

Grupos de aeroevacuación del Ejército del Aire: experiencia operativa



JOSÉ I. PERALBA VAÑO
Comandante Médico

ZACARIAS G. SANCHEZ
Comandante Médico

INTRODUCCION

La Aeroevacuación es una necesidad universalmente asumida por los ejércitos modernos.

Las operaciones desarrolladas en zonas alejadas del territorio habitual de ubicación de las unidades, incluso los desplazamientos a grandes distancias en cumplimiento de misiones encomendadas por la ONU, hacen necesario contar con equipos técnicos y humanos adecuados para la repatriación o el traslado de las bajas producidas a lugares dotados de

medios para el tratamiento de los contingentes de tropa, que inevitablemente sufrirán heridas en el cumplimiento de su misión.

Desde hace ya unos años (misión UNTAG en Namibia), el Ejército del Aire viene desarrollando este tipo de misiones, geográficamente muy distantes del territorio nacional. Ahora, las misiones encomendadas a nuestras Fuerzas Armadas se desarrollan en distintos y distantes escenarios tales como El Salvador o la antigua Yugoslavia, en donde el tratamiento y recuperación de las posibles bajas no es realizable dada la precariedad de los medios dis-



ponibles en zonas sumamente castigadas por la guerra y las limitaciones impuestas por la logística de las unidades allí desplazadas.

Ante estas situaciones se han venido realizando misiones Sanitarias de Aeroevacuación, que han desembocado en la creación, para el conflicto yugoslavo, de los Grupos de Aeroevacuación del Ejército del Aire, hoy plenamente operativos y con una no despreciable experiencia en misiones reales realizadas en dicho teatro de operaciones.

El objetivo de este artículo es dar a conocer y familiarizar a los miembros de nuestro Ejército con esta unidad de reciente creación (como tal) que ya cuenta con los medios técnicos necesarios (Vector Aéreo y material médico Aeroportado, que convierten a nuestros aviones en verdaderas UVIs volantes), y con los medios humanos deseables (Médicos y ATS), para realizar con éxito las misiones encomendadas con anterioridad y las posibles misiones futuras, con un continuo afán de superación, basado en el entrenamiento y en el estudio, para poder ofrecer a nuestros soldados un servicio que ya no tiene nada que envidiar (por su potencial de medios y experiencia real) a las mejores Unidades de este tipo de otros Ejércitos de nuestro entorno.

Para hacer honor a la realidad hemos de decir que ninguna de estas actividades hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de nuestros compañeros, desde el Estado Mayor, pasando por el Mando de Personal, la DISAN, Unidades de vuelo (Alas 35 y 31, 45 Grupo), Hospital del Aire, y sobre todo de los componentes de los distintos Servicios Médicos de nuestro Hospital. Vaya pues por delante nuestro agradecimiento a todos estos compañeros esperando que nuestro trabajo pueda llegar a hacerles sentirse orgullosos de esta Unidad, que es la suya, la nuestra, y la de todos.

ANTECEDENTES INMEDIATOS

La necesidad de la evacuación aérea de las bajas no ha surgido durante este último año. De hecho ya existía y se realizaba de forma esporádica en la península y en las actuaciones internacionales de los últimos años. Especialmente en un pasado más próximo, en aquellas operaciones de Naciones Unidas e Internacionales, donde las fuerzas armadas Españolas tuvieron una responsabilidad directa en el cuidado y transporte de heridos. Como ocurrió en los Destacamentos del Ejército del Aire en Namibia

Cuadro nº 1. PERSONAL

Médico de vuelo (jefe)
Médico intensivista
ATS aptitud médica
ATS aptitud quirúrgica
ATS aptitud traumatológica

Cuadro nº 2. MATERIAL

Material mecánico autónomo

monitor-cardioversor
respirador
aspirador
pulsi-oxímetro
bombas de perfusión

O2 (en botellas)

nevera

pantalón antishock

material desechable

medicación

de resucitación
mantenimiento

y en la Guerra del Golfo. Durante estas actuaciones ya se perfiló la base aérea de Getafe y de Torrejón con su personal de vuelo, mecánicos, material, y el apoyo de botiquines médicos, como brazos ejecuto-



res del Hospital del Aire que actuando como base de operaciones de la Sanidad Logística, aportaba el apoyo técnico y de personal requerido a este tipo de misiones.

