

MANUAL DE BOLSILLO

para
Personal Sanitario Militar

(Hasta el Puesto Medico role 1)



GUA CIOMR
VERSION 1.1 ESPAÑOLA

24

1

- 4. Trauma medular** (¡difícil en paciente inconsciente!)
(dolor en espalda o cuello, parestesias, parálisis)
- inmovilizar columna si la situación lo permite y hay material

campo

NOTA: Asegurar la vía aérea y el rescate de la víctima tiene prioridad sobre la inmovilización de la columna

5. Lesiones ocultas (blast y aplastamiento)

en torax: taquipnea y lesiones externas
en abdomen: dolor rigidez y marcas externas

- evacuar

6. Lesiones oculares

(dolor, ojo rojo, mantiene ojo tapado)

cuerpo extraño

- irrigar (llamas. químicos) y proteger el otro ojo
- no remover
- cubrir AMBOS ojos sin presión

7. Lesiones por frío

- sabañones (palidez, hipoestesia, piel elástica)
- quemadura (palido, hipoestésico, piel rígida)

- pie de trinchera (palido/azul, ampollas)

- calor
- cubrir, sin presión
- evacuar
- tratar en MTF
- secar, no frotar
- no reventar ampollas
- evacuar

8. Mordeduras y picaduras

humanas/animal
picaduras

mordeduras de serpiente

- limpiar y cubrir
- cubrir
- valorar ABC
- no incisa/succinar la herida

VALORACION/TRATAMIENTO DE UNA BAJA

- **NO BAJO FUEGO**
- **¡TENER EN CUENTA LA SITUACION TACTICA!**

VALORACION PRIMARIA

La situación táctica/ambiental puede interferir con el examen y tratamiento completo

1. Parar las **hemorragias externas que amenacen la vida sigue tus recomendaciones nacionales**
 - presión directa, elevación, vendaje
 - vendaje hemostático, puntos de presión, torniquete
 - escribe T mas el tiempo en la cabecera, cuando uses torniquete
2. **Control cervical** si es necesario (en trauma con proyección)
3. Valorar **nivel de conciencia**
 - baja inconsciente **ve a pagina 10**
 - baja consciente **ver #4 "vía aérea"**
4. Valorar **"vía aérea"**
 - Preguntar qué le pasa
 - si la voz es clara: **"A"(vía aérea)** esta libre **ver #5"respiración"** (pagina siguiente)
 - si la voz es quejumbrosa o ruidosa
 - permitir cambiar a una postura mas cómoda para la baja
 - inspeccionar la boca
 - limpiar si se requiere
 - considerar vía aérea quemada **ver #5 "respiración"** (pagina siguiente)

18

7

campo**5. Valorar (“B”) respiración**

- posición de la traquea
- enfisema subcutáneo
- laringe
- venas del cuello
- frecuencia respiratoria
- lesiones
- simetría
- trabajo respiratorio
- auscultación
- percusión
- palpación
- inspección de la espalda

Consideraciones:

- la respiración persiste ruidosa(en particular en bajas con disminución de conciencia)
- tratamiento: intubación nasoro-traqueal
vía aérea quirúrgica ocasionalmente
posición lateral de seguridad después de la valoración
- **>30/min**(o incapacidad para contar 10):
considerar trauma torácico, explosión o shock
tratamiento: específico de la lesión
- **<10/min** : considerar TCE, hipotermia, opiodes
tratamiento: etiológico
- neumotórax abierto:
tratamiento: gasa vaselinada/opsite/Asherman
- neumotórax a tensión:
tratamiento: toracocentesis
- volet costal:
tratamiento: transporte a MTF role 1
- hemotórax masivo:
tratamiento: nada antes de role 2/3
ver # 6 “circulación” (siguiente pagina)

VALORACION SECUNDARIA

!!!En el campo la situación táctica y ambiental puede interferir con una completa evaluación y tratamiento!!!

- | | | | | | | | | | |
|--|--|--------|---|----------|--|---------|---|------------|--|
| 1. Heridas (ojo, orificio salida) | <ul style="list-style-type: none"> - cubrir (considerar gasa vaselinada en torax) - retirar anillos - no retroinducir - usar vendaje húmedo - no comprimir - no retirar - no reducir | | | | | | | | |
| evisceración | | | | | | | | | |
| cerebro visible
objetos extraños
huesos | | | | | | | | | |
| 2. Fracturas
(dolor, postura anormal, movilidad reducida y +/- herida) | <ul style="list-style-type: none"> - analgesia - inmovilizar - comprobar pulsos - cubrir heridas | | | | | | | | |
| 3. Quemaduras | <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">llamas</td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - extinguir fuente - no retirar ropas adheridas - remojar 10 minutos - no reventar ampollas - cubrir área quemada - precaución: vía aérea quemada </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">químicas</td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - retirar ropa contaminada (precaución) - remojar durante 30 minutos - cubrir área quemada - cubrir con vendaje húmedo - ¡mantener húmedo! </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">fósforo</td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - cubrir con vendaje húmedo - ¡mantener húmedo! </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">eléctricas</td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - desconectar la corriente - cubrir heridas </td> </tr> </table> | llamas | <ul style="list-style-type: none"> - extinguir fuente - no retirar ropas adheridas - remojar 10 minutos - no reventar ampollas - cubrir área quemada - precaución: vía aérea quemada | químicas | <ul style="list-style-type: none"> - retirar ropa contaminada (precaución) - remojar durante 30 minutos - cubrir área quemada - cubrir con vendaje húmedo - ¡mantener húmedo! | fósforo | <ul style="list-style-type: none"> - cubrir con vendaje húmedo - ¡mantener húmedo! | eléctricas | <ul style="list-style-type: none"> - desconectar la corriente - cubrir heridas |
| llamas | <ul style="list-style-type: none"> - extinguir fuente - no retirar ropas adheridas - remojar 10 minutos - no reventar ampollas - cubrir área quemada - precaución: vía aérea quemada | | | | | | | | |
| químicas | <ul style="list-style-type: none"> - retirar ropa contaminada (precaución) - remojar durante 30 minutos - cubrir área quemada - cubrir con vendaje húmedo - ¡mantener húmedo! | | | | | | | | |
| fósforo | <ul style="list-style-type: none"> - cubrir con vendaje húmedo - ¡mantener húmedo! | | | | | | | | |
| eléctricas | <ul style="list-style-type: none"> - desconectar la corriente - cubrir heridas | | | | | | | | |

- Esta guía esta destinada a todo el personal sanitario
- Cada individuo ha de ser consciente de su nivel de competencia, el material disponible y las peculiaridades judiciales nacionales
- En medicina militar la situación táctica actual es de capital importancia: un profesional de la salud militar pensaría siempre: "¿donde estoy, cual es la situación, que tengo que valorar y si hay posibilidad de una ataque NBQR?"
- La siguiente guía consta de las siguientes partes:
 1. Valoración primaria
 - a. En el campo (paginas 4-11)
 - b. En el Puesto Médico role 1 (MTF) (paginas 12-16)
 2. Valoración secundaria (para ser usada en ambos contextos en el campo y el role 1 MTF: depende de la situación táctica (paginas 17-19)
 3. Medidas adicionales (paginas 20-21)
- Los aspectos médicos de las armas de destrucción masiva son añadidas donde correspondan
- Hay muchas formas de realizar procedimientos concretos. esta guía, por tanto, no entra en detalles técnicos, describe la aproximación y los parámetros a considerar

BAJA INCONSCIENTE*role1*

La baja no reacciona a estímulos dolorosos o verbales: no replica y a menudo con los ojos cerrados y sin movimientos

1. Apertura de vía aérea (elevación mandibular)
2. Inspecciona boca, retirando restos (sangre, vómitos, dientes) con barrido digital o succión manual
3. Comprueba movimiento de aire (no más de 10 segundos)
 - presente
 - inserta cánula oro o nasofaríngea (si no esta contraindicada)
 - considera vía quirúrgica si obstrucción (parcial) y no han sido efectivas las medidas anteriores

retrocede a pag 15, #6 "respiración"
- ausente
 - RCP en progreso: continua RCP
 - no hay RCP: comprueba pulso
 - * pulso negativo la baja se considera **muerta**. (La RCP puede ser considerada; ver pag.11)
 - * pulso positivo insuflar

retrocede a pag 15, #6, "respiración"

campo

6. Valorar ("C") **circulación**
 - valorar hemorragias externas (también posteriormente)
 - tratamiento: taponar hemorragias
 - * sigue tus recomendaciones nacionales
 - * escribe T+ el tiempo en la parte proximal cuando coloques el torniquete
 - determinar pulso en arterias radial o carótida
 - comprobar si hay shock: estado mental disminuido
 - diaforesis, palidez
 - taquicardia
 - taquipnea
 - ausencia de pulso radial
 - relleno capilar > 2 segundos
 - si no hay shock: cambiar torniquete por vendaje
 - si hay shock: encontrar la causa- externa
 - torax/abdomen/pelvis
 - fracturas largas

tratamiento:

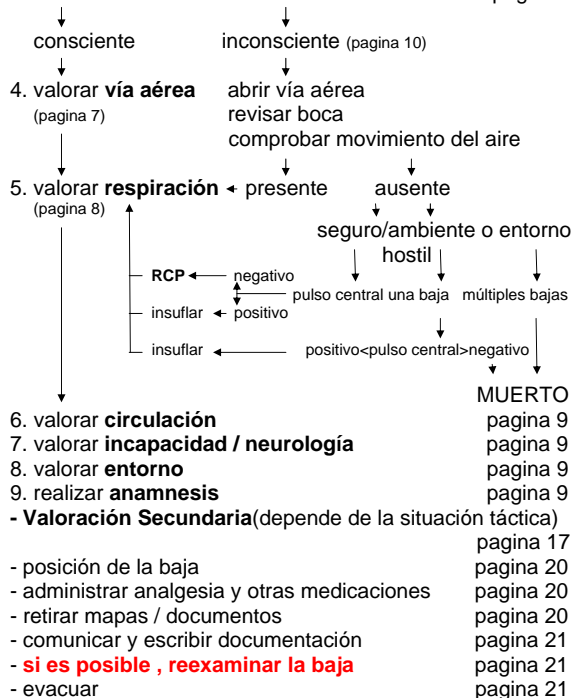
 - vía i.v, intraosea
 - sueroterapia con TS: 80mmHg (<1h) 100 en TCE
 - inmovilización fracturas (comprobar pulso periférico)
 7. Valorar ("D") **incapacidad (neurología)**
 - valorar conciencia (AVDN)
 - si es posible: tamaño y reactividad pupilar focalidad

tratamiento: ninguno
 8. Valorar ("E") **entorno/desnudar al paciente**
 - prevenir hipotermia
 9. Hacer **anamnesis**: alergias/medicaciones/antecedentes
- VALORACION SECUNDARIA ve a página 17**

ALGORITMO en el campo

- Piensa siempre en seguridad!!!

- Master drill: bajo fuego/ambiente hostil/seguro página 5
- Múltiples bajas: realizar triaje página 6
- Valorar/tratar baja individual o pocas bajas página 7
- **Valoración Primaria** página 7
- 1. parar **hemorragias que amenazan vida** página 7
- 2. **control cervical** en trauma si precisa página 7
- 3. valorar **conciencia** página 7



4

campo

COMUNICACIONES

Mensaje METHANE

- "Me" (Quien esta llamando)
- Exacta localización(GPS, retícula, descripción)
- Tipo de incidente(tiroteo, IED, etc)
- Hazard (riesgos)(munición sin explotar, agentes, etc)
- Accesibilidad
- Numero y tipo de bajas
- Esperada y ayuda requerida(helicópteros, ambulancias)

MIST handover

- Mecanismo de lesión
- Lesiones encontradas y/o sospechadas
- Signos: frecuencia respiratoria, pulso y conciencia
- Tratamiento administrado

DOCUMENTACION DESPUES DE LA RE-EVALUACION

EVACUACION

1. Solicita evacuación tan pronto como sea posible siguiendo procedimientos de OTAN o nacionales
2. Vuelve a realizar triaje tras el tratamiento(ver paginas 6,13)
3. Evacua en orden de P1(A,B,C),P2,P3
4. Inconscientes/ torniquetes/ vía aérea quemados: P1
5. Pueden ser trasladados directamente a escalones mas altos

MUERTE

1. Signos inconfundibles: decapitación, descomposición, lividez y rigidez en 2 o mas articulaciones(empezando por la mandibula)
2. Durante el tratamiento: cese de actividad respiratoria y cardiaca
3. En ambos casos: remover identificaciones y efectos personales siguiendo directrices **NACIONALES**
4. No dejar a los caídos detrás

21

campo

PACIENTE INCONSCIENTE

La baja no reacciona a estímulos dolorosos o verbales(no replica y a menudo con los ojos cerrados y sin movimientos)

1. Apertura de vía aérea(elevación mandibular)
2. Inspecciona boca, retirando restos(sangre, vómitos, dientes) con barrido digital o succión manual
3. Comprueba movimiento de aire (no mas de 10 segundos)
 - presente
 - inserta canula oro o nasofaringea(si no esta contraindicada)
 - considera vía quirúrgica si hay obstrucción(parcial) y no han sido efectivas las medidas anteriores

retrocede a pagina 8, #5 respiración
 - ausente
 - ambiente hostil
 - bajas multiples la baja esta MUERTA
 - una sola baja: comprueba pulso central la baja esta MUERTA
 - * ausente considera insufflar
 - * presente (si la respiración vuelve, retrocede a pagina 8, #5 respiración)
 - ambiente seguro
 - * presente comprueba pulso central
 - * ausente ininfla

ve a pagina 11

10

role1

6. "B"(respiración)

(también ver pag.8#5)

- considerar ventilación asistida(ej. Resucitador manual)
- considerar tubo de tórax:
 - o toracocentesis inefectiva (neumotórax a tensión)
 - o deterioro en neumotórax abierto tratado
 - o trauma torácico que va ser aeroevacuado

7. "C"(circulación)

(también ver pag.9#6)

- parar hemorragias digestivas con sonda de Foley
- voltear paciente para valorar hemorragias en la espalda
- usar fluidos calientes
- usar resucitación normotensiva en TCE
- usar resucitación hipotensiva por max. de 1 h.
- usar formula de Parkland en quemados tras estabilización hemodinámica
- monitorización cardiaca y pulsioximetría
- usar ecografía si esta disponible
- tracción de fémur (comprobar pulso periférico)
- inmovilizar para fractura inestable pélvica

8. "D"(incapacidad/neurología)

(tambien ver pag.9#7)

- valorar conciencia con GCS no el AVDN
- tamaño y reactividad pupilar
- focalidad neurológica

9. "E" (ambiente)

(tambien ver pag.9#8)

- proteger de la condiciones climaticas
- considerar tubo nasogastrico
- considerar tubo de Foley

10.Anamnesis: alergias/ medicaciones /antecedentes

Valoracion secundaria

ve a pag. 17

15

POSICION

campo

NOTA: DEPENDE TAMBIEN DE LA SITUACION TACTICA

1. baja consciente
 - en general la que prefiera la baja
 - vía aérea quemada: medio incorporado
 - heridas oculares: medio incorporado
 - heridas torácicas: medio incorporado
 - heridas abdominales: sobre su espalda con las rodillas flexionadas (si no hay fracturas o trauma medular)
2. baja inconsciente
 - posición de seguridad si no es supervisado (sigue tus recomendaciones nacionales) sobre el lado herido al menos que haya un objeto extraño en el lugar
 - sobre la espalda con protección de vía aérea (elevación mandibular)
 - en posición de trendelenburg en TCE

ANALGESIA, MEDICACION Y COMFORT

- la inmovilización trata el dolor
- hablar SIEMPRE a la víctima
- **analgesia y antibióticos SOLAMENTE sigue tus directrices NACIONAL**
- considerar revacunación antitetánica
- la morfina esta prohibida en
 - * inconscientes
 - * TCE
 - * disnea
 - * proteger a la baja de las inclemencias
- no dejar beber cuando el nivel de conciencia esta disminuido, en otros casos esta PERMITIDO

RETIRADA DE MAPAS Y OTROS DOCUMENTOS

20

MASTER DRILL

Valoración:

- bajo fuego
- ambiente hostil / seguro

1. Bajo fuego

- gana o escapa
- evita autolesionarte
- evita infligir mas lesiones a la baja
- **para hemorragias externas que amenacen su vida**
 - ❖ **sigue tus recomendaciones NACIONALES**
 - ❖ valora torniquete
- moviliza a la baja inconsciente de costado
- **no realizar mas valoraciones o tratamientos**
- no dejar a la víctima detrás
- **cuando a pesar del fuego, no hay mas tiempo, re evaluar** **ver #2**

2. Ambiente hostil o seguro

- asegurar el área y a todo el mundo presente
- tomar precauciones de seguridad:
 - ❖ Para uno mismo (guantes)
 - ❖ Para los intervinientes presentes
 - ❖ Para la baja / bajas
- valorar el numero de bajas
 - a. Múltiples bajas: desarmar y triaje **vete a pagina 6**
 - b. Una baja: desarmar, valorar, tratar **vete a pagina 7**

5

role1

campo/role 1

VALORACION Y TRATAMIENTO DE UNA BAJA

- en role 1 es un esfuerzo de equipo con los miembros del equipo y cada uno teniendo cuidado de una parte del ABCDE trabajando codo con codo ("aproximación horizontal")
- en el role 1 el mismo ABCDE es seguido como en el campo
- en cada apartado se van a mencionar las diferencias. tener en cuenta la disponibilidad de suministros y las distancias y tiempos para el transporte

VALORACION PRIMARIA

1. parar las **hemorragias externas** que amenacen la vida (tambien ver pagina 7#1)
2. inmovilizar **cuello**
3. dar **oxigeno** por mascarilla sin reservorio
4. valorar el **nivel de conciencia**
 - baja inconsciente **ve a pagina 16**
 - baja consciente **ver #5 "vía aerea"** (abajo)
5. **"A"** (vía aerea) (tambien ver pagina 7#4)

para el mantenimiento de la vía aérea, considerar:
cánula naso / orofaríngea
mascarilla laríngea
combitube
intubación endotraqueal
vía aérea quirúrgica

ver #6 "respiración" (siguiente pagina)

14

SOPORTE VITAL BASICO (RCP)

**es apropiado en ambiente seguro
puede ser considerado en ambiente hostil**

La baja no responde;
la respiración y el pulso están ausentes

Nota: ¡¡el GASPING (es una respiración irregular menor de 6 /min) equivale a la ausencia de respiración!!

1. Pida ayuda
2. Coloque la palma de la mano en la mitad inferior del esternón
3. Coloque la segunda mano encima de la primera y mantenga los brazos rectos
4. Comprima perpendicularmente el pecho unos 4-5cm con una frecuencia de 100/min
5. Tras 30 compresiones con 2 insuflaciones (boca-boca, nariz-boca) insuflar 1 seg. con exhalación de 1 seg
6. Alternar 30:2
7. Mantener hasta:
 - la baja empieza a moverse o respirar
 - el reanimador esta cansado
 - la RCP lo releva otra persona

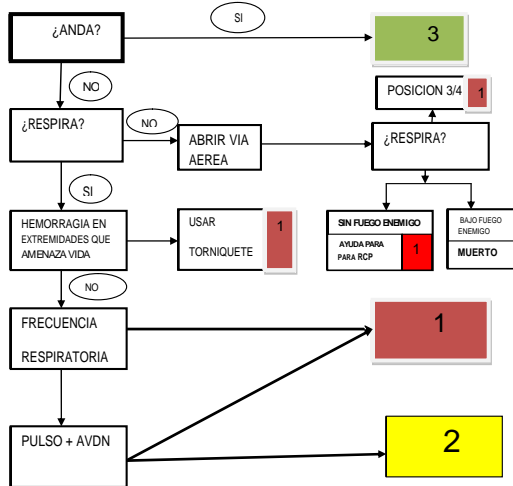
**Si la baja empieza a respirar,
ve a pagina 8, #5(campo) o
pagina 15, #6(role1)**

11

TRIAJE Y TRATAMIENTO DE MULTIPLES BAJAS

(en el campo)

¡¡TRIAJE PRIMERO, TRATA DESPUES!!



NOTA: le pulso radial y/o el relleno capilar > 2 seg. indican un compromiso circulatorio=T1

AHORA valorar y tratar cada baja individualmente

Empieza con P1(A) luego P1(B),P1(C),P2,P3

El triaje debe ser repetido cuando la situación cambia

Ve a pagina 7

garras

- vendaje compresivo
- comprobar ABC
- remover con pinzas especiales
- marcar la zona

9. Lesiones ambientales

- **hipertermia** (evoluciona desde escalofríos discomfórt/cefalea, hasta pérdida de conciencia)
 - mover a un lugar fresco
 - dar bebidas si esta consciente
 - enfriar activament
 - evacuar si esta inconsciente
- **hipotermia** (tiritona, conductas extrañas hasta pérdida de conciencia)
 - dar calor corporal
 - retirar ropas húmedas
 - dar líquidos calientes (no alcohol) si esta consciente
 - evacuar si esta inconsciente
- **mal de altura** (taquipnea, confusión, debilidad)
 - descender a 2000m

10. Stress de combate

- (huidizo, suspicaz, asustado, temerario, hablador)
 - desarmar
 - **valorar también heridas**
 - apoyo psicológico
 - evacuar si es inefectivo

AHORA PROCEDER CON LOS PASOS en pagina 20-21

ALGORIMO en ROLE 1MTF

role1

- **Piensa siempre en seguridad!!!**

- **Master drill:**

- Múltiples bajas: realizar triaje
- Valorar/tratar baja individual o pocas bajas
- **Valoración Primaria**

1. parar **hemorragias** que amenazan vida
2. control **cervical** en trauma si precisa
3. dar **oxigeno** con mascarilla sin reservorio
4. valorar **conciencia**

pagina 13
pagina 13
pagina 14
pagina 14
pagina 14
pagina 14

consciente

inconsciente (pag.16)

5. valorar **via aerea** (pag.14)

abre boca
comprueba boca
comprueba movimiento del aire

6. valorar **respiracion** (pag 15)

insufla ← positivo < pulso central > negativo
(ocasionalmente) RCP

MUERTO
Al menos que no haya RCP en marcha
pagina 15
pagina 15
pagina 15
pagina 15

7. valorar **"circulación"**

8. valorar **incapacidad/neurología**

9. valorar **entorno**

10. realizar **anamnesis**

- **Valoración secundaria**

- Posición de la baja
- Administrar analgesia y otras medicaciones
- Retirar mapas/documentos
- Comunicar y escribir documentación
- **Si es posible, reexaminar la baja**
- Evacuar

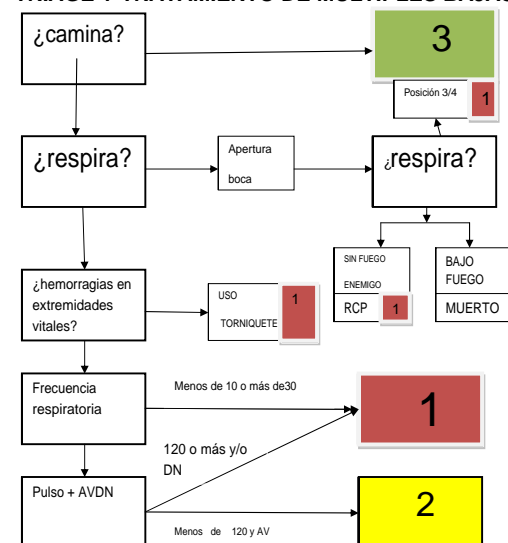
pagina 17
pagina 20
pagina 20
pagina 20
pagina 21
pagina 21
pagina 21

MASTER DRILL

role 1

- Preparar equipo y material
- Tomar medidas de seguridad(mascarillas/guantes)
- Múltiples víctimas: desarmar, triage **ver abajo**
- Una sola baja: desarmar, valorar y tratar

TRIAJE Y TRATAMIENTO DE MULTIPLES BAJAS role 1



NOTA: la ausencia de pulso y/o el relleno capilar >2 seg. indica compromiso respiratorio = T1

NOTA: la mortalidad en trauma con fallo cardiaco es aprox.100% T4 no es una Rutina de clasificación en role 1

Ahora valorar y tratar P1 (A), luego P1(B),P1(C),P2,P3, el triaje ha de ser repetido cuando la situación cambia

ve a pagina 14

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.