

Algunas ideas sobre el Puesto de Socorro

*Ignacio Ruíz de la Hermosa**

RESUMEN

El Puesto de Socorro de BON, primer escalón en la cadena de evacuación, debe presentar unas características específicas de acorde con las modernas tácticas y técnicas militares, basadas fundamentalmente en la movilidad y dispersión de las Unidades. Esto requiere un material sanitario y de evacuación más moderno y más manejable para permitir los desdoblamientos y despliegues del PS de una forma inmediata y eficaz.

El Ejército como Institución Estatal tiene un papel importante en la protección civil, siendo los PS fundamentales en el buen desarrollo de las evacuaciones y atenciones sanitarias primarias en las catástrofes.

SUMMARY

The BON First Aid Station, the first stage of the evacuation chain, must have specific characteristics in accordance with modern military tactics and techniques, based fundamentally on the mobility and dispersion of units. This requires medical material and the most modern and manageable evacuation in order to allow the First Aid Station to be expanded and extended quickly and efficiently.

The Army as a State Institution has an important role in civil defense, and First Aid Stations are fundamental for the good working of evacuations and first aid treatment during catastrophes.

COMO se sabe, el primer escalón en la vía de evacuación tanto en situación de guerra como de catástrofe, lo constituye el Puesto de Socorro (PS).

Corresponde a la Sección de Sanidad, integrada en la CIA de PLM que existe en cada batallón, la actuación y organización de dicho escalón.

Su mando está a cargo de un oficial médico y en su composición, hay un equipo de evacuación que dispone de tres ambulancias (en caso de Unidades Mecanizadas, dos son vehículos TOA,s generalmente, o BMR) y un equipo de curación integrado por dos ATSM,s y cuatro enfermeros de primera o sanitarios.

Por lo tanto, como en casi todas las Unidades de Sanidad, tiene dos misiones fundamentales: la evacuación de heridos de primera línea, que en su caso es de una importancia relevante, y la asistencia facultativa de los mismos.

Dentro de esta asistencia médica en

el PS, conviene aclarar sus funciones, porque a veces creemos que son más de las que realmente tiene encomendadas.

El oficial médico del PS junto con la colaboración de su equipo de curación está encargado básicamente de:

1.— *Primeros cuidados de urgencia.* Esto no supone realizar tratamientos largos y delicados, sino como decía el obsoleto Reglamento de Sanidad en Campaña, es la aplicación y revisión de apósitos, cohibición de las hemorragias, inmovilización de fracturas, revisión de tortores, profilaxis del shock y de la infección y en general, todas aquellas medidas de carácter urgente destinadas a salvar la vida, o un miembro y a preparar al herido para su transporte al PCLA.

2.— Una misión fundamental, es *reducir la categoría de las urgencias* si es posible y así dar una mayor posibilidad de supervivencia al herido.

3.— El PS hace una primera clasificación, pero básicamente en lo referente a la *prioridad de evacuación*, decidiendo el orden de la misma. Por lo tanto es más importante en este primer escalón

la evacuación que la ejecución de tratamientos complicados que conllevaría la pérdida de tiempo que se hubiera podido ganar en la recogida de heridos.

Así lo determinaba el Reglamento:

“La actuación técnica del PS dadas las precarias condiciones en que tiene que desarrollarse, será limitada, no siendo el lugar adecuado para la iniciación de tratamientos largos y delicados, que necesariamente retrasarían la normal marcha de las bajas hacia la retaguardia”.

4.— No debemos olvidar nunca la *tarjeta de evacuación sanitaria*. Es el primer escalón donde se inicia. En ella consta, los medicamentos y auxilios prestados a la baja, así como la modalidad de evacuación que precisa, filiación, hora en que fue herido y tipo de urgencia.

Por lo tanto, básicamente, estas son las funciones en materia asistencial que corresponden al PS.

A pesar de que las técnicas y el material de guerra son más sofisticados hoy día, las lesiones que se puedan producir, siguen siendo prácticamente las mismas aunque quizás lo que haya

* Cap. Méd.
Rgto. Ingenieros, 1 - MADRID

variado sea la frecuencia de las mismas; así por ejemplo, antiguamente los heridos más frecuentes eran los de armas de fuego y arma blanca; hoy día es posible que hubiera más gaseados, quemados y sobre todo politraumatizados. Esto puede hacer variar el material sanitario del PS, ya que el shock de los politraumatizados adquiere actualmente un mayor protagonismo, y por lo tanto habrá que disponer de medios adecuados para dar la primera asistencia a este tipo de heridos.