Durante las mismas, aprendimos a valorar aún más la importancia de la colaboración entre el Hospital del Aire y las Bases Aéreas, con sus escuadrones y sus botiquines. Gracias a este esfuerzo conjunto se cumplieron las misiones encomendadas en su momento.

A raíz de estos últimos acontecimientos se definió la imperativa necesidad de una Unidad militar, adecuadamente entrenada y siempre dispuesta para este tipo de intervención que debido a lo ya expuesto cada día se hace más necesaria. En España por la limitación de Medios y Personal existente se ha tenido que dotar de una flexibilidad y unas características peculiares.

Precisamente las actuaciones descritas fueron el germen alrededor del cual se aglutinó un grupo de

voluntarios que con su esfuerzo y su trabajo decidieron afrontar este reto por considerarlo fundamental para el Cuerpo de Sanidad de nuestro Ejército.

Con el apoyo de la Dirección de Sanidad y la Dirección del Hospital del Aire se consiguió la luz verde del Jefe del Estado Mayor y del Mando de Personal. La piedra angular estaba puesta. El desarrollo de la Unidad siguió a este evento durante los últimos dos años. La necesidad de actuar inmediatamente, si bien añadió dificultades, también permitió aumentar la experiencia y eficacia con cada misión.



ASPECTOS TECNICOS

ESTA evolución en el cuidado y transporte de heridos no es distinta de la experimentada en las últimas décadas por los sistemas de armas y el desarrollo técnico en general de todos los equipos de apoyo.

Hoy en día, el tipo de contienda armada, debido a las características del avance tecnológico, puede enfrentar al sistema sanitario a una situación nueva e inquietante, sobre todo en el lugar del conflicto, con una avalancha de bajas o heridos que desborden las posibilidades de asistencia locales.

Es esta nueva situación la que ha requerido un cambio de enfoque en cuanto a la misión de la Aeroevacuación. Ya no se trata sólo de transportar heridos estables a lugares seguros y técnicamente más dotados en la retaguardia. La situación real obliga frecuentemente al transporte de heridos críticos y en ciertos casos la intervención con los medios disponibles en el área de conflicto bien como apoyo a la fuerza directamente, o a las estructuras locales.

Independientemente de la patología habitual que puede afectar a los integrantes de las fuerzas Españolas destacadas, (infartos de miocardio, neumo-

nía), existe una patología típica de este tipo de situaciones que se puede definir como POLITRAUMATISMOS; estos se definen como las consecuencias de la liberación de una gran cantidad de energía en sus diversas presentaciones, causando sobre el organismo humano un sinfín de lesiones caracterizadas por lo siguiente:

- aparición brusca
- afectación multiorgánica
- intensidad de las lesiones

Son similares a las que ocurren en la vida civil con accidentes industriales, agresiones criminales, o accidentes de tráfico. Ya en paz constituyen la causa más frecuente de muerte en las primeras décadas de vida ocupando el 12% de las camas hospitalarias disponibles y el mayor número invalides.

En un conflicto bélico evidentemente estos números se multiplican y por tanto las consecuencias.

La muerte tras este tipo de lesiones aparece según una distribución trimodal.

1.- En los primeros minutos fallecen los heridos con afección importante masa cerebral, médula espinal alta (bulbo raquídeo), perforaciones cardíacas y lesiones de grandes vasos.

Solo la proximidad de un hospital de referencia, y personal especialista disponible pueden ayudarlos.

2.- El mayor número de bajas se produce en lo que los americanos denominan la "GOLDEN HOUR" (Hora dorada), abarca desde unos minutos a horas. Son lesiones tipo hematoma epidural o subdural, grandes lesiones del macizo facial, neumotórax o hemotórax, roturas costales múltiples, contusión cardíaca, hemopericardio, hemorragias abdominales por lesión hepática esplénica u otras vísceras, rotura de pélvis, grandes fracturas etc.

La intervención adecuada decidirá el porvenir del paciente no sólo en cuanto a la vida y a la muerte sino también sus secuelas.

3.- Causa tardía. Son fallecimientos que acontecen unos días o meses después de la lesión por sepsis o fallo multiorgánico.

La necesidad, por tanto, de una:

Cuadro nº 3.
AEROEVACUACIONES ANTIGUA YUGOSLAVIA

Misiones realizadas (a 31-1-94)	12	Pronóstico	
		- Crítico	7
		- Muy grave	4
Diagnósticos		- Grave	6
T: Traumatismos		- Menos grave	6
TCE: T. Craneoencefálicos		- Leve	0
- T.C.E.	5	Fallecidos en vuelo	0
- T. extremidades	10	Tipo de aeronave	
- T. Abdominales	7	- CN-235	9
- T. Torácicos	2	- C-130	1
- T. oculares	2	- Falcon 50	1
Nº heridos	23	- Falcon 900	1



- Evaluación rápida y Diagnóstico adecuado
- La aplicación de medidas de resucitación inmediata
- El transporte lo más rápido al centro de referencia

- La continuación del cuidado de las medidas de resucitación requeridas durante el mismo, serán las determinantes del fracaso o triunfo en esta lucha por la vida. Por estas razones es esencial disponer de un PERSONAL adecuado, altamente cualificado y en continuo entrenamiento. Esta cualificación incluye, no solamente una alta competencia médica o quirúrgica en general, sino además una serie de cualificaciones que incluyen entre otras, reanimación cardio-pulmonar básica y avanzada, manejo del politraumatizado, medicina aeroespacial, médico de Vuelo, conocimiento de idiomas y experiencia en este tipo de misiones (cuadro 1).

Enumerar el MATERIAL utilizado en las misiones resultaría largo y complejo (cuadro 2). Este es suficiente para mantener un herido con medios equiparables en gran parte a los existentes en una UVI bien dotada de material y por supuesto otros medios de soporte vital y tratamiento menos complejos necesarios habitualmente.

A MODO DE RESUMEN

No procede aquí exponer ni desarrollar el nuevo proyecto de la Sanidad Aérea pero hemos querido

resaltar la importancia de la Aeroevacuación en la recuperación de las bajas en combate con el menor número de secuelas posibles. Siendo sus objetivos finales:

- 1.- Razones deontológicas de lucha por la vida
- 2.- Recuperación de efectivos para el combate
- 3.- Disminución del coste vital de personal y social que ello conlleva.

La experiencia adquirida durante el conflicto en la antigua Yugoslavia (cuadro 3) ha supuesto, aparte del nacimiento de la Unidad como tal, una operatividad basada en situaciones reales que ha precisado una adecuación de la teoría y las normas de evacuación a la flexibilidad requerida por nuestras tropas y a los medios disponibles en nuestro país. La coordinación entre las diferentes unidades sanitarias y no sanitarias existentes ha marcado una actuación única y compleja.

Es necesario no sólo valorar y evaluar al paciente antes del transporte sino también desarrollar una coordinación de los efectivos reales existentes en el TO/ZO y retaguardia. Esto exige un estudio continuado de los Hospitales y centros de tratamiento locales, en TO/ZO, y retaguardia ante una situación cambiante donde la limitación de abastecimiento, agotamiento de recursos, saturación de centros civiles y militares, y gravedad de los pacientes son hechos cotidianos. ■