

EDITORIAL

SANGRE CONGELADA PARA VALIENTES: LA GUERRA DE AFGANISTAN, EL CONFLICTO EN UCRANIA Y EL PERVERSO SÍNDROME DE LA PAZ

FROZEN BLOOD FOR BRAVE MEN AND WOMEN: AFGHANISTAN WAR, CONFLICT IN UKRAINE AND THE PERVERSE PEACE SYNDROME

Ricardo Navarro-Suay¹

1. Teniente Coronel Médico. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid

Palabras clave:

Plaquetas congeladas;
Síndrome de la paz;
Medicina militar.

Keywords:

Frozen platelets;
Peace Syndrome;
Military Medicine.

"Que no se te muera el herido por una hemorragia aguda y por la cuenta que te trae, vuelve vivo a la base". Esas eran las órdenes que recibía de mi jefe antes de cada misión de rescate aéreo durante la pasada guerra de Afganistán. Hace casi dos décadas, como médico de vuelo, formaba parte de las tripulaciones de los helicópteros españoles destinados al transporte de heridos en la región oeste de aquel país. La mayor parte de las bajas que evacuábamos habían sufrido un traumatismo penetrante por arma de fuego o por un artefacto explosivo improvisado y nuestra máxima prioridad era evitar que fallecieran a consecuencia de un shock hipovolémico hemorrágico (1). Estudios militares estadounidenses demostraban que la primera causa de muerte prevenible en el conflicto afgano era la hemorragia y por ese motivo, todas las sanidades militares allí desplegadas se esforzaban en desarrollar tratamientos hemoterápicos efectivos (2, 3).

En el hospital militar de campaña español de Herat (Afganistán) se atendieron desde el año 2005 al 2015 a 32.145 pacientes y de ellos, 923 fueron bajas de combate. A lo largo de esos diez años, nuestras Fuerzas Armadas desarrollaron numerosas medidas terapéuticas para una reanimación del control del daño efectiva en aras de minimizar la mortalidad por hemorragia: se acortaron los tiempos de aeroevacuación y de inicio en la atención médica, se protocolizó la atención al politraumatizado, se administró de manera habitual calcio, complejo protrombínico junto con ácido tranexámico y se emplearon hemoderivados y hemocomponentes de forma profusa (1). Sin embargo, nos enfrentamos a un desafío logístico: ¿cómo podíamos asegurar el tratamiento a esos heridos con unidades de plaquetas si la vida media

de los trombocitos no es superior a cinco días y la distancia desde el Centro de Transfusiones de las Fuerzas Armadas en Madrid hasta ese hospital militar de campaña era de más de 7.000 kilómetros?

Era inviable para Ejército del Aire español emplear aviones dos veces por semana de forma ininterrumpida durante tantos años para prestar ese cometido sanitario. No disponíamos de suficientes hematólogos militares para que realizasen una aféresis *in situ* en ese hospital de campaña. El empleo de sangre completa, aunque se había demostrado que era lo más recomendable, se encontraba con trabas legales nacionales y, finalmente, desde un punto de vista de doctrina OTAN, el suministro de sangre era una responsabilidad de cada uno de los países miembros de esa organización... Como en tantas ocasiones, la historia tenía la respuesta adecuada a este dilema médico.

El empleo de unidades de plaquetas congeladas se describió por primera vez en la década de 1950. Médicos militares demostraron que un proceso de congelación de la sangre rápido apenas generaba un sufrimiento celular e incrementaba exponencialmente la caducidad de ese hemocomponente (4). Desde 2010, tras alcanzar la certificación en el ámbito de calidad y hemovigilancia, la sanidad militar española contó con esa capacidad y resolvió al fin el reto transfusional en Afganistán. Congelando y manteniendo las unidades de plaquetas a -75°C, se elevaba a un año la posibilidad de ser transfundidas después de un procedimiento relativamente sencillo de descongelación (5). La experiencia con los heridos en combate fue satisfactoria (6), pero teníamos que avanzar en esta importante línea de investigación

hemoterápica. Por ese motivo mediante tromboelastometría comparamos en muestras *in vitro* la funcionalidad de las plaquetas congeladas frente a las frescas y demostramos que, en algunos aspectos cualitativos, las primeras superaban a las segundas (7). Este avance no solo se circunscribía al ámbito militar, sino que era extrapolable a la sanidad civil en situaciones de catástrofe, aislamiento o emergencias.

Desgraciadamente desde 2015 este esfuerzo científico se vio ralentizado tras el repliegue de Afganistán de las fuerzas españolas. Nuestra sanidad militar no iba a enviar equipos quirúrgicos al exterior durante un largo tiempo y eso podía comprometer el legado del conocimiento adquirido entre las distintas promociones de médicos militares. Tarpey (8) definió este concepto como *Síndrome de la Paz* preguntándose “¿cómo es posible que puedan fallecer heridos al principio de una guerra que posiblemente se hubieran salvado al final de un conflicto anterior?”