Con arreglo a esto, pensamos que la primera complicación que actualmente se nos presenta, es la propia tienda del PS. Es una tienda que ha quedado excesivamente anticuada por su complejidad de montaje, transporte, tamaño, peso y un espacio escaso para las características del PS actual. Debido a la movilidad de las Unidades actuales y a los posibles desdoblamiento del PS, como consecuencia de ello (provistos en el Reglamento de Sanidad en Campaña), que serían probablemente más frecuentes, hacen de esta tienda un modelo con excesivas dificultades, que hoy día superan a sus posibles ventajas.

Sugerimos un modelo de PS más funcional y más moderno. Actualmente existen unos tipos de tiendas hechas de materiales resistentes y de poco peso que se instalan y se desmontan rápidamente y con poco personal para ello.

Necesitaríamos además, un espacio concreto para el tratamiento inicial de los chocados y politraumatizados con material adecuado (respiración, reanimación, venoclisis, etc.).

Así pues, según nuestro proyecto, el PS estaría constituido por dos tiendas (módulos) más pequeñas y funcionales que la actual, de tal forma que albergaríamos a este tipo de enfermos en un módulo (UVI) del que estaría a cargo uno de los ATSM especializado. El otro módulo incluiría el centro de curas y admisión de lesionados y enfermos.

Esto presenta varias ventajas:

A) Se consigue hacer una diferenciación entre los heridos que requieren un tratamiento inicial especial, de los que precisan unos primeros auxilios.

B) Al separar los lesionados aparentemente más graves de los menos graves, el factor psicológico del herido, se afecta en menor grado, puesto que están incomunicados. No debemos olvidar que este "factor psicológico" es muy importante para la evolución de los heridos, sobre todo en el ambiente de guerra o catástrofe.

C) La rapidez de montaje y traslado así como la escasez de personal para ello, haría que el PS estuviera más acorde con el principio de movilidad que caracteriza cada día más, a las Unidades combatientes.

D) La posibilidad de desdoblamiento, en un momento dado, sin tener que incomodar en las primeras horas a los politraumatizados que tengamos pendientes de evacuación, se puede realizar gracias al modelo de doble módulo, de tal forma que avanzaríamos con el de curas y admisión dejando el módulo UVI hasta finalizar la evacuación de los heridos.

En caso de "maniobra de retroceso" se haría de la misma forma. Además, por las ventajas reseñadas en el apartado C, el tiempo en el que los dos módulos estarían separados en un desdoblamiento sería mucho menor, lo cual es importante para el buen funcionamiento y rendimiento del propio PS.

De esta forma, a nuestro modo de ver, las ventajas superarían los inconvenientes dando una mayor capacidad operativa al primer escalón.

En lo referente al material sanitario, se precisaría uno específico para el módulo UVI donde se incluiría equipo de reanimación completo, oxigenoterapia, aspiración, equipo de transfusión y venoclisis, equipo desfibrilador-monitor-móvil, material de cura, camillas, suero y medicación de urgencia.

Aunque así enumerado pueda parecer un material excesivamente complicado, pesado y de difícil transporte, no debemos olvidar, que hoy existen aparatos muy completos y modernos, de fácil transporte por su poco peso y tamaño siendo su manejo sin excesivas complicaciones.

Se trata de hacer un módulo UVI con el equipamiento semejante (y quizás no tan completo) al de una UVI-ambulancia. Con eso pensamos que sería suficiente para iniciar un buen tratamiento en el PS de los politraumatizados, quemados, chocados y heridos en general.

Repetimos que no se trata de hacer una UVI completa en el propio PS, ya que probablemente no sea rentable ni beneficioso para el primer escalón, pero sí es cierto que hoy día se carece de material acorde con las lesiones y heridos que vamos a recibir, y el que hemos propuesto, creemos que es el mínimo y más adecuado para poder hacer frente a unos primeros auxilios y urgencias que nos podamos encontrar en este escalón sanitario. El mayor porcentaje de los heridos van a pasar por el PS y aunque su tratamiento se va a realizar en otros escalones de evacuación, según el tipo de urgencia, si es cierto que esa

primera asistencia en el PS va a ser fundamental en todos los casos, para la supervivencia y/o recuperación del individuo.

Un desfibrilador es probable que no se vaya a usar constantemente, pero un chocado o politraumatizado en un momento dado puede tener una parada cardíaca justo cuando se le está atendiendo en el PS; con un aparato de este tipo, que hoy día son muy pequeños y manejables, se puede salvar la vida de un soldado, que anteriormente precisaba masaje cardíaco y una pérdida de tiempo quizás mayor que empleando uno de estos elementos.

En el módulo de curas y admisión se precisaría de:

- mesa y sillas para la recepción de enfermos,
- carro de curas y primeros auxilios equipado correctamente,
- mesa de reconocimiento y curas,
- cajón de medicamentos con la medicación adecuada,
- material de esterilización básico,
- equipo quirúrgico elemental.

El material quirúrgico elemental es imprescindible para desbridar una herida, realizar una traqueotomía o cualquier intervención quirúrgica, que por sus características de urgencia, sea necesaria realizarla en el PS.

Insistimos en lo expuesto anteriormente, el material que proponemos es, a nuestro juicio, el necesario para realizar hoy día las misiones sanitarias encomendadas al primer escalón, y adecuándolas al tipo de combate actual, que se basa esencialmente en el movimiento y en el empleo de armas más sofisticadas, que varían la frecuencia de las lesiones.

El personal, de acuerdo con la dotación del equipo de curación, lo distribuiríamos de la siguiente manera:

1.— El oficial médico subalterno sería el coordinador de los módulos del PS (equipo de curación) y del equipo de evacuación. Estaría encargado de las pautas de tratamiento; le correspondería el enlace con el Mando tanto táctico como técnico, para informar y establecer futuros asentamientos del PS. En caso de desdoblamiento, avanzaría con el módulo de curas y admisión de enfermos, así como con el equipo de evacuación.

2.— Los ATSM,s se encargarían cada uno de un módulo. En el módulo UVI, habría uno especializado a ser posible, mientras que el segundo, se ocuparía de los heridos y curas del otro módulo, auxiliando al oficial médico en todo lo necesario.

3.— Los enfermeros de primera, se distribuirían de la siguiente manera:

- uno para auxiliar al ATSM del módulo UVI,

- otro auxiliaría al ATSM del segundo módulo en todo lo referente a curas y asistencia,
- un tercero estaría encargado del material, esterilización y limpieza, así como de la admisión y control de medicamentos,
- el último tendría como misión fundamental la asistencia de los heridos en espera de evacuación, y auxiliar al resto, cuando exista masificación de bajas en el PS.

4.— Dentro de la PLM de la Sección de Sanidad, habría que incluir dos soldados encargados del enlace y las transmisiones. Los desdoblamientos y el continuo tráfico de evacuaciones, exige una estrecha coordinación entre los niveles médicos y entre los Mandos sanitarios y los tácticos, consiguiéndose ésta, sólo a través de las transmisiones y un adecuado enlace.

El equipo de evacuación con sus ambulancias constituye el otro eje del primer escalón. Su misión fundamental es la evacuación desde la primera línea hasta el PS de los heridos, lo más rápidamente posible; por lo tanto el material sanitario que poseen, es mínimo ya que no tienen ninguna misión específica en cuanto a la asistencia de enfermos, puesto que ya se habrá encargado de ello, el enfermero de primera de la Cía. correspondiente.

Es importante que las ambulancias dispongan de un buen equipo de extintores contra incendios ya que en un momento dado, ellos pueden ser los primeros en llegar al lugar o vehículo siniestrado, y rescatar a los heridos de un posible fuego.

El cabo primero jefe del equipo, debe en todo momento, conocer las rutas de evacuación establecidas, y las posiciones de las Cías. y agrupamientos tácticos en la zona de despliegue, manteniendo el enlace entre la primera línea y el oficial médico, que también es el responsable de la coordinación de este equipo de evacuación.

En caso de Unidades motorizadas, mecanizadas o acorazadas, hay que saber que cada vehículo dispone de un botiquín con el que se pueden iniciar las primeras curas y auxilios.

Por último, queremos reseñar que el PS, a nuestro juicio debe tener una movilidad y autonomía independientes, para lo cual, hay que agregarle uno o dos vehículos más, que estuvieran capacitados para transportar por sí mismos todo el material y poder realizar los desplazamientos lo más rápidamente posible. Esto se viene haciendo en la actualidad, aunque no viene

expresamente reseñado en el ya citado Reglamento de Sanidad en Campaña.

