

Las actividades quirúrgicas del CICR

por los doctores
Rémi Russbach,
Robin Charles Gray y
Robin Michael Coupland

1. Contexto general

Las actividades quirúrgicas del Comité Internacional de la Cruz Roja se inscriben en el marco general de su cometido, que es proteger y asistir a las víctimas de los conflictos armados.

Así pues, los heridos de guerra son sólo parte de las víctimas de las que se ocupa el CICR.

El principal papel del CICR en favor de los heridos de guerra no es cuidarlos, pues esto compete, en primer lugar, a los Gobiernos implicados en los conflictos y, por lo tanto, a los servicios sanitarios de los ejércitos. Su cometido es, ante todo, cerciorarse de que los beligerantes conocen y respetan los Convenios de Ginebra, y que, por consiguiente, asisten a los heridos enemigos y prestan a las instalaciones y al personal sanitarios la protección debida.

Sin embargo, es frecuente que los servicios médicos nacionales no den abasto en las situaciones de conflicto y el CICR se vea obligado a emprender acciones de socorro en favor de los heridos de guerra. Cuando el apoyo en material médico o en medicamentos a los hospitales no es suficiente o no es posible reactivar el sistema local, el CICR tiene que desarrollar sus propias estructuras quirúrgicas para poder proporcionar a los heridos la asistencia que las autoridades no están en condiciones de prestar.

Durante los años ochenta, se multiplicaron considerablemente las solicitudes de ayuda directa del CICR en situaciones de conflicto, dando lugar a una expansión sin precedentes de las actividades quirúrgicas del CICR. El número de heridos ingresados en los hospitales del CICR pasó de 4.000, en 1987, a 18.450, en 1990. A comienzos de 1991, el CICR disponía de 14 unidades quirúrgicas en ocho países, con un servicio permanente de 22 equipos quirúrgicos.

Las unidades del CICR se han desarrollado de manera diferente, según los condicionamientos del contexto local.

En Tailandia, Pakistán, Afganistán, Kenia y Somalia, las unidades quirúrgicas del CICR son totalmente autónomas; están situadas en edificios del CICR y funcionan con personal expatriado, reforzado con empleados locales, que trabajan bajo la supervisión del CICR.

En estos casos, el CICR puede así controlar todo el sistema de asistencia y disponer de estadísticas fiables.

En otros países (Camboya, Etiopía), los equipos quirúrgicos del CICR deben trabajar en hospitales administrados por el Gobierno y limitar su trabajo a la asistencia quirúrgica, mientras que el Gobierno se ocupa de la gestión de la infraestructura y de la mayor parte del personal enfermero.

El CICR debe asegurarse de que el hospital que no está bajo su control aplique los principios básicos exigibles para que sea respetado por la parte adversa (que no haya ni armas ni actividad política en el hospital, que no se discrimine a los heridos enemigos). El reciente caso del hospital gubernamental de Bahr Dar, donde el CICR trabajaba en virtud de un acuerdo con las autoridades de Addis-Abeba, basado en estos principios, es particularmente convincente. En efecto, cuando los rebeldes ocuparon la ciudad, no atacaron el hospital y dejaron trabajar al equipo del CICR según sus principios.

Las unidades quirúrgicas del CICR difieren considerablemente de los servicios sanitarios de los ejércitos, ya que el CICR no mantiene control alguno de la cadena de evacuación de heridos ni dispone de centro de referencia en la retaguardia. Por lo tanto, las unidades quirúrgicas del CICR funcionan a la vez como centros de primeros auxilios y como últimos centros de referencia, formando así entidades difícilmente comparables al sistema militar de asistencia quirúrgica.

No obstante, el CICR trata de ampliar su acción a la fase prehospitalaria y de lograr que las condiciones de primeros auxilios y de transporte sean adecuadas.

Generalmente, el personal del CICR no tiene acceso a los lugares de combate, por lo cual es necesario recurrir a intermediarios para mejorar la fase prehospitalaria.

Para ello, el CICR ha emprendido varios programas de formación de socorristas pertenecientes a los grupos implicados en los conflictos. Esta formación básica en primeros auxilios (cura de heridas, inmovilización de fracturas, contención de hemorragias, rehidratación, anti-bioterapia) va acompañada de una introducción a los principios básicos del derecho internacional humanitario (DIH) (prohibición de matar a

los enemigos heridos y a los prisioneros, respetar a la población civil, etc.).

2. Organización

Los hospitales del CICR están concebidos para recibir simultáneamente a un gran número de heridos. En la zona de admisión, se clasifica y se reanima a los pacientes y son preparados para la intervención quirúrgica.

