

Afganistán, una experiencia *médico-militar*

SANTIAGO PÉREZ MILIÁN
Teniente Coronel médico



Mi experiencia en tierras de Afganistán, en las cuatro misiones que he realizado desde el año 2006 hasta el 2010, han sido muy variadas, variopintas y enriquecedoras en todos los aspectos: médico, militar y humano.

En ellas se atendió al personal militar de ISAF y sus aliados, así como a miembros del Ejército afgano, Policía afgana y también población civil afgana, pero merece mención especial, la atención sanitaria a esta última.

Fue en el año 2006, mi primer contacto con esa lejana tierra y sus gentes. Lo hice como médico de Triage, en el Role 2 desplazado a Afganistán,

A todos ellos, población civil (adultos, niños), policías afganos, soldados del ejército afgano, familiares e insurgentes (talibanes), se les trataba con todo el respeto, humanidad y profesionalidad por parte de la totalidad del personal ya fuera sanitario o no del ROLE-2, proporcionándoles también, en algunos casos, alimentos y ropa.

situado en Herat ciudad y se denomina el campamento “Camp Arena”. Mi labor era atender-asistir las Urgencias y también atención primaria sanitaria (labor de médico de familia).

En esa época, vi, valore y traté a una población afgana muy nutrida, en cuanto al tipo de personas (adultos, ancianos, niños/as, hombres y mujeres), y a la variedad de patologías.



Me impactó ver procesos “vírgenes” sin diagnosticar ni tratar: enfermedades infecciosas (tuberculosis, leishmaniasis etc.), enfermedades cutáneas, tumoraciones variadas y en estadios avanzados de aspecto “monstruoso”. malformaciones congénitas (deformidades de miembros inferiores), enfermedades endocrinas (bocios enormes con formaciones quísticas o neoplasias), diabetes mellitus, con complicaciones circulatorias, gangrenas húmedas en miembros inferiores, anidadas con larvas de mosca (que precisaban de amputación urgente), patologías neurológicas, como epilepsia (considerada como una enfermedad maldita-maléfica en ocasiones tratada previamente por una persona con conocimientos parecidos a un brujo/a), hidrocefalias en niños, pacientes con todo tipo de parálisis de causa médica o traumatológica. enfermas con patología ginecológica, las cuales, casi siempre, eran tumoraciones mamarias u ováricas, de aspecto maligno. También veíamos niños y niñas, principalmente con patología infecciosa aguda respiratoria o digestiva (infecciones respiratorias de vías altas o bajas, diarreas, parasitosis), patologías cutáneas destructivas (quemaduras) y algún cuadro de deshidratación-desnutrición grave en los más pequeños.

En menor número veíamos enfermos con patología psiquiátrica, sospecho porque los escondían en sus casas y no los mostraban.

Dichos pacientes procedían de diversos lugares, a kilómetros de distancia. Algunos nos los entregaban en carretillas, a modo de ambulancias, en sillas de rueda arcaicas o traídos a espaldas de algún familiar.

También atendíamos a otro gran grupo de personas, afectas de patología traumatológica: heridas por arma de fuego, arma blanca, explosiones, quemaduras voluntarias o involuntarias, fracturas, lesiones por accidentes de todo tipo, principalmente de tráfico (de moto) y atropellos, etc.

A todos ellos, población civil (adultos, niños), policías afganos, soldados

También veíamos niños y niñas, principalmente con patología infecciosa aguda respiratoria o digestiva, patologías cutáneas destructivas y algún cuadro de deshidratación-desnutrición grave en los más pequeños.

del ejército afgano, familiares e insurgentes (talibanes), se les trataba con todo el respeto, humanidad y profesionalidad por parte de la totalidad del personal sanitario (español, búlgaro) como no sanitario del ROLE-2, atendíéndoles en todas nuestras posibilidades, proporcionándoles también algún alimento y ropa.

