

Directrices Tactical Combat Casualty Care

Para Todos los Combatientes

Agosto 2017

(Basadas en las Directrices TCCC para Personal Sanitario170131)

Se pretende que estas recomendaciones sólo sean unas directrices y no sustituyen el juicio clínico.

El texto en **ROJO** indica cambios en la terminología o un texto nuevo.

El texto en **AZUL** indica términos que se mantienen sin cambios pero han cambiado de posición en las directrices.

Plan de Manejo Básico para Care Under Fire

1. Devolver el fuego y ponerse a cubierto.
2. Indicar o contar con que el herido siga involucrado en el combate, si es apropiado.
3. Indicar al herido que se ponga a cubierto y se realice él mismo el tratamiento.
4. Evitar que el herido sufra lesiones adicionales.
5. Los heridos deben ser rescatados de vehículos o edificios en llamas y trasladados a lugares relativamente seguros. Hacer todo lo necesario para detener el proceso de combustión.
6. Detener las hemorragias externas de riesgo vital si es tácticamente factible:
 - a. Indicar al herido que se detenga la hemorragia él mismo si es posible.
 - b. Usar un torniquete para extremidades recomendado por el CoTCCC para hemorragias anatómicamente viables donde se pueda colocar un torniquete.
 - c. Colocar el torniquete para extremidades sobre el uniforme claramente proximal al punto(s) de sangrado. Si el punto de sangrado de la hemorragia exanguinante no se localiza claramente, colocar el torniquete “apretado lo más arriba posible” (lo más proximal posible) en la extremidad lesionada y poner al herido a cubierto.
7. El manejo de la vía aérea generalmente es mejor retrasarlo hasta la fase de Tactical Field Care.

Plan de Manejo Básico para Tactical Field Care

1. Establecer un perímetro de seguridad acorde a los procedimientos operativos tácticos estándar y/o táctica de la Unidad. Mantener la alerta táctica situacional.
2. A los heridos con el nivel de conciencia alterado se les debe retirar las armas y las comunicaciones de manera inmediata.
3. Hemorragia Masiva:
 - a. Realizar una valoración del herido para detectar hemorragias no reconocidas y controlar todas las fuentes de sangrado. Si no se ha hecho aún, usar un torniquete para extremidades recomendado por el CoTCCC para el control de una hemorragia externa de riesgo vital que sea anatómicamente viable con la colocación del mismo o para cualquier amputación traumática. Aplicarlo directamente sobre la piel a 5-7 cm por encima del punto de sangrado. Si el sangrado no está controlado con el primer torniquete, colocar un segundo torniquete pegado “lado con lado” al primer torniquete.
 - b. Para una hemorragia (externa) en la cual no se puede aplicar un torniquete o como complemento a la retirada del torniquete, usar Combat Gauze como el agente hemostático de elección por el CoTCCC.
 - Agentes hemostáticos alternativos:
 - Celox Gauze o
 - ChitoGauze o
 - Los agentes hemostáticos deben ser aplicados con al menos 3 minutos de presión directa. Cada agente actúa de manera diferente, por lo que si uno falla a la hora de controlar el sangrado, debe retirarse y debe aplicarse un agente nuevo del mismo tipo o diferente.
4. Manejo de la vía aérea:
 - a. Herido inconsciente sin obstrucción de la vía aérea:
 - Maniobra de elevación de mentón o pulsión mandibular
 - Vía aérea Nasofaríngea
 - Colocar al herido en posición lateral de seguridad
 - b. Herido con obstrucción de la vía aérea o con un compromiso inminente en la misma:
 - Maniobra de elevación de mentón o pulsión mandibular
 - Vía aérea Nasofaríngea

- Permitir que el herido consciente adopte la posición que mejor proteja su vía aérea, incluyendo la de sentado.
 - Colocar al herido en posición lateral de seguridad
- c. Si las medidas descritas no han tenido éxito, diferir a personal sanitario inmediatamente.

5. Respiración

- a. En un herido con distrés respiratorio progresivo y con trauma torácico conocido o sospechado, considerar un neumotórax a tensión y, diferir a personal sanitario lo más pronto posible.
- b. Todas las heridas abiertas/respirantes en tórax deben ser tratadas inmediatamente colocando un parche oclusivo con válvula para cubrir el defecto. Si no se dispone de un parche oclusivo con válvula, usar uno sin válvula. Vigilar al herido por si apareciese distress respiratorio. Si esto se produce, se debe sospechar un neumotórax a tensión. Tratarlo abombando o despegando el parche temporalmente. Si esto no mejora el distrés respiratorio, diferir a personal sanitario.

6. Circulación

a. Sangrado

- Reevaluar el torniquete colocado. Exponer la herida y comprobar que el torniquete está controlando el sangrado. Los torniquetes que hayan sido colocados sobre el uniforme del herido deben ser transicionados por el personal sanitario por otro torniquete colocado directamente sobre la piel a unos 5-7 centímetros del punto de sangrado, si es posible.
- Asegurarse de que el sangrado está controlado. **Si no existe amputación traumática**, se debe valorar el pulso distal. Si el sangrado persiste o el pulso distal todavía está presente, considerar apretar más el torniquete o el uso de otro torniquete, pegado “lado con lado” al primero, para eliminar tanto el sangrado como el pulso distal.
- Exponer y marcar claramente todos los **torniquetes** con la hora de su colocación. Usar un rotulador permanente para apuntar la hora, tanto en el torniquete como en la tarjeta del herido.

b. Shock hemorrágico

- Valorar el shock hemorrágico (nivel de consciencia alterado en ausencia de lesión cerebral y/o pulso radial débil o ausente).
 - Si el herido no está en shock:
 - Los fluidos IV no son inmediatamente necesarios.

