

Las bajas sanitarias producto de acciones combativas contemporáneas

The sanitary casualties resulting from contemporary war actions

Tte. Cor. José R. Menéndez López^I; My. Mirtha Infante Velázquez^{II}; My. Reynol A. Moreno Puebla^{III}; Cap. José M. Rodríguez Perón^{IV}; My. René Esteban Ventura Velázquez^{III}; My. Ángel Arpa Gámez^V

^IEspecialista II Grado en Medicina Interna. Doctor en Ciencias. Profesor e Investigador Titular. Profesor Consultante. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto".

^{II}Especialista II Grado en Gastroenterología. Doctor en Ciencias Médicas. Investigadora Auxiliar. Directora de la Revista Cubana de Medicina Militar. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto".

^{III}Especialista II Grado en Psiquiatría. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor e Investigador Auxiliar. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto".

^{IV}Especialista II Grado en Medicina Interna. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor e Investigador Auxiliar. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto".

^VEspecialista II Grado en Medicina Interna. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto".

RESUMEN

Por las experiencias bélicas del siglo XX en lo que concierne a las bajas sanitarias, resulta oportuno amplificar un poco más su espectro de aparición. La visión anterior de estratificarlas en bajas pertenecientes a un solo perfil hegemónico (cirugía y no cirugía) no constituye en estos momentos un mecanismo lo suficientemente abarcador como para englobar a todas las víctimas de la guerra. En el presente trabajo se comenta una clasificación más amplia y que representa los contingentes de militares que de una forma más o menos prolongada, pierden su disposición combativa para cumplir con los deberes funcionales de sus puestos de combate. Los grupos objeto de reporte son: las producidas por armamento convencional de alto poder destructivo y de precisión; las condicionadas por el empleo de variantes operacionales de armamento productor de bajas múltiples; las condicionadas por inestabilidad higiénico-epidemiológica del Teatro de Operaciones Militares no producto de acciones del enemigo; las vistas por exacerbación de condiciones

clínico-quirúrgicas previamente existentes y por último, las producidas por disfunciones psicomotoras inducidas por situaciones críticas de la guerra.

Palabras clave: Medicina Militar, bajas sanitarias, clasificaciones de bajas sanitarias.

ABSTRACT

Taking into account the war experiences of the XX century as to the sanitary casualties, it is convenient to widen a little more their spectrum of appearance. The previous vision of stratify them in casualties belonging to a unique hegemonic profile (surgery and non-surgery) is not at this moment a mechanism sufficiently embracer to include all the war victims. In this paper, comments are made on a wider classification that represents the military contingents that in a more or less prolonged way lose their combative disposition to fulfil the functional duties of their action stations. The groups object of report are: the produced by weapons of highly destructive power and precision, those conditioned by the use of operational variants of weapons producing multiple casualties, those conditioned by hygienic and epidemiological instability of the Military Operation Theater that are not the result of the enemy's actions, those seen due to the exacerbation of previously existing clinical and surgical conditions and, finally, those caused by psychomotor dysfunctions induced by critical war situations.

Key words: Military Medicine, sanitary casualties, classification of sanitary casualties.

De acuerdo con informaciones procesadas por el Grupo de Trabajo de Hamburgo acerca de las consecuencias, que para la salud combativa de los efectivos militares durante las 39 guerras y conflictos armados que desde el año 2003 a la fecha tuvieron lugar en el planeta, resulta necesaria la revisión conceptual de las características de estas. Esa tendencia a la revisión viene dada por la decuplicación de los conflictos (4 en 1945 y 55 en el año 2003) así como el carácter cambiante de las características de estas (no es viable el modelo de guerras posicionales que generaron las bases actuales de la estructura de bajas sanitarias en los conflictos armados). Esto también ha traído como consecuencia nuevos efectos sobre la salud de los nuevos agentes vulnerantes y la forma de concebir y conducir la guerra (a todas vistas desafortunada tal como sucede en Irak actualmente).¹

La experiencia acumulada durante los últimos conflictos bélicos, especialmente aquellos acaecidos a partir de la última mitad del siglo pasado, permiten manejar un espectro más amplio y pormenorizado de los que _por una causa u otra_ cesan de cumplir durante un período de tiempo determinado los deberes funcionales en sus respectivos puestos de combate.

La información recopilada permite ampliar el diapasón de los vulnerados por cualquier agente ofensivo utilizado en las acciones combativas contemporáneas. Una relación de los eventuales nuevos grupos aparece en el cuadro.

Las bajas sanitarias (BS) clasificadas en el grupo 1 son las clásicas conocidas previamente, las cuales son demandantes la mayoría de ellas (cerca al 50 %) de una intervención quirúrgica lo más inmediata posible. Estos lesionados se estratifican según región anatómica afectada y se clasifican según la severidad de una región anatómica afectada. La experiencia aportada por las estructuras de bajas sanitarias en los últimos conflictos bélicos revela la pertinencia de las lesiones de extremidades y un incremento de las lesiones que interesan al tórax. La problemática de las lesiones de regiones anatómicas múltiples se encuentra vigente y muy pronto habrá que considerar las distintas pautas terapéuticas a emplear cuando se produce participación de agentes biológicos, nucleares y químicos.²⁻⁴