A nivel sanitario, se les hacían analíticas sanguíneas, urinarias, estudios radiológicos, ecografías, e.k.g. etc., es decir las pruebas complementarias que

creíamos convenientes y /o disponíamos en ese momento. También se les suministraba medicación para un tiempo prudencial y se les volvía a ver en revisión, con citación, lo cual nos aumentaba el volumen de trabajo. Observamos también que paradójicamente

«En menor número veíamos enfermos con patología psiquiátrica, sospechoso porque los escondían en sus casas y no los mostraban, que procedían de diversos lugares, a kms de distancia»

los volantes de revisión no coincidían a veces con el paciente que teníamos que revisar, porque ellos/as habían dado la cita a otro miembro o conocido de la familia, o la habían vendido en el peor de los casos. Algo parecido





También atendíamos a otro gran grupo de personas, afectas de patología raumatológica: heridas por arma de fuego, arma blanca, explosiones, quemaduras voluntarias o involuntarias, fracturas, lesiones por accidentes de todo tipo, principalmente de tráfico y atropellos, etc

recogíamos información médica y paramédica, las clasificábamos y nos desplazábamos al helicóptero con ellas, a uno u otro helicóptero (líder o punto) según la categoría de la baja.

Dentro del helicóptero, junto con el enfermero y el sanitario, se acomodaba la baja y se le monitorizaba; al de categoría más grave colocándolo en la camilla superior y se la monitorizaba (pulxiómetro, tensión arterial, electrocardiograma, frecuencia respiratoria etc.), se practicaba, sondaje uretral (si precisaba), administración y control de fluidoterapia, analgesia, medicación intravenosa, oxigenoterapia, vigilancia de torniquetes etc., mientras a las otras bajas se las vigilaba con menor intensidad.

Y poníamos rumbo al ROLE-2 (Herat). En el trayecto y con el corazón acelerado, esperaba con ansiedad llegar a tomar tierra en el helipuerto de Herat. dialogando con mi enfermero y sanitario con mímica de la evolución clínica de las bajas.

En el helipuerto ya nos estaban esperando con una o varias ambulancias, según el número o gravedad de los pacientes, información que ya se había pasado casi siempre por radio al jefe del ROLE-2.

Yo me subía con uno de los pacientes más graves en la ambulancia hasta el ROLE-2 para seguir tratándolo y dar información verbal directa al intensivista o al médico de triage.

Una vez hecha la transferencia y no precisando de nuestra labor en el ROLE-2, nos dirigíamos al Helisaf para dejar el material sanitario y el equipamiento (arnés, chaleco, casco etc.).

Me quedaba con el aspecto de sus caras, expresiones faciales, sus cuerpos y miembros malheridos, destrozados, así como de su vestimenta deshecha, para poder volver a verlos con nuevo rostro y expresiones nuevas a algunos, mientras que a otros no.

Era como intentar recomponerlos en un puzzle a los más afortunados. Y los menos afortunados pasaban al tanatorio (frigorífico), para identificar-

sucedía con la medicación que les dábamos, a veces la tomaban los interesados, las compartían con otras personas o las vendían (según sus necesidades).

En la mayoría de dichos pacientes, yo veía en sus ojos y rostro una sensación de alegría, de agradecimiento, de haber sido atendidos por personal sanitario, al cual nunca habían visto, porque con su poder adquisitivo no se lo podían permitir y no podían recurrir al personal sanitario de sus países vecinos, la India, Pakistán, Irán etc., ya que desgraciadamente en ese año su sanidad nacional estaba francamente mal.

Cuando regresé a T.N., lo hice con la sensación, de haber trabajado bien, pero haber dejado muchas puertas abiertas a mis sucesores, con problemas que nosotros no podíamos solucionar.

En el año 2007 volví, pero esta vez de médico de MEDEVAC, es decir de médico rescatador y estabilizador de bajas. Con lo cual las vivencias en primera estancia eran diferentes. Y volví a poner a punto mis conocimientos en urgencias extrahospitalarias.

Se nos comunicaba qué bajas teníamos que ir recoger, número de ellas, categoría o gravedad de las bajas (alfa, beta, charly...) y lugar donde ir con los helicópteros del HELISAF.

La mayoría de las veces, y fueron muchas, eran heridas de arma de fue-

go, de explosiones (atentados-emboscadas), accidentes de tráfico, etc. Dichos heridos e incluso algún muerto, eran en su mayoría miembros de la policía afgana o soldados de su ejército y, en menor número, niños y miembros de ISAF.

La recogida de las bajas se hacía casi siempre en zonas previamente aseguradas por ISAF. Siempre acompañados por P.J. (zapadores del E.A.), que eran las personas que nos llevaban al lugar de recogida y eran el primer anillo de nuestra seguridad.

Allí nos encontrábamos con la baja o bajas, más o menos estabilizadas,

«Me quedaba con el aspecto de sus caras, expresiones faciales, sus cuerpos y miembros malheridos, destrozados... para volver a verlos con nuevo rostro y expresiones nuevas...»



Vi, valore y traté a una población afgana muy nutrida, en cuanto al tipo de personas (adultos, ancianos, niños/as, hombres y mujeres), y a la variedad de patologías.

los y que algún familiar, pariente, amigo o institución viniese a recoger sus restos mortales.

Y para terminar mi experiencia, volví en 2009 y 2010, como jefe del ROLÉ-2. Las misiones son diferentes, así como la responsabilidad. Ya no veía a los pacientes tan directamente como en las misiones anteriores, ya había otro médico, en contacto directo con el paciente, exceptuando el reconocimiento médico e identificación de los pacientes muertos o cadáveres, a los cuales debía de cumplimentar el certificado de defunción, como jefe del ROLÉ-2., en colaboración con la Guardia Civil y el Servicio de Intervención.

Pero yo me seguía fijando en sus caras, sus expresiones faciales y corporales, sus angustias y miedos, sobre todo en las mujeres y niños.

En los varones adultos tanto en los soldados o policías afganos, como en los insurgentes, observaba que expresaban también miedo, angustia, dolor, y en sus cuerpos pálidos, pero al mismo tiempo fibrosos, habían cicatrices diversas por sus cuerpos, sus barbas eran de todos los aspectos, colores y tamaños, predominaban las de aspecto negro y las grises, sus miradas penetrantes y vacías al mismo tiempo. Sus vestimentas generalmente destrozadas, sucias, desgarradas, quemadas, manchadas de sangre o fluidos corporales, que daban cobijo a artilugios donde se guardaban tabaco, y otras sustancias, documentación extraña con posible información del nombre, apellido, lugar de origen, alguna navaja y cosas varias sin identificar.



Yo me seguía fijando en sus caras, sus expresiones faciales y corporales, sus angustias y miedos, sobre todo en las mujeres y niños.

La recogida de las bajas se hacía casi siempre en zonas previamente aseguradas por ISAF. Siempre acompañados por P.J. (zapadores del E.A.), que eran las personas que nos llevaban al lugar de recogida y eran el primer anillo de nuestra seguridad.

Todos ellos llegaban o nos eran traídos para darles una llama de luz en sus maltratadas vidas. Intentar salvar sus vidas o solucionarles sus problemas, unas horas, días o alguna semana porque, a la larga, no teníamos la solución definitiva. Los trasladábamos según la gravedad o patologías a algún Role 3, y a hospitales afganos. En la mayoría de los casos les perdíamos la pista, o nos informaban que habían fallecido.

En la última misión tuve contacto, aparte del personal sanitario búlgaro (viejos conocidos), con personal sanitario americano. Dicha relación que comenzó siendo de jefe del ROLÉ-2, se fue transformando en relación personal y de amistad. De intercambio de conocimientos logísticos sanitarios y profesionales, de forma recíproca y positiva.

Y quiero acabar agradeciendo a todo el personal civil, militar, español o de cualquier país de ISAF (en las diferentes rotaciones y años, que estuve allí), así como al pueblo afgano, poder haber vivido dichas experiencias tan enriquecedoras con ellos, durante ese tiempo de convivencia, y que me han marcado en mi interior para siempre ■

