recorrido en sentido sur-norte demandaba 3 horas y en sentido este-oeste de 6 horas. En todo momento se dispuso de un núcleo de reacción de 1.5 a 2 horas.

En la Resolución 1114 se produce la ampliación de 45 días y se asigna la misión de proteger a los observadores de la OSCE durante el desempeño de sus funciones y la supervisión del proceso electoral.

Las elecciones se desarrollaron en dos fases. En la primera vuelta (29 de Junio) se protegieron 29 equipos de la OSCE, con la siguiente distribución (11 Kukes, 13 Shkoder, 13 Lezhe, 2 Puke). En la segunda (6 de Julio) a 15 equipos (1 Kukes, 1 Lezhe, 13 Shkoder). Finalmente, el 13 de Julio, se prestó apoyo a 4 equipos desplazados a Puke, donde fue necesaria otra vuelta adicional para subsanar ciertas incidencias acaecidas previamente.

Despliegue sanitario

El Escalón Médico Avanzado del Ejército de Tierra (EMAT) y el Puesto de Socorro del Batallón constituyen las estructuras sanitarias desplazadas a Albania durante la operación “Amanecer”.

El EMAT consta de una célula quirúrgica (con dos cirujanos y un anestesista y un especialista en cuidados intensivos), un veterinario, una PMM y dos equipos de estabilización, cuyo objetivo es proporcionar con rapidez los cuidados necesarios para poner al herido en condiciones de evacuación y atenderlo durante su traslado, empleando incluso medidas de soporte vital.

Cada equipo dispone de un médico y un ATS que con el conductor y el radio completan el personal que se desplaza en una ambulancia blindada.

Estos equipos llevan a cabo la asistencia médica de urgencia y la evacuación en general y participan en las operaciones más peligrosas (patrulla de rutas, escolta de convoyes de ayuda humanitaria, tareas de desescombro etc), apoyando a los legionarios en las misiones encomendadas. Así se aseguró la libertad de movimiento en la carretera de Lezhe a Shkoder que antes estaba dominada por bandas de salteadores.

Respecto a los medios materiales, el EMAT se estructura en varios módulos con la siguiente distribución: un módulo de recepción y clasificación de bajas; uno de servicios donde se ubica el laboratorio, el aparataje radiológico y los medios de esterilización: un módulo quirúrgico compuesto por un quirófano dotado de medios similares a los de un hospital convencional;

otro de cuidados intensivos con camas y disponibilidad de monitorización, carro de paradas, nevera de sangre; y un módulo de hospitalización para el tratamiento de enfermos recuperables en zona de operaciones.

El día 24 de Mayo, en el TO; Servicio Médico de la FMP se configuró de acuerdo al siguiente despliegue:

- Una Unidad Quirúrgica Española en Shengjin.
- Una Unidad Francesa en Durres.
- Una Unidad Quirúrgica Italiana en Vlore.
- Una Unidad Quirúrgica Rumana en Gijrokaster.
- Una Unidad Quirúrgica Turca en Zall-Her.

De acuerdo con esta distribución se determinaron cuatro zonas de actividades MEDEVAC (Medical Evacuation):

- 1a zona, por encima de paralelo 41° 30'. Fue competencia médica de la Unidad Española.
- 2a zona, entre el paralelo 41° 30' y el paralelo 41° 00'. Asignada a la Unidad Francesa, la cual se constituyó con abastecimiento y mantenimiento de recursos, 1 unidad de veterinaria, 1 unidad administrativa y 1 unidad de tropa.
- 3a zona, entre el paralelo 41° 00' y el paralelo 40°20'. Su dependencia médica correspondió a la Unidad Italiana que dispuso de 1 equipo quirúrgico, 1 hospital de campaña .
- 4a zona, por debajo del paralelo 40° 20'. De cobertura sanitaria Rumana.

A finales del mes de Mayo, una unidad sanitaria belga fue enviada a la zona de operaciones y destacada en las proximidades de Rinnas, junto al destacamento Esloveno.

Durante toda la misión se cumplieron las normas, operativas de sanidad del MPFHQ mediante los siguientes informes y registros sanitarios (MEDSTORREQ, MEDSITREP, MEDASSESSREP, LOGASSESSREP, INITIALMEDREP, HELEVACREQ Y ADMITREP), lo que permitió actuar con eficacia y rapidez en las situaciones de gravedad que se generaron durante el conflicto.

El módulo quirúrgico del Emat en la operación “Amanecer”

El asentamiento de Grupo Táctico “Serranía de Ronda” se determinó, tras la decisión de una comisión de expertos desplazados con anticipación a la Zona de Operaciones, en una antigua residencia militar en la bahía de Shengjin. Esta población costera se caracteriza por la presencia de un extensa playa, muy arenosa, surcada de bunkers y alberga una base naval no operativa, en un puerto comercial y una industria conservera, lo cual refleja la importancia estratégica y económica de dicho enclave.

El módulo quirúrgico se acondicionó en la planta baja de un viejo edificio de dos plantas y se distribuyó en tres habitaciones contiguas, cada una de las cuales dedicadas a: quirófano, servicios de diagnósticos y veterinaria, y UCI.

El quirófano se ubicó en una sala amplia que debido a su abandono y deterioro precisó de una limpieza escrupulosa y exhaustiva que incluyó además la desinsectación, desinfección y desratización, labor desempeñada por el equipo de veterinaria. Todas las habitaciones fueron pintadas y se revisó y adecuó a las nuevas necesidades la precaria instalación eléctrica existente. La pared frontal de la sala quirúrgica tenía amplios ventanales mal aislados del exterior, por lo que se colocó un grueso plástico fijado a la pared y cubriendo los cristales, lo cual evitó la entrada de aire y partículas de polvo o arena. Esta precaución también se adoptó en la UCI.

El material sanitario que se desplegó en el interior del quirófano por el adiestrado personal de EMAT consistió fundamentalmente en : un carro de anestesia, botellas de gases anestésicos, bombas de perfusión, monitores (ECG, desfibrilador, PA, pulsioxímetro y capnógrafo), mesa de operaciones, lámpara quirúrgica, aspiradores de secreciones, suturas quirúrgicas, bisturí eléctrico, instrumental quirúrgico, material de curas, material de sondajes y vías, material fungible, sábanas y paños estériles.

El instrumental de mayor volumen-como el carro de anestesia, la mesa y la lámpara de quirófano-era desmontable y fue transportado en contenedores modulares. El diseño de la mesa de operaciones correspondía a un modelo de gran versatilidad.

Todos los aparatos mencionados era autónomos (batería interna), a excepción del bisturí eléctrico.

El instrumental quirúrgico fue reesterilizado y clasificado en varias cajas, en función del tipo de intervención y de las técnicas quirúrgicas hipotéticamente

más previsibles, con el fin de agilizar y simplificar el manejo del herido en situaciones de extrema gravedad.

Dadas las deficientes condiciones higiénico-sanitarias del local seleccionado y ante la imposibilidad de disponer de instalaciones más adecuadas se improvisó un lavabo quirúrgico mediante dos depósitos de agua (duchas de campaña)

La esterilización del material y la realización de radiografías se llevó a cabo en la habitación contigua destinada a Servicios. En total se realizaron 117 placas.

Se dispuso de dos autoclaves de 21 l. de capacidad y dotados de un depósito interior de agua de llenado manual, lo cual supuso una considerable ventaja respecto a los autoclaves con toma exterior. Igualmente útil fue la presencia de un pequeño autoclave eléctrico que permitió esterilizar con mayor rapidez y comodidad, aunque con la limitación de su menor volumen.

El aparato de radiografías era un modelo portátil acoplado a una mesa, y el revelado se realizó en una tienda de campaña diseñada como cuarto oscuro. La toma de agua de la reveladora se realizó a partir de un depósito sobreelevado. Las altas temperaturas estivales aceleraron la degradación de los líquidos a 20 en lugar de 30 días.

Una analizador de bioquímica de tiras reactivas (Reflotrón) permitió las determinaciones sanguíneas más básicas (amilasa, bilirrubina, colesterol, HDL, colesterol, CK, creatina, GCT, AST, ALT, glucosa, potasio, sodio, amilasa pancreática, triglicéridos, urea y ácido úrico). Se indicaron 67 estudios analíticos a lo largo de la misión.

La sangre, como recurso crítico, es necesaria para una asistencia sanitaria integral y por sus particulares características exige unos canales de suministro y un almacenamiento determinados.

Basándose en anteriores experiencias se estableció como adecuada una reserva mínima de 30 unidades de concentrados de hematíes, distribuidos en 20 unidades de o-, 10 unidades de o+ y 10 unidades de A+.

En el traslado de las tropas desde el territorio nacional a la zona de operaciones, el EMAT llevaba como dotación 20 unidades de concentrados de hematíes (10 unidades de o- y 10 unidades o+). Esta cantidad se determinó ante las limitaciones existentes, al tener que depender exclusivamente de nuestros propios medios de transporte refrigerado.

Una vez desplegado el Grupo Táctico en Albania se recibieron 10 unidades semanales, suministradas por el Servicio Central de Hemoterapia de las FAS (Hospital Central “Gómez Ulla”) a través de la estafeta militar: En el EMAT, estas unidades se trasvasaban a unas neveras similares a las usadas para el transporte, en las que el sistema de refrigeración se mantuvo a través del suministro eléctrico garantizado por las disponibilidad de grupos electrógenos.

En total se dispuso en zona de 99 unidades de concentrados de hematíes, distribuidos en 23 unidades de o-, 49 unidades de o+ y 27 unidades de A+. Dado que no fue necesario transfundir ninguna unidad, una vez obtenida la reserva establecida, se entregaban semanalmente 10 unidades (las que reponía el envío desde el territorio nacional) al hospital de Lezhe, lo que representó una inestimable aportación para dicho centro sanitario.

Durante el desarrollo de la misión se precisó de ninguna intervención quirúrgica con anestesia general o regional, realizándose únicamente intervenciones con anestesia local que incluyeron: 14 heridos incisocontusas y 6 extirpaciones de quiste y tumores dérmicos.

Las urgencias odontológicas has supuesto la causa más importante de baja para el servicio dentro de los integrantes del contingente español.

Dada la presencia de un cirujano maxilofacial dentro del módulo quirúrgico fue posible la realización de exodoncias dentarias y el tratamiento de la patología de las articulación temporomandibular así como litiasis de glándulas salivares.

La patología detectada comprendió: odontalgias (32 casos), infección odontogénica (2 celulitis, 3 flemón-abscesos, 3 pericoronaritis), quistes radiculares (3 casos), parotiditis y submaxilitis (4 casos), aftas orales (4 casos), disfunción de la articulación temporomandibular (5 casos).

El dispensario médico de Shengjin



Inicialmente durante el periodo en que se desarrolló la Operación “Amanecer”, la atención sanitaria militar se centró en nuestro propio contingente si bien se prestó apoyo a las personas civiles, cuando y donde era posible. Empezaron a llegarnos personas enfermas o heridas y el equipo médico las recibía, como es natural. Pero la voz corrió de inmediato y decenas de personas llegaban para ser atendidas. Muchas de ellas incluso se desplazaban desde grandes distancias lo cual, agravado por la nefasta red de carreteras, suponía varias horas o días para completar el trayecto.

A partir del momento en que la instalación de la fuerza se hizo sobre unas bases estables en el área de despliegue y paralelamente al apoyo a la acción de las organizaciones humanitarias, que al principio llegaban con cuentagotas, se amplían nuestras prestaciones.

Ante la ausencia de incidentes graves que afectaran a nuestros hombres, a los miembros del EMAT dirigidos por el comandante Guiote nos era imposible inhibirnos ante las carencias de esta gente. De esta forma terminamos organizando un consultorio situado frente al acuartelamiento el día 28 de Abril. Dicha instalación, colindante con una capilla, fue cedida amablemente por unas monjas de la congregación del Sagrado Corazón de Jesús.

La omisión intencionada o los casos graves de negligencia, como abandonar a personas sin prestarles asistencia, van en contra de los principios de la ética médica y contra los deberes del médico en el ejercicio de su profesión, tanto en tiempo de guerra como de paz, pero en este caso se trataba de dar un paso más y de implicarse en esta realidad social. En definitiva, se trataba de ayudar...

Esta acción fue criticada inicialmente, al exceder el mandato 1101 de la ONU pero con el tiempo fue aplaudida y presentada como ejemplo para otros batallones. Además tuvo indirectamente su papel de estrategia militar, ya que conseguimos el respeto y la confianza de la población albanesa hacia nuestras tropas. La prensa local no olvidaba la ayuda que el ejército español, como representante de nuestro pueblo, ofrecía a los enfermos.

El personal facultativo que realizó esta misión estaba constituido por dos oficiales médicos y un oficial DUE, que por turnos y al margen y sin detrimento de sus obligaciones como integrantes de los servicios sanitarios del Grupo Táctico, acudían diariamente de 9 a 14 horas, de Lunes a Sábado.

Se dispuso de dos intérpretes albaneses que nos auxiliaban en la traducción. En nuestro afán de integrarnos y de transmitir confianza y tranquilidad a nuestros nuevos pacientes, entre inspección y auscultación, muchos aprendimos lo suficiente de la lengua albanesa para poderles entender.

Los problemas más comúnmente observados derivaban de la extrema pobreza, de las malas condiciones higiénicas (falta de agua potable, electricidad) y de la precariedad de existencias para cubrir las necesidades básicas y la atención médica. En Albania la infraestructura sanitaria es obsoleta y apenas se dispone de material de primera necesidad. Los médicos operan prácticamente sin instrumental y sin honorarios, En los hospitales reina el caos y el aspecto es deplorable, la suciedad y el moho escalan las paredes de las habitaciones y las gallinas picotean en los vertederos de basura cercanos a las dependencias médicas. Esta vivencia en la Europa de nuestros días nos traslada a los sanatorios antituberculosos de comienzos del siglo.

Dentro de la patología infantil hemos advertido una elevada incidencia de infecciones de vías respiratorias altas, de parásitos intestinales y de deficiencias nutricionales, particularmente en lactantes. Gracias a la colaboración del Servicio de Pediatría del Hospital “Gómez Ulla” y a otras aportaciones privadas que atendieron nuestras peticiones pudimos subsanar con papillas y medicación infantil la situación de nuestra “guardería”.

En la población adulta detectamos muchos casos de hipertensión arterial, litiasis renal, bocio y enfermedades crónicas descompensadas (bronquitis crónica, insuficiencia cardiaca). Los médicos del EMAT hemos acuñado el término de “síndrome de Albania”, para designar una asociación de síntomas que incluye cefalea, lumbalgia, tristeza, palpitaciones y nerviosismo, que

padecen muchos hombres y mujeres de esta tierra y que denota los trastornos psicológicos y depresivos que le atenazan como fiel reflejo de la realidad de un país donde la falta de poder de las instituciones ha sido sustituida por una violencia popular anárquica.

Se han visto además entidades sumamente raras como es el caso de una paciente con lepra y varios niños con deformidades faciales no corregidas quirúrgicamente.

Para finalizar, y no por menos infrecuentes, conviene citar las múltiples secuelas traumatológicas, fundamentalmente en heridas por metralla y armas de fuego que han afectado a varones jóvenes, incluso adolescentes y niños, víctimas de mutilaciones traumáticas de miembros por el manejo imprudente de artefactos explosivos. Las razones de esta siniestralidad se arrastran desde comienzos del conflicto. Debido al saqueo a que fueron sometidos los cuarteles y los depósitos de armamento del país está sin control una ingente cantidad de armas de todo tipo y de artefactos explosivos como las tristemente célebres minas terrestres. Aunque se ha centrado la atención en las minas terrestres, en numerosas situaciones la artillería sin explotar (UXO) es un legado mortal como las propias minas. No obstante, a diferencia de otras misiones como la de Bosnia, donde se tenía la noticia de la existencia de campos de minas, a menudo destinada a mutilar, y que producían un innegable impacto psicológico en el enemigo, en este territorio tienes preponderancia las armas individuales como el AK-47 (fusil de asalto *khalasnikov*) o su versión modernizada, AKM, sin olvidar la pistola Tokarev y otros muchos artefactos muy peligrosos en manos inexpertas.

Conviene destacar la existencia de bandas armadas formadas por clanes mafiosos que mantienen estas armas para intimidar a la población o para la realización de actos terroristas.

La experiencia personal en la atención médica de esta población tan necesitada ha sido muy enriquecedora en el plano humano. La estadística, siempre fría y calculadora, no resta ni un ápice la dosis de solidaridad y humanismo que se ha inyectado con generosidad, no sólo por los médicos sino por todos los soldados españoles.

El número de pacientes civiles atendidos en el “seguro de Shengjin” fue de 150 en el mes de abril, que alcanzado los 1.125 en Mayo y 1.250 en Junio, para cubrir con 700 en el mes del despliegue.

Lógicamente nuestra capacidad ha sido limitada para satisfacer todas las demandas recibidas, fundamentalmente en la vertiente quirúrgica y de la hospitalización, ya que la atención de nuestras tropas precisaba la disponibilidad de estos servicios de manera permanente. Dos pacientes con un infarto agudo de miocardio y con una angina de pecho, recibieron atención médica en la unidad de cuidados intensivos, siendo evacuados a hospitales locales una vez sobrepasada y controlada la situación de emergencia. Además fueron tratados a España nueve niños para un estudio y posterior tratamiento. Entre ellos, un niño con una grave dolencia cardíaca y varios casos de sordera y de distrofia muscular.

Por otro lado, gracias a la labor de desinfección, desinsectación y desratización efectuada por el equipo de veterinaria y a la información e instrucciones higiénicas generales (cloración de aguas, etc) se ha contribuido a paliar las malas condiciones derivadas del hacinamiento y de la presencia de roedores y parásitos.

El grupo Táctico “Serranía de Ronda”, bajo el mandato del Teniente Coronel Alonso Marcili se ha destacado, además de por su ejemplar profesionalidad y comportamiento en la misión de mandamiento de paz en Albania, por la protección a los observadores de la OSCE en las pasadas elecciones y particularmente por su eficaz e intensa actividad humanitaria.

Los soldados del Escalón Avanzado Logístico y los legionarios del IV Tercio, a través de sus familias y de muchas gestiones realizadas a nivel personal, han colaborado junto con las organizaciones no gubernamentales y con el Ministerio de Defensa en el suministro de medicamentos y material sanitario, sin el cual no se hubiera podido mantener la asistencia médica a la población ni dotar de medios a los hospitales.

Las monjas de Shengjin han vuelto a escribir esta semana “desiderano sapere si e possibile o no ainitare il piccolo bambino del labbio leporino” (se trata de un niño de dos años con labio leporino que todavía no ha sido intervenido quirúrgicamente). Desde allí nos ruegan que hagamos las gestiones necesarias para acabar con el sufrimiento y la angustia de sus padres (año 1997). Y es el caso de la Operación “Amanecer” ha llegado en su faceta militar, pero ha abierto un camino de solidaridad y esperanza en el que confiamos que todos nosotros, los países y las organizaciones no gubernamentales nos involucremos con generosidad.

El paciente con traumatismo maxilofacial

La cara constituye una encrucijada anatómica que además de albergar las primeras estaciones de cuatro de los cinco sentidos que nos relacionan con el entorno y la porción inicial de los conductos digestivo y respiratorio, define de manera primordial la identidad de cada ser humano y es fiel reflejo de su estado anímico. No es de extrañar por ello que cualquier deformidad estética o alteración funcional en esa región del cuerpo, pueda convertirse en motivo constante de preocupación, hipotecando incluso en algunos casos las posibilidades laborales de una personal.

La relevancia del traumatismo facial en el contexto del politraumatizado tiene tres vertientes:

1. La importancia del traumatismo facial en sí, como amenaza vital para el paciente.
2. El protagonismo que adquieren las lesiones faciales del politraumatizado en la sala de urgencias por su espectacularidad y tendencia a la hemorragia en un territorio altamente vascularizado, acaparando con frecuencia las primeras atenciones que en muchos casos deberían ir dirigidas al diagnóstico y tratamiento de traumatismos asociados (craneal, torácico, ortopédico y abdominal), que son los que más comúnmente van a determinar el pronóstico vital del paciente.
3. La responsabilidad del médico que atiende a un traumatizado facial, una vez sobrepasada la amenaza vital, es la de restaurar correctamente su aspecto y/o función minimizando las secuelas estéticas y funcionales.

Actualmente en campaña, el tratamiento quirúrgico de estos traumatismos se realiza en el Tercer Escalón, es decir, en el Hospital de Campaña, y es realizado por cirujanos Maxilofaciales. El triaje y preparación pueden ser realizados en el Segundo y Tercer Escalón por Oficiales Odontólogos con conocimientos en el manejo del traumatismo maxilofacial y cuya labor puede tener una influencia significativa en el pronóstico de estos pacientes.

Evacuación y transporte



La evacuación ágil y rápida, realizada por equipos de Estabilización convenientemente adiestrados, es fundamental para la preservación de la vida de los pacientes con traumatismo maxilofacial severo.

Es preciso asegurar la ventilación respiratoria y la estabilidad hemodinámica del paciente, de manera que puedan establecerse prioridades de tratamiento.

La humedad relativa disminuye con la altitud. La deshidratación es un problema en pacientes inconscientes, traqueostomizados o aquellos que requieran humidificación del aire u oxígeno para aclarar y fluidificar secreciones respiratorias.

Prevención de la obstrucción respiratoria.

Las causas de obstrucción respiratoria son:

- Sangrado en alguna parte de la vía aérea.
- Cuerpos extraños: fragmentos de dientes, huesos o prótesis.
- Prolapso de la lengua contra la pared posterior de la pared faríngea, particularmente si se le priva del soporte anterior mandibular.
- Edema. Las heridas perforantes de la base de la lengua son particularmente peligrosas a este respecto. El edema de la orofaringe y de la laringe puede comprometer igualmente la permeabilidad de la vía aérea.
- Laceración del paladar blando y de otras partes de la boca que contribuyen a la obstrucción mecánica de la vía aérea.

- El nivel de conciencia del individuo puede desempeñar un papel de similar importancia al de los factores mecánicos como causa de la obstrucción respiratoria en el manejo de la vía aérea en las heridas maxilares.

Existen situaciones, en las que a pesar de una destrucción orofaríngea extensa, si el paciente mantiene un buen estado de conciencia, puede no conllevar un problema en la vía aérea.

Como contraste en aquellas situaciones, donde un paciente inconsciente no obtiene una atención inmediata puede ocurrir la pérdida de la vida a pesar de una obstrucción mecánica relativamente menor.

El manejo de la vía aérea debe ser sistemático y en la siguiente secuencia:

1. Reconocer la obstrucción de la vía aérea mediante un examen clínico que incluya la exploración de la movilidad mandibular, el tamaño y la movilidad de la lengua, el estado de la dentición, la estabilidad del tercio medio facial, la cantidad y viscosidad de las secreciones y la presencia de la hemorragia y de cuerpos extraños en la cavidad orofaríngea.
2. LIMPIEZA DE LA VÍA AÉREA de cuerpos extraños (coágulos, fragmentos dentales y óseos, etc.) que pudieran ser fuentes potenciales de aspiración u obstrucción de la vía aérea. Puede ser necesario utilizar un tubo de Guedel para asegurar la permeabilidad al flujo aéreo.
3. EVALUAR LA POSICIÓN DEL PACIENTE para minimizar el esfuerzo respiratorio en relación con su estado de conciencia, una posible lesión de columna cervical y con fracturas concomitantes del macizo facial (tercio medio y mandíbula).

Si el paciente tiene un nivel de conciencia disminuido, la posición adecuada será decúbito lateral, para evitar el desplazamiento de la lengua hacia atrás (glosoptosis que puede ser facilitada por la existencia de fracturas mandibulares. La posición de semipronación de la cara hacia abajo (face-down) es la que un paciente consciente adoptará espontáneamente.

La obstrucción de la vía aérea resultante del desplazamiento posterior de la lengua puede ser aliviada con diversas maniobras, mediante la manipulación de la mandíbula, desde la parte posterior de la rama o desde la sínfisis. La tracción de la lengua se realiza mediante una sutura pasada transversalmente a través de su parte posterior.

Intubación endotraqueal

Esta técnica está indicada cuando la permeabilidad de la vía aérea está amenazada y no solo salva vidas en una situación de emergencia sino que además facilita el transporte del herido y el control de la hemorragia orofaríngea, al permitir la colocación de un taponamiento faríngeo.

En general, es preferible realizar una intubación endotraqueal en primera instancia, antes que una traqueotomía bajo condiciones adversas.

Los Cuerpos Médicos israelitas en 1996 adoptaron la política de intubación endotraqueal prolongada en preferencia de la traqueotomía.

Si la obstrucción de la vía aérea es completa y la intubación imposible, el manejo de la vía aérea requiera la realización de una traqueotomía.

Traqueotomía

Las referencias más antiguas aparecen en un libro hindú (Rig Veda) y en manuscritos egipcios. Lorenz Heister introdujo el término en traqueotomía en 1718 y Negus sugirió el traqueostomía en 1938. Sin embargo fue Chevalier Jackson el que desarrolló un estudio sistemático y de gran refinamiento quirúrgico sobre esta técnica, que desde entonces se extendió y popularizó, siendo insustituible en muchas circunstancias, para el manejo de la vía aérea.

En la Segunda Guerra Mundial las Unidades Maxilofaciales realizaron un número relativamente bajo de traqueotomías. En Vietnam, las traqueotomías llevadas a cabo en pacientes con traumatismos faciales oscilaron desde un 14.3% hasta un 17%. Awty y Banks desaconsejaron el uso de esta técnica de forma rutinaria por la gran morbilidad que conlleva en circunstancias de campaña.

Lindholm comparó la intubación endotraqueal prolongada con la traqueotomía en una larga serie de pacientes y observó una menor incidencia estenosis traqueales en los primeros.

En la actualidad y con la experiencia acumulada en las recientes confrontaciones bélicas, se pueden establecer las siguientes indicaciones de traqueotomía de campaña:

- a) Obstrucción postraumática de la vía aérea superior causada por edema de partes blandas, hemorragia o fractura desplazada de maxilar y mandíbula.
- b) Facilitar el acceso quirúrgico a procedimientos que exigen fijación intermaxilar o abordajes combinados de la región nasoesfíndoorbitaria y maxilar inferior.
- c) El paciente donde se precisa una ventilación mecánica prolongada.
- d) Para asegurar un postoperatorio seguro y cómodo después de una reparación quirúrgica compleja.

Técnica quirúrgica: El paciente es colocado en hiperextensión cervical y decúbito supino (en ocasiones debe hacerse semisentado al no ser tolerado el decúbito). Se practica una incisión horizontal a dos centímetros por encima del manubrio esternal, separando la musculatura prelaríngea hasta llegar al istmo tiroideo, que en ocasiones se liga y secciona. A continuación se hace una abertura de la ventana traqueal a nivel 2º o 3º anillo y se coloca una cánula con balón.

Cricotiroidotomía

También denominada coniotomía, laringotomía intertiroidea o traqueotomía superior o alta, fue descrita por Vicq d' Azyr en 1805. Tandler depuró su técnica quirúrgica en 1916. Este procedimiento cayó en desuso durante más de 50 años debido a la popularidad de la traqueotomía. A partir de 1976, con los estudios Brantigan y Grow, basados en más de 655 pacientes, volvió a rescatarse como técnica de excepcional interés en situaciones de emergencia.

Las indicaciones potenciales de la cricotiroidotomía son similares a las de la traqueotomía, con las siguientes ventajas adicionales:

1. Rapidez de la ejecución. Puede realizarse en menos de dos minutos, lo que hace de esta técnica una candidata ideal en situaciones de emergencia, especialmente en pacientes con obesidad, cifosis cervical o sospecha de afectación medular.
2. No requiere conocimientos anatómicos extensos, por lo que este procedimiento puede ser realizado con seguridad y eficacia por personal paramédico con instrumentación básica.

3. La tasa de complicaciones es muy baja y generalmente no influenciada por la urgencia del procedimiento. Únicamente la estenosis laríngea (1,2%) sigue siendo la complicación más temida.
4. Buen resultado estético de la cicatriz.

Este procedimiento quirúrgico es realizado con el paciente bajo anestesia local o general. No se precisa de hiperextensión cervical.

Una vez identificadas la estructuras de referencia se lleva a cabo una incisión horizontal de aproximadamente 2 cm sobre la membrana cricotiroides y en la posición inmediatamente adyacente al borde superior del cartílago cricoides, para evitar la sección de la rama cricotiroides de la arteria tiroidea superior, que discurre transversalmente en la extensión superior de dicha membrana.

La incisión interesa a la piel, el tejido celular subcutáneo, la laminilla superficial de la fascia cervical profunda y el ligamento cricotiroides, junto a los músculos cricotiroides en la posición lateral. A continuación y bajo visión directa se inserta un tubo de traqueotomía de 6-8 mm. Esta técnica también puede ser realizada mediante punción.

Manejo de la pérdida sanguínea y tratamiento del shock

Una vez descartado el compromiso de la vía aérea, la atención debe encaminarse a cohibir la hemorragia, con frecuencia muy copiosa, y no siempre acorde con la magnitud de las lesiones faciales. La cara es un territorio altamente vascularizado, y cualquier herida o fractura por pequeña que sea, puede sangrar profusamente.

Las hemorragias procedentes de las heridas ceden generalmente mediante compresión (digital, gasa, apósito o vendaje). Si se evidencia un vaso arterial o venoso relevante que sangra en el borde de la herida, se debe proceder a la hemostasia mediante pinza mosquito y ligadura.

Las epistaxis secundarias a las fracturas nasales e incluso a las fracturas del tercio mediofacial son habitualmente autolimitadas y deben ser controladas con un taponamiento nasal anterior con gasa de borde de vaselina o impregnada en pomada antibiótica. Si no es suficiente, se añadirá un taponamiento posterior.

En ciertos casos de hemorragias muy importantes pueden estar indicadas la ligadura electiva de los vasos arteriales: arteria temporal superficial, arteria facial o arteria carótida externa.

Se debe considerar el manejo del shock en el tratamiento de todos los pacientes politraumatizados. La forma más común de shock secundario a un traumatismo maxilofacial es el shock hipovolémico.

El tratamiento consiste en la perfusión de los órganos vitales y en la oxigenación tisular mediante la adecuada ventilación, fluidoterapia, transfusiones, etc.

La prevención del shock o su tratamiento precoz constituyen el mejor tratamiento para evitar el daño orgánico que puede conducir a un estado irreversible de shock o a la muerte.

Control de la infección

Los ejércitos, en campaña, son presa fácil de las infecciones, por las malas condiciones de la vida, la deficiente higiene y el hacinamiento en que se desenvuelven.

En los traumatismo maxilofaciales se deben aplicar sistemáticamente una adecuada cobertura antibiótica (Penicilina, Cefalosporinas de 1ª generación, Clindamicina, Metronidazol) y una profilaxis antitetánica, en función de las características de la herida y del estado inmunitario del herido. En las guerras modernas el personal militar normalmente está inmunizado contra el tétanos.

Control del dolor y disconfort

Sorprendentemente los heridos maxilofaciales presentan poco dolor, pero el disconfort es considerable. Es extremadamente importante evitar analgésicos potentes ya que pueden deprimir el nivel de conciencia y la respiración, y por tanto incrementar el riesgo de obstrucción en la vía aérea.

Se debe minimizar el disconfort en los estadios iniciales en los que el paciente se encuentra exhausto por los esfuerzos realizados para mantener la vía aérea permeable.

La limpieza bucal, la fijación temporal de los trazos de fractura en los maxilares, la aspiración de secreciones y la administración de fluidos intravenosos son de gran importancia en el cuidado inicial del paciente.

Datos que debe incluir la documentación médica

- Fecha del traumatismo.
- Causa de la herida (accidente de tráfico, tipo de arma y calibre, etc.).
- Descripción de la herida. El mejor método es mediante diagramas que recojan las laceraciones de tejidos blandos, pérdida de sustancia y orificios de entrada y salida de proyectiles. Los detalles de las fracturas del esqueleto facial y los métodos de fijación temporal o permanente también pueden ser representados mediante esquemas.

Características específicas de la evaluación del traumatismo maxilofacial

Las prioridades inmediatas en el manejo de las bajas por traumatismo maxilofacial son la vía aérea, la hemorragia y el estado hemodinámico. Una vez que el paciente ha sido trasladado desde la unidad sanitaria donde se ha realizado el tratamiento quirúrgico primario, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones previas a la evaluación definitiva:

1. Se debe mantener al paciente afebril, sin evidencia de infección activa, confortable y con una dieta adecuada por vía oral.
2. Si se ha realizado un bloqueo intermaxilar y no hay suficiente espacio a su través, que permita la autoevacuación del contenido gástrico regurgitado, se deben proporcionar los medios para su urgente retirada (v.g.: tijeras o cortaalambres alrededor del cuello del paciente).
3. Los taponamientos nasales o endosinuales así como los drenajes, con su fecha de colocación, deben ser claramente identificados.
4. Los catéteres intravenosos deben ser de un tipo de polietileno flexible, y estar bien asegurados y etiquetados con el tamaño y la fecha de emplazamiento.
5. Los tubos y las cánulas de traqueotomía deben corresponder al tamaño adecuado y deben estar bien fijados a la piel. Se debe respetar la adecuada humidificación, especialmente en caso de aeroevacuación.
6. Control de la sonda nasogástrica en vuelo.
7. Valorar la posibilidad de evacuación en caso de fístula de líquido cefalorraquídeo.

Se debe reflejar por escrito la medicación administrada con particular definición de la sueroterapia, antibióticos, analgésicos, antieméticos, taponamientos, drenaje, tubos y dieta.

Manejo de los traumatismos maxilofaciales

Heridas faciales simples

Tras haber superado la situación de urgencia vital, el cierre primario puede haber sido diferido, ya que es posible que la propia herida sea utilizada como abordaje para la reducción y fijación de la fractura. Así se puede haber realizado una sutura provisional para cohibir la hemorragia y para evitar la contaminación de una herida abierta antes de la evacuación del paciente.

Toda herida en campaña se considera herida contaminada, por lo que se habrá realizado profilaxis antitetánica y cobertura antibiótica.

Las laceraciones tipo scalp precisarán de cierre provisional con sutura de seda de 2/0 junto a vendaje compresivo para controlar el sangrado.

Conviene que las heridas suturadas vayan cubiertas con un apósito de gasa vaselinada durante las siguientes 24–48 horas para evitar que se interpongan costras en los bordes. Los puntos cutáneos se retiran entre 4-6 días y se sustituyen por bandas adhesivas (Steri-strips) para disminuir la tensión. Para conseguir una buena adherencia, se limpiará bien la periferia de la herida y se aplicará sobre ella un adhesivo cutáneo hipoalergénico (Nobecutan).

En todas las heridas intraorales se recomiendan colutorios frecuentes con suero fisiológico, desde el día siguiente al de la sutura.

Traumatismos dentoalveolares

Los traumatismos dentales pueden variar desde una simple afectación del esmalte hasta la avulsión del diente fuera del alvéolo. Su tratamiento se realizará por un especialista. El pronóstico de la vitalidad y conservación del diente dependerá del tratamiento precoz.

En la avulsiones dentarias de dientes permanentes se realiza lavado del diente con suero fisiológico y reposición precoz en el alvéolo junto a ferulización del diente con alambre y composite. Las avulsiones de dientes temporales no requieren tratamiento.

El tratamiento de las fracturas de la apófisis alveolar consiste en la reducción de la fractura y su ferulización con alambre (Erich).

Fracturas de mandíbula

Se producen con mayor frecuencia en zonas desdentadas y en las áreas más débiles estructuralmente, como la región subcondilar y las zonas distales del cuerpo mandibular.

Se pueden clasificar de acuerdo a la dirección del trazo fracturario, a las posibilidades de tratamiento, a su localización, y a las características del tipo de fractura.

Digman y Natvig las clasifican de acuerdo con la localización en:

- Fracturas sinfisarias y parasinfisarias
- Fracturas caninas
- Fracturas del cuerpo de la mandíbula
- Fracturas del ángulo de la mandíbula
- Fractura de la rama mandibular
- Fractura de la apófisis coronoides
- Fracturas de la zona subcondílea
- Fracturas alveolares, con algún diente insertado o sin él. Pueden aparecer asociadas con otras fracturas mandibulares.

Su tratamiento requiere reducción de la fractura en oclusión mediante bloqueo intermaxilar intraoperatorio e inmovilización mediante osteosíntesis semirrígida con miniplacas y tornillos o fijación rígida (placas DCP, EDCP tornillo de tracción, etc.)

En fracturas altas del cóndilo mandibular se prefiere realizar tratamiento conservador con mecanoterapia (apertura y cierre bucal) y dieta blanda si existe buena oclusión. En caso de maloclusión, se mantiene un bloqueo intermaxilar durante 7-10 días .

Fracturas de maxilar superior

Descritas en 1901 por René Le Fort. Su clasificación, según las líneas de fractura, se sigue utilizando en la actualidad:

- Le Fort I: Fractura horizontal del maxilar con fragmento libre formado por el paladar y la apófisis alveolar.
- Le Fort II: Fractura piramidal. Se extiende desde la raíz nasal hasta la apófisis pterigoides siguiendo un trazo oblícuo a través de la porción interna del reborde infraorbitario y de la tuberosidad del maxilar.
- Le Fort III: Disyunción craneofacial completa. Sigue un trazo horizontal en la unión del tercio medio y superior faciales.

Manson describió la fractura Le Fort IV cuando el trazo de fractura involucra el hueso nasal.

Su tratamiento quirúrgico se realiza mediante amplios abordajes para hacer la reducción e inmovilización mediante fijación rígida (osteosíntesis con alambre y miniplacas de titanio) en los pilares mediofaciales tras conseguir una correcta oclusión dentaria con el bloqueo intermaxilar.

Fracturas nasales

Se clasifican según su mecanismo de producción (intensidad y dirección del impacto) en:

- Fracturas por traumatismo frontal. Existirá desde una forma mínima de afectación de la extremidad distal de los huesos propios hasta una fractura en libro abierto con hundimiento de la pirámide nasal y fractura–luxación septal.
- Fracturas por impacto lateral. Desde hundimiento de una vertiente ósea nasal, generalmente su extremo distal hasta una fractura–luxación con desviación lateral nasal evidente y palpable.

Sus indicaciones quirúrgicas son la deformidad estética y la afectación funcional de la respiración nasal.

Pueden tratarse con reducción cerrada, mediante presión digital o con colocación de algún instrumento que actúe como elevador del fragmento luxado (elevador de Polloc–Dingman, mango de bisturí). Otros instrumentos usados para la reducción de los huesos nasales son las pinzas de Ash para las fracturas septales y el fórceps de Walsham para los huesos propios.

En las fracturas que presentan una mayor conminución se requiere una estabilización adicional con un taponamiento endonasal y ferulización externa metálica, acrílica o de yeso.

El taponamiento nasal se mantiene un periodo de 2 a 7 días, dependiendo del grado de inestabilidad que presente la fractura. Durante este proceso es necesaria una cobertura antibiótica.

En caso de fracturas impactadas que no responden a reducción cerrada, de fracturas inestables con pérdida de altura del tabique y de fracturas conminutas con pérdida de soporte nasal que requieran la colocación de injertos, está indicada la reducción abierta.

Fracturas orbitocigomáticas (malar)

El hueso malar tiene una posición prominente en el esqueleto facial, lo que le hace muy susceptible de sufrir lesiones en los traumatismos de la cara. Constituye el “parachoques” lateral mediofacial.

Son frecuentes las lesiones oculares asociadas debido a la acción directa del propio agente traumático o como consecuencia de la fractura orbitaria.

Para su clasificación se utiliza el sistema definido por Manson (1990), basado en el grado de segmentación y el desplazamiento del malar detectados en cortes axiales y/o coronales en TAC y que están en relación con la magnitud de la energía transmitida en el impacto sobre el pómulos. Las fracturas orbitomales así descritas se clasifican en fracturas de baja, media y alta energía.

Para su tratamiento se hace una reparación temprana en un estadio. Aunque en algunos casos es suficiente una reducción cerrada (Gancho de Ginestet), generalmente se precisa de una exposición de los focos de fractura mediante el empleo de amplios abordajes quirúrgicos (coronal, subciliar, fondo vestibular), reducción anatómica y fijación rígida de las mismas (osteosíntesis alámbrica o con miniplacas de titanio) y con cierta frecuencia el uso de injertos para la reconstrucción del suelo, paredes o rebordes orbitarios.

Fracturas y heridas por arma de fuego

Los principios de su tratamiento son extensivos a todas aquellas fracturas complejas con gran pérdida tisular en heridas penetrantes. El abanico de lesiones depende de factores balísticos (tipo de arma, mina antipersonal, etc.), tisulares y locales, dando lugar a heridas penetrantes, perforantes o avulsivas.

Una vez asegurada la vía aérea, generalmente mediante traqueotomía, y controlada la hemorragia el tratamiento incluye desbridamiento de los tejidos desvitalizados y reconstrucción primaria definitiva en los tercios medio y superior de la cara, incluyendo injertos óseos y colgajos osteocutáneos o miocutáneos, pediculados o libres, para las pérdidas tisulares y fijación rígida interna de las fracturas.

En el tercio inferior se habrá procurado un cierre adecuado de la cavidad oral y aproximación de los bordes cutáneos en el primer tiempo, y en un segundo tiempo, tras diversos desbridamientos y asegurado el cierre de la cavidad oral se realiza la reconstrucción mediante colgajos locorreregionales con injertos óseos o bien con transferencia tisular mediante técnicas microquirúrgicas.

Minas antipersonales, las semillas de la muerte

“¿Qué cosecha cuesta cien veces más para recoger que para sembrar y no tiene valor alguno en el mercado cuando se ha recogido? ¿Qué arma sigue siendo mortal para los confiados seres humanos cuando los soldados que las trajeron al campo de batalla ya son ancianos? ¿Qué legrado de la guerra fría tiene una mayor probabilidad matemática de producir víctimas ahora y en las dos próximas generaciones? ¿Qué arma empleada por el ejército, aplicando escrupulosamente el derecho de la guerra terrestre, ha causado más víctimas entre los amigos que entre los enemigos en diversas batallas?

De esta forma Russell W Ramsey reseña su libro (Landmines: A deadly Legacy La minas terrestres: un legado mortal) en un revista militar:

La respuesta es obviamente la mina terrestre antipersonal. Las minas antipersonales tienen repercusiones desmesuradas para la sociedad. Sus efectos no se limitan a una crisis inmediata para un país en conflicto sino que pasan por alto los tratados de Paz y continúan asesinando y mutilando durante muchas generaciones. Así, los niños que viven con las minas pagan las consecuencias. Pero también lo harán sus hijos. Y los hijos de sus hijos.

El único modo de acabar con este azote es avanzar lo más rápidamente posible para lograr el objetivo fijado por la Comunidad Internacional y que permita su eliminación de los arsenales mundiales.

Si a la hora de evaluar las consecuencias del uso de las minas terrestres se incluye la duración de la vida de una mina, que puede prolongarse varios decenios, el balance entre la utilidad militar inmediata durante la confrontación y el precio que ha de pagar la población civil a largo plazo queda tan desequilibrado que la comparación resulta grotesca.

Aunque no hay estadísticas internacionales exactas acerca de las heridas o muertes causadas por las minas terrestres, la mayoría de las víctimas son campesinos pobres, mujeres y, a menudo, niños que recogen leña, cuidan el ganado o recolectan alimentos en zonas que han sido con anterioridad campos de batalla.

La Cruz Roja calcula que actualmente se encuentran repartidas por todo el mundo 100 millones de minas antipersonales. Estas minas esparcidas como semillas de la muerte en 56 países matan cada mes 2.200 personas y dejan



mutilados a más de 16.000, lo que supone una víctima cada 20 minutos.

A menudo destinadas a mutilar, estas armas tienen un innegable impacto sobre el enemigo. No sólo desmoralizan a las fuerzas de oposición, sino que, además las bajas producidas por las minas pueden inundar sus sistemas logísticos de apoyo.

Muchas de las víctimas de minas requieren mayor asistencia médica y más rehabilitación que otras heridas de guerra. Sin embargo, las minas terrestres no distinguen entre el sistema logístico de apoyo militar y el de la sociedad en conjunto. También aterrorizan y desmoralizan a la población civil.

Las consecuencias para los frágiles sistemas sanitarios de los países donde se han utilizado abundantemente pueden ser abrumadoras. Las heridas

por mina terrestre después de un conflicto son, en su inmensa mayoría, personas civiles.

Las minas terrestres tienen efectos devastadores en el cuerpo humano: proyectan suciedad, bacterias, pedazos de ropa, de metal y de plástico en los tejidos causando infecciones secundarias.

La onda de choque de una mina puede destruir las vasos sanguíneos hasta la parte superior de la pierna, lo que obliga a los cirujanos a amputar por encima de la herida primaria.

El Nobel japonés Kenzaburo Oé hace una referencia a las terribles consecuencias producidas en los conflictos bélicos, cuando en su maravilloso cuento *Prize Stock*, el viejo dependiente que tiene una pierna artificial, le dice al chico al que llama Rana: cuando una guerra comienza a destrozar los dedos de los niños está llegando demasiado lejos.

Las minas terrestres se han utilizado abundantemente por ser baratas de conseguir y usar. Aunque su colocación es sencilla, la remoción resulta sumamente lenta, peligrosa y costosa. La tecnología para detectar minas no ha seguido el rápido desarrollo de éstas, que han llegado a ser más mortíferas y difíciles de detectar.

Los avances en la tecnología de minas no se reducen a su configuración con piezas de plástico, en sustitución de metal, sino que las minas se han convertido en sistemas sofisticados con mechas y sensores electrónicos que los hacen más mortíferos.

Actualmente, las minas son capaces de distinguir las pisadas, la temperatura corporal, los sonidos y la señal de un detector que pueda hacerlas explotar.

Puesto que es cada vez más patente que las minas causan una grave alteración en la vida de la población civil, hay un comienzo casi general en la urgencia del problema mundial de las minas terrestres.