El estado del paciente es determinante para decidir si debe efectuarse una toma de sangre —para determinar el nivel de hemoglobina o su grupo sanguíneo— o una radiografía.

Es importante disponer de un banco de sangre cuando hay que tratar a heridos graves. En las situaciones en que trabaja el CICR, la sangre para transfusiones es escasa. Por eso se alienta a la población local y a los familiares de los pacientes a donar sangre. Las colectas de sangre son una oportunidad para difundir los principios de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Puede haber dificultades de índole práctica o cultural para la colecta de sangre y, a menudo, los casos de anemia crónica entre la población civil son otro factor limitativo. Por consiguiente, es esencial utilizar prudentemente la sangre disponible. La pauta general es no hacer transfusiones de sangre a pacientes cuyo nivel de hemoglobina sea superior a 7 g/dl. Antes de la transfusión, se somete cada unidad de sangre a las pruebas de malaria, sífilis, hepatitis B y VIH (virus causante del SIDA), y se verifica su compatibilidad con la sangre del receptor (prueba cruzada).

La experiencia ha permitido determinar la cantidad de sangre necesaria para la cirugía de guerra. El promedio requerido en los hospitales del CICR es de 45 unidades por cada 100 pacientes internados; pero puede elevarse a 60 unidades/100 pacientes si el traslado al hospital dura más de seis horas y a 100/100 en las situaciones conflictivas en que se utilizan muchas minas antipersonal.

El servicio de radiografía se limita a radiografías simples, que son suficientes para hacer un balance preoperatorio.

En un hospital del CICR, el quirófano, la sala del posoperatorio, el banco de sangre, el laboratorio y la unidad de radiología están situados en edificios de ladrillo, con tejado de chapa ondulada y piso de cemento. Las habitaciones de los pacientes pueden ser simples barracas o carpas, si la situación de seguridad lo permite. Su capacidad puede incrementarse así rápidamente, en función de las necesidades.

El instrumental quirúrgico, los medicamentos y el material de cura están normalizados. La lista estándar, elaborada por la División Médica del CICR, garantiza una organización uniforme en todos los hospitales de la Institución y evita los problemas que pudieran resultar del hecho de que no todos los miembros del personal médico tienen el mismo criterio ni las mismas preferencias. Esto es especialmente importante cuando los equipos quirúrgicos se reemplazan trimestralmente. Se revisa con regularidad la lista estándar basada en el principio de suministrar sólo el material necesario para curar heridas de guerra, como el instrumental quirúrgico básico y un material que permita aplicar sin riesgos la anestesia.

Los hospitales del CICR también proporcionan fisioterapia, tratamiento ambulatorio a pacientes externos y de rehabilitación.

Los hospitales funcionan con la colaboración de personal expatriado y local. El personal médico se recluta por intermedio de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja; cada equipo quirúrgico consta de un cirujano, un anestesista y un instrumentalista.

3. Selección

La capacidad para tratar a muchos pacientes hospitalizados en un breve lapso de tiempo puede resultar limitada por las estructuras operativas. En estas circunstancias, es necesario determinar qué pacientes tienen prioridad para recibir tratamiento. La persona encargada de la selección debe ser, de preferencia, un médico experimentado; puede ser difícil aceptar que los heridos más graves no tienen prioridad. La categoría I incluye a los que necesitan ser operados urgentemente, pero que tienen posibilidades de sobrevivir. La categoría II engloba tanto a los heridos que no necesitan intervención quirúrgica como a los que, por la gravedad de las heridas, no mejorarían con una operación y movilizarían demasiados recursos quirúrgicos. La categoría III comprende a los que pueden esperar la intervención sin correr peligro alguno. Es necesario hacer frecuentes evaluaciones, ya que, inevitablemente, algunos pacientes cuyo pronóstico era grave pueden mejorar mientras que el estado de otros puede empeorar. La selección racional es de capital importancia para asistir lo mejor posible al mayor número de personas.

4. Tratamiento de las heridas

Las heridas causadas por fragmentos o balas pueden ser leves y requerir sólo una pequeña intervención quirúrgica o, incluso, ninguna. Las heridas que dañan considerablemente los tejidos, en cambio, están generalmente infectadas y puede haber partículas de tela o piel dentro de la herida o haber sido aspiradas por esta. En caso de heridas causadas por minas, se corre el riesgo de tener que amputar una pierna a la víctima, cuyos muslos, nalgas y órganos genitales suelen tener piedras, barro y astillas de huesos proyectados por la explosión.