La conflagración entre Rusia y Ucrania ha supuesto un cambio de paradigma en la atención médica al herido. Hemos pasado de un combate asimétrico en suelo afgano con escasas bajas, superioridad aérea occidental y elevados recursos sanitarios en las fuerzas aliadas, a un conflicto convencional en Europa que compromete la asistencia médica cívico-militar en ambos países y donde la medicina transfusional vuelve a jugar un papel crucial (9). Llegado el hipotético caso ¿seríamos capaces de atender centenares de heridos politraumatizados con elevados requerimientos hemoterápicos en nuestros hospitales de España? ¿Disponemos de servicios de transfusión hospitalarios con la capacidad suficiente para que no se comprometa el apoyo de hemocomponentes? Quizá las plaquetas congeladas puedan ser de nuevo la clave en ese no deseado escenario.

Durante la realización de este artículo, un barco con bandera de Bangladesh ha sido liberado del secuestro pirata en aguas de Somalia gracias a que el grupo de operaciones especiales de la Armada española que realizó esa acción táctica contaba con el apoyo de un equipo quirúrgico con hemocomponentes a bordo de la fragata *Canarias*; un marinero del patrullero *Furor* desplegado en aguas del golfo de Guinea tuvo que ser evacuado por paludismo y durante el vuelo en avión militar hasta España, se le transfundieron plaquetas congeladas por sufrir trombocitopenia moderada; el portaaviones *Juan Carlos I* que va a desplegar en el Mar Báltico cuenta en su banco de sangre con unidades de plaquetas congeladas y en el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” se han empleado plaquetas congeladas durante dos intervenciones quirúrgicas simultáneas de pacientes que sufrían hemorragia masiva y comprometieron puntualmente las reservas hemoterápicas de ese centro hospitalario.

Tan solo el 3,5% de las bajas que se atendieron en nuestro hospital de campaña de Afganistán fallecieron (10). Es la cifra de mortalidad más baja de todos los conflictos en los que históricamente ha participado España y personalmente considero que el principal motivo de ese éxito radica en una adecuada atención médica focalizada en combatir a la hemorragia aguda en todos los escalones asistenciales. “*Cuando oímos*

llegar a los helicópteros de evacuación españoles sabemos que nuestros heridos pueden sobrevivir. Sois el sonido de la vida” me confesó un capitán médico estadounidense mientras estrechaba mi mano en Farah (Afganistán). Era el 27 de marzo de 2007.

Espero que aprendamos de los pasados avances transfusionales, como fue el empleo de plaquetas congeladas, para vencer al perverso síndrome de la paz. Es una deuda histórica que debemos saldar. Sin lugar a dudas, mi jefe de Afganistán tenía razón...

NOTA

Las opiniones emitidas son totalmente personales y no son las oficiales del Ministerio de Defensa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro-Suay R. Avances de la sanidad militar española durante la guerra de Afganistán. *Revista de Historia Militar* 2023; S2: 321-365.
2. Eastridge BJ, Mabry RL, Seguin P, et al. Death on the battlefield (2001-2011): implications for the future of combat casualty care. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012;73(6 Suppl 5):S431-437.
3. Kotwal RS, Staudt AM, Mazuchowski EL, et al. A US military Role 2 forward surgical team database study of combat mortality in Afghanistan. *J Trauma Acute Care Surg.* 2018;85(3):603-612
4. Sanidad. *Revista General de Marina* 1958;153:537-538.
5. O'Regan E. Sangre española para las misiones. *Revista Española de Defensa* 2014; 309: 51-53.
6. Navarro-Suay R, Tamburri-Bariain R, Virseda-Chamorro I, et al. Empleo de plaquetas congeladas en trauma masivo de extremidades. *Rev Esp Anest / Reanimación* 2015;62(4): 233-234.
7. Díaz-Valdés JR, Navarro-Suay R, Díez-Navarro N, et al. Evaluación *in vitro* de la eficacia de plaquetas convencionales, atemperadas y congeladas. Posible empleo en el medio militar. *Sanidad Militar* 2022, 78(4), 216-228.
8. Tarpey MJ. Reorganizing around combat casualty care, can army medicine negate the Peacetime effect?. *Military Review* 2022: 102(2): 67-80
9. Gaff RG. Changes in modern war that affect medical operations. *The Military Psychologist* 2024;39(1):9-14.
10. García-Cañas R, Navarro-Suay R, Rodríguez-Moro C, et al. A Comparative Study Between Two Combat Injury Severity Scores. *Mil Med.* 2022;187(9-10):1136-1142.

Si desea citar nuestro artículo:

Navarro Suay R. Empleo de plaquetas congeladas en ambiente militar y civil. *An RANM.* 2024;141(02): 105–106. DOI: 10.32440/ar.2024.141.02.ed01