El Ministerio de Defensa español comenzó en julio de 1999 de forma simbólica la destrucción de más de 800.000 minas antipersonales de las Fuerzas Armadas que se realizó en las instalaciones de la empresa nacional FAEX, en El Gordo (Cáceres). El proceso supuso un coste de 527 millones de pesetas y no implicó ningún impacto medioambiental. De esta forma, no sólo se cumplieron así con los compromisos firmados en la Convención de Ottawa de 1997, suscrita por 125 países, sobre la prohibición del empleo,

almacenamiento, producción y transferencia de minas antipersonales, sino que se adelantaron los plazos, siendo menos de tres los años empleados en la destrucción de las minas.

En el proceso de destrucción, controlado en su totalidad por ordenador, cada mina pasa por tres fases: en la primera de ellas, una cinta transportadora las conducirá hasta el horno blindado; allí en la segunda fase, son destruidas por tratamiento térmico o explosión, según sea el caso concreto de cada mina; y en la tercera y última se produce el tratamiento de neutralización de los gases, antes de ser expulsados a la atmósfera, y la trituración de los componentes plástico de las minas para su posterior reciclaje y utilización civil.

La generosa participación de personal español, civil y militar en misiones de pacificación y labores humanitarias ha supuesto un aumento en la asistencia a heridos de guerra y, por tanto, a las víctimas de minas terrestres, contracarro y contrapersonal.

Las lesiones pueden producirse por efecto explosivo y por metralla son múltiples y graves. Incluyen amputaciones, ceguera, sordera y pérdida de genitales. Su radio de acción puede superar los 50 metros y una sola mina puede causar muchas bajas.

Las estimaciones de las Naciones Unidas sitúan a Bosnia-Herzegovina entre los territorios más densamente minados del planeta, después de Kuwait y Camboya.

Sin embargo, ha sido en Albania, en el transcurso de la Operación Amanecer (1997), donde recientemente los cirujanos militares españoles se han enfrentado a las terribles secuelas y mutilaciones traumáticas de miembros producidos por artefacto explosivo. Las razones de esta siniestralidad se arrastraron desde comienzos del conflicto, generado por la ruina económica a que condujo la estructura piramidal de la banca. Debido al saqueo a que fueron sometidos los cuarteles y los depósitos de armamento del país, quedó sin control una ingente cantidad de armas de todo tipo y de artefactos explosivos como las tristemente célebres minas terrestres.

Conviene destacar la existencia de bandas armadas y de clanes mafiosos que mantienen estas armas para intimidar a la población o para la realización de actos terroristas.

La experiencia personal en la atención médica de esta población tan necesitada ha sido muy enriquecedora en el plano humano. La estadística, siempre fría y calculadora, no resta ni un ápice la dosis de solidaridad y humanismo que se ha inyectado con generosidad, no sólo por los médicos sino por todos los soldados españoles. En las amputaciones, el escalpelo se debatía entre la avaricia por conservar más dedos, más tejidos, y la amenaza de gangrena.

Las curas de los muñones y la cicatrización adecuada de las heridas conducía, en el mejor de los casos, a unas muletas de madera. Las deformidades faciales y la pérdida de estructuras nobles, como los globos oculares, se camuflaron con unas simples gafas oscuras.

Así como las armas nucleares han sido un símbolo de la guerra fría, las minas terrestres antipersonales se has convertido en un símbolo de la postguerra fría.

Con iniciativas como las establecidas en la Convención de Ottawa y con la materialización de los proyectos y programas de rehabilitación para la población afectada, se vislumbra un horizonte de esperanza.

Se perdería poco y se ganaría mucho si se tomara una clara decisión humanitaria que infunda esperanza a unas personas que figuran entre las más pobres del mundo, que buscan un futuro en el que se hayan superado los conflictos y que se cumpla la promesa de la reconstrucción de la postguerra.

Conclusiones

La frase: *“La guerra ha sido la mejor escuela de la Cirugía”* debe sustituirse para siempre por una situación donde la reconciliación y la convivencia sean el marco para la auténtica academia médica.

Pero la cicatrización de las heridas no debe hacernos olvidar los aspectos de las catástrofes y los conflictos bélicos que nos han precedido. Sería un error imperdonable enterrar esas enseñanzas para replantear doctrinas inadecuadas incapaces de subsistir las primeras embestidas de una situación de crisis.

En la actualidad se ha puesto de manifiesto la importancia de las Fuerzas Armadas por su apoyo logístico , por aportar un entorno de seguridad y por la disponibilidad de transporte aéreo . Estos factores pueden complementar o propiciar el apoyo de organizaciones no gubernamentales y fruto de esta colaboración pueden optimizarse los resultados en las misiones de ayuda humanitaria.



La Cirugía Maxilofacial al igual que otras especialidades quirúrgicas es de indudable valor para la atención del paciente politraumatizado y su manejo debe ser tenido en cuenta para garantizar una asistencia de calidad que debe ser acorde con los avances experimentados y debe ser similar a la que se proporciona en territorio nacional.

Tras los años transcurridos, con la experiencia acumulada y vistos los vientos que en el mundo soplan, nos afirmamos en el criterio de que hoy más que antes, y esperamos que mañana, la Paz es y será nuestra profesión de médicos militares, médicos que no tienen más colores, credos ni fronteras que los de servir a cualquier ser doliente. Un servicio que, incluso en las situaciones más graves, sólo puede darse cuando el ejercicio médico se realiza en libertad.

Manuel Fernández Domínguez es Doctor en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid y Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial (Hospital 12 de Octubre de Madrid). Fellow of the European Board of Oro-Maxillofacial Surgery.

Médico Militar (1988-2006). Obtuvo el número 1 en la oposición de Sanidad Militar (Tierra, Mar y Aire) en 1988. Ha participado en misiones de mantenimiento de la Paz en Bosnia en (1996-1997) y Albania (1997) y en las maniobras OTAN (Strong Resolve y Dynamic-Mix). Representante español del Medical Working Group de la Agencia de Normalización "MAS" de la OTAN (1999-2005). Médico de vuelo del Ejército del Aire. Legionario de Honor. Cruz al Mérito Militar con distintivo Azul (Bosnia 1997). Cruz al Mérito Aeronáutico con distintivo Blanco (2002).

Master en "Paz, Seguridad y Defensa" del Instituto Gutiérrez Mellado y UNED. Director del Departamento de Estomatología de la Universidad CEU San Pablo. Director de la Cátedra Klockner de Implantología. Director del Máster Oficial en Cirugía Oral Avanzada e Implantología de la Universidad CEU San Pablo. Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad CEU San Pablo.

En la actualidad es Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Grupo Hospital Madrid (Montepríncipe, Torrelodones y Norte Sanchinarro) Autor de 25 trabajos científicos publicados en revistas médicas. Ha presentado un total de 170 comunicaciones en diferentes congresos médicos. Ha recibido 3 premios en diferentes sociedades científicas.