El material y la composición del equipo de evacuación en la actualidad, a nuestro juicio, es el adecuado, pudiendo realizar sus cometidos con la máxima eficacia, siempre y cuando exista una perfecta coordinación con el Mando del PS, consiguiéndose esto con entrenamiento e instrucción adecuada del personal que lo integra.

Antes de concluir, debemos pensar que todo este sistema de organización va encaminado esencialmente a darle al PS una mayor movilidad, primero porque ésta existe en todas las Unidades y segundo, no hay que olvidar que el ambiente químico y nuclear está constantemente presente en la guerra actual (al menos en cuanto a amenaza se refiere). Por lo tanto el factor de dispersión adquiere una importancia trascendental y la movilidad es el medio de conseguirla.

Así pues, entrando en este ambiente, es de vital importancia que en el PS existan contadores o detectores de agresivos químicos o nucleares, puesto que el aislamiento de estas bajas es fundamental para que el PS pueda seguir funcionando sin peligro de contaminación.

No proponemos un equipo de duchas o elementos determinados de descontaminación NBQ puesto que aunque corresponde al PS realizar la descontaminación de bajas, es un material con excesiva servidumbre y de no fácil transporte. Esto incidiría en contra de la movilidad del PS y no siempre es un material que en principio se vaya a emplear. Con el simple aislamiento, adecuadamente realizado, se podría evitar contaminaciones en el Puesto de Socorro. Por supuesto, el Mando al detectar este ambiente bélico, proporcionaría, como a todas sus Unidades, equipos de protección adecuados. Ahora bien, si es importante detectar en el PS las bajas contaminadas para poder realizar ese aislamiento con la máxima eficacia. Para ello, no cabe duda que se precisan contadores o detectores de agresivos químicos o de radiación.

Un primer escalón perfectamente entrenado para actuar en ambiente NBQ consiguiendo una movilidad correcta y una capacidad de dispersión adecuada, va a obtener unos rendimientos superiores que en situaciones normales, y esto redunde favorablemente cuando tenga que actuar en una catástrofe. En estas situaciones el PS adquiere una trascendencia vital, ya que el tiempo que tarde en llegar e instalarse, va a influir en la vida y supervivencia de las bajas. Es cierto que en estas situaciones las ambulancias equipadas presentan más ventajas, pero también es cierto

que el número de ellas no es, en muchas ocasiones, el suficiente y por lo tanto se precisa de un PS en el "eje de la catástrofe" para organizar los primeros auxilios y las evacuaciones. Sirva de ejemplo el terremoto ocurrido en México hace años que en los primeros momentos, había una gran confusión y hasta que se organizaron los PS, transcurrió un tiempo, que en otras circunstancias habría salvado algunas vidas.

CONCLUSIONES

Esencialmente, nuestro modelo se fundamenta en la actualización, modernización y perfeccionamiento del material sanitario y de evacuación del PS en las Unidades, para estar acorde con los progresos de la táctica militar que concretamente se centra, en una mayor movilidad de todos sus equipos de combate y como consecuencia, una mayor capacidad de dispersión para prevenir la guerra bajo ambiente nuclear.

Sobre estas premisas establecidas, los mecanismos, materiales y técnicas han cambiado la forma de combatir, y por lo tanto, el tipo de lesiones y su frecuencia van a tener otras características que nos obligarán a actuar desde el punto de vista sanitario de forma diferente, para lo cual necesitaremos un material actualizado, moderno y perfeccionado.

El PS, aunque quizás en principio la guerra NBQ no se emplee, debe estar preparado para ella, y esto requiere gran movilidad y además un material más sofisticado y a la vez de fácil manejo y traslado.

Pensamos que con ese modelo, conseguimos todos estos objetivos.

Es muy importante tener en cuenta que el PS de una unidad del Ejército no es de uso exclusivo para la guerra.

El Ejército es una Institución que está al servicio de la Nación y de los ciudadanos, y como tal, tiene sus misiones en tiempos de paz. En lo que respecta a Sanidad Militar, jugamos un papel muy importante en las catástrofes. Los equipos de protección civil, muchas veces se hacen insuficientes y es ahí donde nosotros podemos actuar con nuestros medios; el PS es fundamental en este tipo de situaciones.

El modelo que nosotros presentamos, se adapta perfectamente en el ambiente de catástrofes y es nuestra misión colaborar con nuestros medios cuando la población civil precise de nuestra ayuda. El Ejército es una Institución que está en activo en todo momento, y no sólo existe para las conflictividades bélicas, como algunos grupos ideológicos pretenden hacer creer a los demás.