El objeto de la intervención quirúrgica es extraer todo cuerpo extraño, así como los huesos astillados, y extirpar los tejidos muertos y descomprimir los tejidos viables que quedan. Después, las heridas se dejan abiertas y se cubren con una cantidad de gasa suficiente para absorber la sangre y el exudado seroso. Este apósito se deja hasta que se cierre por vez primera la herida —al cabo de cuatro o cinco días— a menos que el estado general del paciente indique que no se ha limpiado completamente la herida. Este cierre diferido puede efectuarse por sutura directa, injerto cutáneo o reconstrucción. Para las heridas de las extremidades, el tratamiento correcto de la herida tiene prioridad sobre el método de fijación de la fractura. Algunos cirujanos prefieren los fijadores externos, pero se reconoce cada vez más la eficacia de los medios más simples, como la inmovilización mediante escayola.

5. Formación de cirujanos civiles para la cirugía de guerra

La División Médica del CICR reconoce que la transición de la práctica especializada de la cirugía civil al cuidado de heridas de guerra puede ser difícil para muchos cirujanos. Deben hacer frente a condiciones de trabajo, material y cuadros clínicos diferentes, y lo que los pacientes esperan de ellos también varía considerablemente. Además, trabajan fuera de la especialidad en la que fueron formados.

Cada año, se organiza un curso para cirujanos, que se ha convertido en un foro muy apreciado para intercambiar informaciones y experiencias. Se ha distribuido material de información sobre cirugía a todas las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja que reclutan a cirujanos.

Hay numerosas publicaciones sobre la experiencia del CICR en el ámbito de la cirugía de guerra (*véase más adelante*), cuya finalidad es establecer un procedimiento de evaluación interna que permita mejorar las prestaciones. Esas publicaciones son un medio de contacto precioso entre la División Médica y los cuerpos profesionales, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y los servicios sanitarios de las fuerzas armadas, que pueden beneficiarse de la experiencia del CICR.

Por otro lado, se reconoce cada vez más que la experiencia adquirida por los cirujanos en el transcurso de sus misiones al servicio del CICR resulta después muy útil en el ejercicio corriente de su profesión y que, para los más jóvenes, es una buena referencia en su curriculum vitae. En efecto, la formación quirúrgica moderna ofrece pocas posibilidades para adquirir experiencia en la verdadera cirugía general; el CICR brinda esta oportunidad.

6. Conclusión

La División Médica del CICR, al tiempo que continúa desarrollando sus actividades quirúrgicas en función de las necesidades de las víctimas de la guerra, se esfuerza en aprovechar esta experiencia en beneficio de todos los que tendrán que ocuparse de heridos de guerra.

Rémi Russbach
Robin Charles Gray
Robin Michael Coupland

ANEXO

CORTA BIBLIOGRAFÍA SOBRE LA CIRUGÍA DE GUERRA

- Kjaergaard J., «Les blessés de guerre de l'hôpital de campagne du CICR à Beyrouth en 1976», *Schweizerische Zeitschrift für Militär- und Katastrophenmedizin*, 1978, vol. 55, nº 1, pp. 1-23.
- Bion J., «An anaesthetist in a camp for Cambodian refugees», *Anaesthesia*, 1983, nº 38, pp. 798-801.

- Morris D.S., Sugrue W.J., McKenzie E., «On the border of Afghanistan with the International Committee of the Red Cross», *New Zealand Medical Journal*, 1985, n° 98, pp. 750-752.
- Frei E., «Schuss- und Splittverletzungen. Wundballistisches Einmaleins», *Médecine militaire*, 1986, n° 1, pp. 5-14.
- Graber P., Rochat CH-H., «Les lambeaux musculo-cutanés et musculaires en chirurgie de guerre», *Médecine militaire*, 1986, n° 1, pp. 16-19.
- Gertsch Ph., «Lésions vasculaires des blessés de guerre afghans traités à l'hôpital du CICR à Peshawar», *Médecine militaire*, 1986, n° 2, pp. 46-47.
- Rochat Ch-H., Graber P., Ursprung T., «Traitement des plaies par projectiles en condition de guerre (Afghanistan). Suture primaire différée ou suture secondaire?», *Médecine militaire*, 1986, n° 1, pp. 20-22.
- Gertsch Ph., Savolainen H., Christensen P., «Traumatismes thoraciques en temps de guerre. Evaluation et planification hospitalière», *Médecine militaire*, 1986, n° 4, pp. 95-97.
- Verbeke J.H., «Initial treatment of war casualties in a field hospital», *Acta Anaesthesiologica Belgica*, 1987, n° 38, pp. 261-265.
- Trouwburst A., Weber BR, Dufour D., «Medical statistics of battlefield casualties», *Injury*, 1987, pp. 96-99.
- Gertsch Ph., «Assessment of hospital workload in war surgery» *British Journal of Surgery*, septiembere de 1987, vol. 74, pp. 831-833.
- Frei E., «Wundinfekte im Krieg», *Médecine militaire*, 1987, n° 4, pp. 121-123.
- Coupland R.M., Howell P., «An experience of war surgery and wounds presenting after 3 days on the border of Afghanistan», *Injury*, 1988, n° 19, pp. 259-262.
- Gray R.C., Winiger E., *War surgery: an introduction*, División Audiovisual del CICR, Ginebra, 1988.
- Dufour D., Kromen Jensen S., Owen-Smith M., Salmela J., Stening G.F., Zetterström B., *Surgery for victims of war*, CICR, Ginebra, 1988.
- Rautio J., Paavolainen P., «Afghan war wounded: Experience with 200 cases», *The Journal of Trauma*, 1988, n° 76, pp. 523-525.

