

# Documento de Posicionamiento del Grupo de Trabajo de Prolonged Field Care

## Contexto Operativo de la Asistencia Prolongada en el Terreno (PFC)

---

Christopher J. Mohr, 18Z, Sean Keenan, MD

Proponemos un enfoque universal para la planificación operativa y la preparación logística para las misiones de Prolonged Field Care (PFC) dividido en cuatro etapas. Nos hemos acostumbrado a entender las misiones en términos de etapas del tratamiento de un paciente, tal como contempla el Tactical Combat Casualty Care (TCCC). Esta aproximación resulta menos útil a la hora de planear la PFC debido al listado más extenso de capacidades de las que disponer a la hora de enfrentarse a un abanico más amplio de situaciones operativas posibles. En lugar de escalones asistenciales, proponemos utilizar un sistema de etapas de misión o de evacuación para simplificar y estandarizar nuestro lenguaje, usando la siguiente terminología: RUCK (MOCHILA) – TRUCK (CAMIÓN) – HOUSE (CASA) – PLANE (AVIÓN) abreviadas como RTHP. Consideramos que el formato RUCK – TRUCK – HOUSE – PLANE es útil, simple, fiable y fácil de transmitir a las diferentes ramas de nuestras Fuerzas Armadas.

Las cuatro fases son:

**RUCK:** El material que se lleva hasta el punto más alejado de una misión, normalmente irá en el equipo de los sanitarios operativos.

**TRUCK:** Cualquier material que se

transporta en los vehículos específicos de la misión, ya sean a motor como camiones o vehículos todo terreno, o de otro tipo, como kayaks.

**HOUSE:** Material disponible para el operativo, pero que solo puede almacenarse en una casa segura, una base de fuego o cualquier lugar fijo que de apoyo a la misión. Es el escalón más avanzado de asistencia del que disponen los sanitarios de manera orgánica.

**PLANE:** En la fase de planificación los sanitarios deben incluir el transporte aéreo de pacientes, ya sea éste mediante **MEDEVAC** (evacuación planificada con medios específicamente designados y equipados para la transporte aéreo de víctimas) o **CASEVAC** (aeronaves de apoyo a la misión, sin equipo médico, que se incluyen en la planificación como medios disponibles en caso necesario).

Estas etapas son teóricas y no necesariamente lineales, sólo deben servir como guías de actuación. Proponemos estos dos ejemplos:

**Ejemplo 1:** Una unidad que realiza patrulla a pie, apoyada por vehículos blindados con una casa segura en una base del ejército local con acceso a una heli-superficie. En este caso, mientras va a pie, el sanitario lleva en su equipo personal el material que considera necesario (RUCK). Y tiene acceso

a más equipo y suministros que se encuentran en los vehículos de apoyo a la misión (TRUCK). En la base (HOUSE) se encuentra almacenado el resto del material que no se puede transportar sobre el terreno y que representa el máximo nivel asistencial orgánico. El equipo habrá planificado el uso de la zona de aterrizaje como una posible vía de evacuación de bajas hacia una instalación sanitaria más avanzada o hasta un medio de evacuación aérea de ala fija (PLANE).

Sin embargo, la fórmula RTHP puede ser adaptada a cualquier otra misión.

**Ejemplo 2:** Una unidad operando fuera de sus vehículos en una misión en profundidad en el desierto puede que no disponga de un nivel orgánico superior de asistencia sanitaria más allá de lo que transporte en los camiones. Puede que no cuente con el apoyo de una casa segura o una base. Los vehículos más grandes, por tanto, representarían la capacidad orgánica máxima disponible para esa unidad (HOUSE). Sin embargo, cuando se divide en patrullas, los vehículos más pequeños de cada patrulla se abastecerán con bolsas de material de repuesto y quizás, con equipo más pesado, como botellas de oxígeno. Estos vehículos de patrulla representan ahora el nivel TRUCK. Las capacidades más avanzadas puede que solo se encuentren disponibles para el elemento de mando y control, o en el lugar desde donde se apoye la misión, que entonces representaría HOUSE. Los sanitarios operativos y sus equipos personales representarían RUCK.



Contexto Operativo de Prolonged Field Care

**Figura 1.** Un equipo de Fuerzas Especiales puede usar un vehículo grande como base (o HOUSE) de mando y control, así como de reabastecimiento logístico, durante operaciones de patrulla en profundidad.

La clave de la Figura 1 es la flexibilidad del lenguaje para describir el contexto operativo asistencial. Debemos recalcar que estas fases están definidas según los recursos disponibles, la misión y la unidad. No esperamos que TRUCK o HOUSE sean definiciones estrictas, ya que dependerá de la misión.

Un diagrama de planificación operativa útil consistiría en una tabla de cuatro filas horizontales etiquetadas con las cuatro etapas diferentes y cuatro columnas etiquetadas con las capacidades PFC necesarias en cada misión. Esto permite una mejor visualización y una toma de decisiones más ágil respecto a las capacidades y recursos disponibles en las diferentes etapas de la misión y de la asistencia y transporte de bajas. Mostramos un ejemplo parcial en la **Tabla 1**.

