



Directrices TCCC-AC para Todo Combatiente

Agosto 2017

(Basadas en las Directrices TCCC-MP para Personal Sanitario del 31ENE17)

Estas recomendaciones están pensadas como unas directrices únicamente 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 CUF (*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 posible.
3. Indicar al herido que se ponga a cubierto y se realice él mismo el tratamiento.
4. Intentar evitar que el herido adquiera heridas adicionales.
5. Los heridos deben ser extraídos de vehículos o edificios en llamas y trasladados a lugares relativamente seguros. Hacer lo que sea necesario para detener el proceso de combustión.
6. Detener las hemorragias externas de riesgo vital si tácticamente es posible:
 - a. Indicar al herido que se detenga la hemorragia él mismo si puede.
 - b. Usar un torniquete de extremidad recomendado por el CoTCCC para hemorragias donde sea anatómicamente posible usarlo.
 - c. Aplicar el torniquete de extremidad sobre el uniforme, claramente proximal al punto(s) de sangrado. Si el punto de sangrado de la hemorragia exanguinante no se localiza rápidamente, aplicar el torniquete “alto y apretado” (lo más proximal posible) en la extremidad herida y poner al herido a cubierto.
7. El manejo de la vía aérea, generalmente, es mejor retrasarlo hasta la fase de TFC (*Tactical Field Care*).

Plan de Manejo Básico para TFC (*Tactical Field Care*)

1. Establecer un perímetro de seguridad según los procedimientos operativos tácticos de la Unidad y/o las tácticas de combate. Mantener la alerta táctica situacional.
2. A los heridos con el estado mental alterado se les debe retirar inmediatamente las armas y las comunicaciones.

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*
 - Aplicar las gasas hemostáticas con al menos 3 minutos de presión directa. Cada gasa hemostática actúa de manera diferente, por lo que si una no controla el sangrado, puede retirarse y aplicarse una nueva del mismo tipo o diferente.

4. Manejo de la Vía Aérea

- a. Herido inconsciente sin obstrucción en la vía aérea:
 - Maniobra de elevación de mentón (Frente-Mentón) o pulsión mandibular (Triple Maniobra Modificada)
 - Cánula nasofaríngea
 - Colocar al herido en Posición Lateral de Seguridad (PLS)
- b. Herido con obstrucción en la vía aérea o con obstrucción inminente:
 - Maniobra de Frente-Mantón o Triple Maniobra Modificada
 - Cánula nasofaríngea
 - Permitir que el herido consciente adopte la posición que mejor proteja su vía aérea, incluyendo la de sentado y incorporado hacia adelante
 - Colocar al herido inconsciente en PLS
- c. Si las medidas anteriores no tienen éxito, diferir al personal sanitario inmediatamente.

5. Respiración/Ventilación

- 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 distrés respiratorio. Si esto se produce, se debe sospechar un neumotórax a tensión. Tratarlo levantando o quitando el parche temporalmente. Si esto no alivia el distrés respiratorio, diferir a personal sanitario.

6. Circulación

a. Sangrado

- Comprobar todo torniquete aplicado anteriormente. Exponer la herida y comprobar que el torniquete ha detenido el sangrado. Los torniquetes que hayan sido aplicados sobre el uniforme del herido deben ser cambiados por parte del personal sanitario por otro torniquete aplicado directamente sobre la piel a unos 5-7 centímetros del punto de sangrado, siempre que sea posible.
- Asegurarse de que el sangrado está controlado. Si no hay amputación traumática, comprobar que no hay pulsos distales al torniquete. 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 escribir claramente en todos los torniquetes la hora de su aplicación. 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 no está en shock:
 - No necesita fluidos IV inmediatamente.
 - Se pueden administrar líquidos VO 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 el Ojo

- a. Si se aprecia o se sospecha de una lesión penetrante en el ojo:
 - Cubrir el ojo con un parche rígido (NO con un parche que lo 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 Wound Medication Pack (CWMP)*:
 - Tylenol (paracetamol), 2 comprimidos de 650mg VO cada 8 horas
 - Meloxicam, 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 abiertas de combate

- a. Si el herido puede tragar:
 - Moxifloxacino (del CWMP), 400 mg VO uno al día.
- b. Si el herido no puede tragar (shock, inconsciencia):
 - Diferir a personal sanitario para iniciar tratamiento.

11. Inspeccionar y vendar las heridas encontradas.

12. Buscar heridas adicionales.

13. Quemaduras.

- a. Las quemaduras faciales, especialmente las que se producen en espacios cerrados, pueden llevar asociadas lesiones tóxicas o térmicas en vía aérea o en pulmones. Vigilar de forma agresiva el estado de la vía aérea y diferir a personal sanitario lo antes posible.
- b. 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.
- c. 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.

- a. Animar y tranquilizar al herido.
- b. Explicar al herido la asistencia que se le va a dar.
- c. Comunicarse con el Jefe Táctico lo más pronto posible y durante el tratamiento del herido cuando sea necesario.
- d. Comunicarse con el Sistema de Evacuación (*Patient Evacuation Coordination Cell - PECC*) para organizar la Fase de TACEVAC.

16. Reanimación Cardiopulmonar (RCP).

- a. En víctimas por explosión o por traumas penetrantes, que no tienen pulso, no respiran y no tienen otros signos de vida, la RCP en combate no tendrá éxito y no debe intentarse.

17. Documentación del Tratamiento

- a. Documentar las valoraciones clínicas, los tratamientos prestados y los cambios en el estado del herido en Tarjeta de Baja TCCC DD1380 (*TCCC Casualty Card DD Form 1380*). Enviar esta información junto al herido hasta el siguiente nivel de asistencia.

18. Preparación para la Evacuación:

- a. Cumplimentar la Tarjeta de Baja TCCC DD1380 y asegurarla al herido.
- b. Asegurar todos los extremos sueltos de vendajes y envueltas.
- c. Asegurar todos los materiales para la prevención de hipotermia como sacos/mantas/cintas.
- d. Asegurar las correas de las camillas como corresponda. Considerar un acolchado extra si se prevé una evacuación prolongada.
- e. Proporcionar a los pacientes ambulatorios las instrucciones necesarias.
- f. Colocar a los heridos en espera para la evacuación según los Procedimientos Operativos Estándar (SOP) de la Unidad.
- g. Mantener la seguridad en el punto de evacuación según los Procedimientos Operativos Estándar (SOP) de la Unidad.

Plan de Manejo Básico para TACEVAC

1. El personal táctico debe establecer un perímetro de seguridad en el punto de evacuación y preparar a los heridos para la evacuación.
2. La asistencia que se realiza durante la evacuación es la misma que en TFC.
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.
4. Vigilar por si se produce un resangrado de alguna herida. Si ocurre, controlarlo.
5. Mantener al herido abrigado.
6. Documentar la asistencia que se realiza.