- Coupland R.M., «Technical aspects of war wounded excision». *British Journal of Surgery*, 1989, n° 76, pp. 663-7.
- Coupland R.M., «Amputation for antipersonnel mine injuries of the leg: preservation of the tibial stump using a medial gastrocnemius myoplasty», *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, n° 73, pp. 21-25.
- Coupland R.M., «A management algorithm for chronically exposed war wounds of bone», *Injury*, 1990, n° 21, pp. 101-103.
- Coupland R., «The role of reconstructive surgery in the management of war wounds», *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 1991, n° 73, pp. 21-25.
- Coupland R.M., *The Red Cross wound classification*, CICR, Ginebra, 1991.
- Strada G., Coupland R.M. Gray R., «Surgery for victims of war: the experience of the International Committee of the Red Cross», *The Journal of Emergency Surgery*, 1991, n° 14 (2), pp. 126-130.
- Gray R., «Surgery for war and disaster», *Tropical Doctor*, 1991, n° 21, suplemento 1, pp. 56-60.
- Pesonen P., «Pulse oximetry during Ketamine anaesthesia in war conditions», *Canadian Journal of Anaesthesia*, 1991, vol. 38, n° 5, pp. 592-594.
- Eshaya-Chauvin B., Coupland R.M., «Transfusion requirements for the management of war injured: the experience of the International Committee of the Red Cross», *British Journal of Anaesthesia*, 1991, (en prensa).
- Coupland R.M., Pesonen P., «Cranio-cerebral war wounds: non specialist management», *Injury*, 1991, n° 6.
- Morris D.S., Sugrue W.J., «Abdominal injuries from the war wounded of Afghanistan: a report from the International Committee of the Red Cross Hospital in Kaboul», *British Journal of Surgery*, 1991, (en prensa).
- Morris D.S., «Surgeons and the International Committee of the Red Cross», *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 1991, (en prensa).
- Coupland R.M., Korver A., «Antipersonnel mine injuries: the experience of the International Committee of the Red Cross», *British Medical Journal*, 1991, (en prensa).

- Coupland R.M., «The Red Cross classification of war wounds», en prensa, *World Journal of Surgery*, 1992, vol. 16, nº 3, (en prensa).

El doctor **Robin Charles Gray** nació el año 1942 en Epsom (Gran Bretaña), país donde estudió y se graduó en medicina: M.A. el año 1966, F.R.C.S. en 1972 y *Certificate of Higher Surgical Training in General Surgery* en 1979. Ocupó, entre otros, el cargo de *Surgical Tutor* en el *Royal College of Surgeons* y el presidente del Departamento de Cirugía en el *Brook General Hospital*. Fue asesor en el servicio de cirugía general y urología del *Gama Hospital de Riad* y *Consultant General Surgeon* de la *South-East Thames Regional Health Authority* del Sistema Asistencial británico. Desde 1983, fue puesto a disposición por la Cruz Roja Británica para numerosas misiones quirúrgicas en los hospitales del CICR en Tailandia y en Pakistán. En 1988, empezó a trabajar como coordinador médico del CICR y en 1989 fue nombrado coordinador de las actividades del CICR en el ámbito de la cirugía de guerra.

El doctor **Robin Michael Coupland** nació en 1957 y cursó sus estudios médicos en Gran Bretaña: M.A. en 1982, F.R.C.S. en 1985. De 1985 a 1987, ocupó el cargo de médico asistente en los servicios de cirugía general, gastrointestinal, urológico y cardiorácico del *University College of Middlesex Hospitals*. Después, fue puesto a disposición por la Cruz Roja Británica para varias misiones quirúrgicas en los hospitales del CICR en Peshawar y Quetta (Pakistán), Khao-I-Dang (Tailandia) y Angola. Desde noviembre de 1989, es cirujano coordinador en el CICR.