- Se permiten líquidos por boca si el herido está consciente y puede tragar.
- Si el herido está en shock o desarrolla un shock, diferir a personal sanitario.

7. Prevención de la hipotermia

- a. Minimizar la exposición del herido a los elementos. Mantener al herido con su equipo antibalas colocado o junto a él si es posible.
- b. Reemplazar la ropa mojada por seca si es posible. Colocar al herido sobre una superficie aislante lo más pronto posible.
- c. Colocar la Ready-Heat Blanket del Hypothermia Prevention and Management Kit (HPMK) en el torso del herido (no directamente sobre la piel) y cubrirlo con el Heat-Reflective Shell (HRS).
- d. Si no se dispone de un HPMK, usar mantas secas, poncho liners, sacos de dormir, bolsas para cadáveres, o cualquier otra cosa que guarde el calor y mantener al herido seco.

8. Trauma penetrante en ojo

- a. Si se aprecia o se sospecha una lesión penetrante en el ojo:
 - Cubrir el ojo con un parche rígido (NO con un parche que presione)
 - Asegurarse de que se administra el comprimido de 400 mg de moxifloxacino del **Combat Wound Medication Pack (CWMP)** si el herido puede tragar. Si no puede, diferir a personal sanitario para la administración de antibióticos IV o IM.

9. Analgesia en combate:

- a. Para dolor leve o moderado que permita al herido seguir combatiendo:
 - TCCC Combat pilCombat Wound Medication Pack:
 - 2 comprimidos bicapa de Tylenol de 650 mg VO cada 8 horas.
 - Meloxicam de 15 mg VO una vez al día
- b. Si el dolor del herido es tan severo como para impedir que siga combatiendo, diferirlo a personal sanitario para que inicie tratamiento.

10. Antibióticos: recomendados para todas las heridas de combate abiertas

- a. Si el herido puede tragar:
 - Moxifloxacino de 400 mg VO (**del CWMP**) una vez al día.
- b. Si el herido no puede tragar (shock, inconsciencia):

- Diferir a personal sanitario para iniciar tratamiento.

11. Inspeccionar y cubrir todas las heridas conocidas.

12. Valorar la existencia de otras lesiones.

13. Quemaduras

- Las quemaduras faciales, especialmente aquellas que se producen en espacios cerrados, pueden estar asociadas a lesiones tóxicas o térmicas en las vías aéreas o en los pulmones. Valorar de forma exhaustiva el estado de la vía aérea y diferir a personal sanitario lo más pronto posible.
- Cubrir la superficie quemada con gasas secas y estériles. Para quemaduras extensas, considerar cubrir al herido con la Blizzard Survival Blanket o con el Hypothermia Prevention Kit tanto para cubrir las áreas quemadas, como para prevenir la hipotermia.
- Diferir cualquier herido con quemaduras extensas o graves a personal sanitario lo más pronto posible.

14. Inmovilizar fracturas y reevaluar los pulsos.

15. Comunicarse con el herido si es posible.

- Animar y tranquilizar al herido.
- Explicarle la asistencia que se le está realizando.
- Comunicarse con el Jefe Táctico lo más pronto posible y durante el tratamiento del herido cuándo sea necesario.
- Comunicar con el Sistema de Evacuación (Célula de Coordinación de Evacuación del Paciente) para organizar la TACEVAC.

16. Reanimación Cardiopulmonar (RCP)

- La reanimación en combate para víctimas de explosión o traumas penetrantes que no tienen pulso, no respiran, y no tienen otros signos de vida no tendrá éxito y no debe intentarse.

17. Documentación de la asistencia

- Documentar cualquier asistencia realizada y los cambios en el estado del herido en la TCCC Casualty Card (DD Form 1380). Enviar esta información con el herido al siguiente escalón asistencial.

18. Preparación para la evacuación:

- Cumplimentar la TCCC Casualty Card (DD Form 1380) y asegurarla al herido.

- b. Asegurar todos los extremos de los vendajes sueltos y envoltorios.
- c. Asegurar todos los materiales para la prevención de hipotermia como sacos/mantas/cintas.
- d. Asegurar las correas de las camillas como corresponda. Considerar almohadillar las zonas de presión si se prevé una evacuación prolongada.
- e. Proporcionar las instrucciones que sean necesarias a los pacientes ambulantes.
- f. Categorizar las bajas para la evacuación según los procedimientos operativos estándar.
- g. Mantener la seguridad en el punto de evacuación según los procedimientos operativos estándar de la Unidad.

Plan de Manejo Básico para Tactical Evacuation Care

1. El personal táctico debe establecer un perímetro de seguridad en el punto de evacuación y organizar a los heridos para la evacuación.
2. La asistencia que se realiza durante la evacuación es la misma que en Tactical Field Care.
3. En heridos con trauma torácico y abdominal vigilar de manera exhaustiva el posible desarrollo de un neumotórax a tensión, especialmente en las evacuaciones por aire o cruzando terreno montañoso.
3. Vigilar por si se produce un resangrado de alguna herida. Si ocurre, controlarlo.
4. Mantener al herido abrigado.
5. Documentar la asistencia que se realiza.