Este modelo presenta varias ventajas adicionales. La más importante es que tras identificar las diferentes etapas con este esquema, resulta sencillo identificar que capacidades y que material concreto tendrá a su disposición un operativo en cualquier punto de la misión o durante la evacuación de un paciente. Esto ayudará al sanitario a visualizar que áreas presentan carencias importantes en cuanto a capacidades a lo largo de la cadena asistencial propuesta.

El espacio es una limitación importante a la hora de planificar la mayoría de las misiones de las Fuerzas de Operaciones Especiales. Desde el momento que una unidad comienza a cargar material desde su base habitual de operaciones, hay que decidir sobre que material es prioritario transportar en el limitado espacio de los contenedores, de los vehículos y del equipo

personal de los operativos. El protocolo RTHP también puede ser útil en este aspecto, ya que ayuda a simplificar el proceso de priorización.

situaciones médicas graves. Usando este sencillo código, el sanitario puede transmitir con facilidad al jefe de unidad sus necesidades de material y de cómo ha de ser distribuido.

**Tabla 1.** Ejemplo de una Matriz de Planificación Operativa de PFC (tabla incompleta debida a restricciones de espacio)

FASE	MONITORIZACIÓN	REANIMACIÓN	VENTILACIÓN	V. AÉREA
RUCK	Pulsioxímetro, Estetoscopio, Tensiómetro	SS/ Hetastarch	Ambu + PEEP	V.A.S./Crico
TRUCK	Monitor	SS/Heta/ Sangre Completa	Ambu + PEEP/O <sub>2</sub> (2 botellas)	V.A.S. /Crico con gotero Ketamina
HOUSE	Monitor	RL/ Salino Hipertónico/ Sangre Completa	Concentrador O <sub>2</sub>	Capacidad ISR
PLANE	Monitor	RL	Ambu + PEEP	V.A.S. /Crico con gotero Ketamina

SS: Suero Salino, RL: Solución de Lactato de Ringer, PEEP: Presión Positiva al Final de la Espiración, V.A.S.: Vía Aérea Supraglótica, Crico: Cricotirotomía, ISR: Intubación de Secuencia Rápida

El uso de este código simplifica la transmisión en cuanto a limitaciones y restricciones al jefe de unidad, así como las discusiones sobre las necesidades logísticas. Un sanitario puede utilizar el contexto operativo y las diferentes fases para visualizar mejor las necesidades de material y comunicar estas al responsable. Por ejemplo, el sanitario explicará la necesidad operativa de establecer una HOUSE, cuatro camiones y posiblemente las capacidades que habría que incluir en un avión si fuera necesario. Aunque el sanitario pueda llevar Hestastarch o plasma fresco congelado en su equipo personal, es probable que las circunstancias de la misión demanden una terapia de fluidos más avanzada, como equipos de transfusión de sangre completa fresca en el nivel TRUCK. En el nivel HOUSE, el sanitario dispondrá de todas las opciones mencionadas anteriormente así como de una reserva suficiente de suero salino y de lactato de Ringer que le permita atender otras

#### Contexto Operativo de Prolonged Field Care

Finalmente, una de las ventajas estratégicas de que toda la comunidad utilice el mismo léxico es la homogeneización a la hora de la investigación, el desarrollo y la adquisición de material, así como la mejora de las capacidades a largo plazo. Ya que una parte importante del énfasis de PFC es evaluar con eficacia qué equipos aportan las capacidades necesarias, esto permite que los miembros de la comunidad de las Fuerzas de Operaciones Especiales puedan evaluar mejor el material que encuentran en los diferentes sets, kits y equipos con los que trabajan y así comparar objetivamente el equipo utilizado en las distintas fase operativas estandarizadas. También posibilitará la identificación de carencias de capacidades y el establecimiento de líneas de investigación y desarrollo para cubrir las necesidades de esta comunidad.

En resumen, la utilización de una nomenclatura sistemática, estandarizada y consensuada del contexto operativo como

el código RTHP propuesto, a la hora de la planificación de operaciones médicas y específicamente en PFC, nos ofrece varios beneficios inmediatos:

1. Aporta un marco de planificación del apoyo a la misión y del contenido del equipo personal.
2. Aporta un sistema claro de la transmisión al jefe del equipo de las limitaciones asistencias y de las capacidades médicas.
3. Es un lenguaje flexible, aplicable a cualquier misión.
4. Permite a la comunidad de Fuerzas de Operaciones Especiales usar un lenguaje común, y permite a los sanitarios de las Fuerzas Especiales y a los planificadores compartir fácilmente lecciones aprendidas, guías de actuación y sugerencias de uso de material.

5. Aporta un punto de vista sencillo a la hora de sugerir nuevas líneas de investigación, de desarrollo y de adquisición de material

*Palabras Clave: Asistencia Prolongada en el Terreno, PFC, Operaciones Sanitarias, Matriz Operativa, Planificación Médica*

**El señor Mohr:** trabaja en el Senior Medical NCO/ Gropu Medical Operations NCOIC; 10 Special Forces Group (Airborne); Fort Carson, CO.

**El Dr Keenan:** es Comandante Médico en el Special Operations Command Europeo (SOCEUR), Stuttgart, Alemania.  
sean.keenan1.mil@mail.mil