Los susceptibles de ser incluidos en el grupo 2 presentan figuras clínicas clásicas (irradiado corporal total, segmentario, intoxicados de intensidad variable con agresivos químicos con núcleos órgano fosforados. La diversibilidad de procedimientos biotecnológicos disponibles hace muy difícil predecir cuál será el organismo biotecnológicamente manipulado de elección (probablemente sea el ántrax). A este grupo se añade las figuras clínicas como consecuencia de la utilización de uranio empobrecido (UE), sobre todo en la cadencia de producción de síntomas dependientes de su incorporación visceral. Hasta ahora el UE no está considerado como exponente de genuina arma nuclear, pero no por mucho tiempo más se podrá ocultar sus propiedades radioactivas.⁵⁻⁷

En lo concerniente al grupo 3 es necesario aclarar que el concepto de inestabilidad higiénico-epidemiológica del Teatro de Operaciones Militares (TOM) no se refiere en este caso a lo infeccioso inducido por cualquier tipo de microorganismo de primera intención. Tiene una acepción más amplia, refiriéndose a las consecuencias del deterioro medioambiental por acciones combativas donde se implican tipos de armamentos de igual forma poderosos y sofisticados. Un aspecto muy particular lo constituye el fenómeno denominado "morbilidad flotante" dentro del cual además de referirse a la migración de personas de las zonas de acciones combativas, migran conjuntamente con ellos sus respectivas enfermedades (de todo tipo) que en condiciones de deterioro o inexistencia de infraestructura sanitaria predicen un muy pobre control de afecciones que pueden comprometer el *status* higiénico-epidemiológico de zonas y regiones enteras. La Operación "Escudo del Desierto" y las guerras tribales en África se constituyen en un marco de referencia muy útil para identificar esta tendencia.⁸

Cualquier efectivo de una institución armada es portador de un estado de salud el cual estando en equilibrio o compensado todos los factores que integran este le permite cumplir de una forma satisfactoria los requerimientos de los deberes funcionales en los escenarios de tiempo de paz. El paso a los escenarios de tiempo de guerra confiere un peculiar ritmo evolutivo a un conjunto de enfermedades crónicas no transmisibles (grupo 4) los cuales pueden adquirir facetas incapacitantes en un momento determinado y ser candidatos a recibir algún tipo de asistencia médica. Este grupo merece ser individualizado atendiendo a experiencias de variación de las prevalencias de estas condiciones de la época de catástrofes en comparación con las prevalencias pre-catástrofe.⁹

Las disfunciones psicomotoras relacionadas con condiciones críticas de la guerra (grupo 5) fueron reconocidas en conflictos bélicos que se remontan al siglo XIX. La pauta terapéutica que dominaba hasta la segunda mitad del siglo XX era la de evacuar fuera de los teatros de acciones combativas, dicha pauta ha sido modificada en los momentos actuales (no evacuación y tratamiento de estas en los teatros de operaciones). Esto hace que se forme un contingente de demandantes de acciones médicas ya que son cuadros clínicos diversos de afecciones neuropsiquiátricas que se relacionan con el combate y afectan la llamada eficacia militar continuada, condicionadas en sí por el fenómeno de la guerra. Estudios de

esta problemática permiten identificar reacciones de miedo normal, reacciones neuróticas graves, reacciones psicóticas, trastornos agudos relacionados con el estrés y trastornos en relación con el estrés postraumático. Se han reportado incidencias de estos fenómenos nada despreciables (10-23 %).¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Steinmann R, Willy C, Eudghart R. Patterns of injury in war surgery-update 2006. *Med Corps Intern.* 2007;1:10-5.
2. American Academy of Orthopaedic Surgeons [sitio de internet]. Illinois: The Association; © 1995-2007 [actualizado 23 Marzo2006; citado 18 enero 2007]. American Academy of Orthopaedic Surgeons Scientific Exhibits; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www3.aaos.org/education/anmeet/anmt2006/sciexhibit/sciexhibit.cfm?Event=SE62>
3. Hodgetts TK. UK statistical indifference to military casualties in Iraq. *Lancet.* 2006;367(9520):1393.
4. Holcomb JB, Stansbury LG, Chapman HR. Understanding combat casualty care statistics. *J Trauma.* 2006;397:397-401.
5. Durakovic A. On depleted uranium: Gulf War and Balkan Syndrome. *Croat Med J.* 2001;42:130-4.
6. Durakovic A. The quantitative analysis of depleted uranium isotopes in British, Canadian and US Gulf war veterans. *Mil Med.* 2002;167(8):620-5.
7. Kalinich JF, Rammarskrishen N, Mc Lain E. A procedure for rapid detection of depleted uranium (DU) in wounds. *J Radioanal Nucl Chem.* 2000;243:451-7.
8. Norwood AE, Ursano RJ. Health effects of the stressors of extreme environments on military woman. *Mil Med.* 1997;162:693-8.
9. Joseph SC. A comprehensive clinical evaluation of 20,000 Persian Gulf war veterans. *Mil Med.* 1997;162:149-55.
10. Richardson R, Egel CC, McFall ME. Clinical alterations for symptoms and treatment of Gulf War related health concerns. *Arch. Intern Med.* 2001;161:1289-94.

Recibido: 20 de septiembre de 2007.

Aprobado: 23 de octubre de 2007.

Tte. Cor. *José R. Menéndez López*. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Avenida Monumental, Habana del Este, CP 11 700, La Habana, Cuba.
Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto