

# MANUAL DE BOLSILLO

para  
Personal Sanitario Militar

---

(Hasta el Puesto Medico role 1)



GUA CIOMR

VERSION 1.3, 2013

## NOTAS

| NUEVE LINEAS  | ejemplo           |
|---|-------------------|
| 1. localizacion exacta para extraccion                      | parrilla 123456   |
| 2. Radiofrecuencia & indicativos de llamada para extraccion | 123.45 A3C        |
| 3. Prioridad y numeros                                      |                   |
| A (no quirurgico; extracción< 2 horas))                     |                   |
| B (quirurgico; extraccion inmediata)                        | B 1               |
| C (extraccion < 4 horas)                                    | C 2               |
| D (extraccion< 24 horas                                     |                   |
| E ( extrarccion cuando se pueda)                            |                   |
| 4. Equipacion especial necesitada (e.g. , ventilador)       | NIL               |
| 5. Tipo y numeros   |                   |
| L (en camilla)  | L 2               |
| A (ambulatorio)   | A 1               |
| 6. Seguridad en el punto de extraccion                      |                   |
| N no enemigos   |                   |
| P posible enemigo   | P                 |
| E confirmado enemigo  |                   |
| X comprometido con enemigo                                  |                   |
| 7. señalizacion de puento de extraccion                     | señales de espejo |
| 8. status politico del paciente                             |                   |
| A militar de la coalición                                   |                   |
| B civil de la coalicion                                     |                   |
| C militar ajeno a la coalicion                              |                   |
| D civil ajeno a la coalición                                | A, D              |
| E enemigo prisionero de guerra                              |                   |
| F objetivo de alto valor                                    |                   |
| 9. Contamination  |                   |
| N nuclear/radiologico                                       |                   |
| B bacteriologico  | NIL               |
| C quimico   |                   |

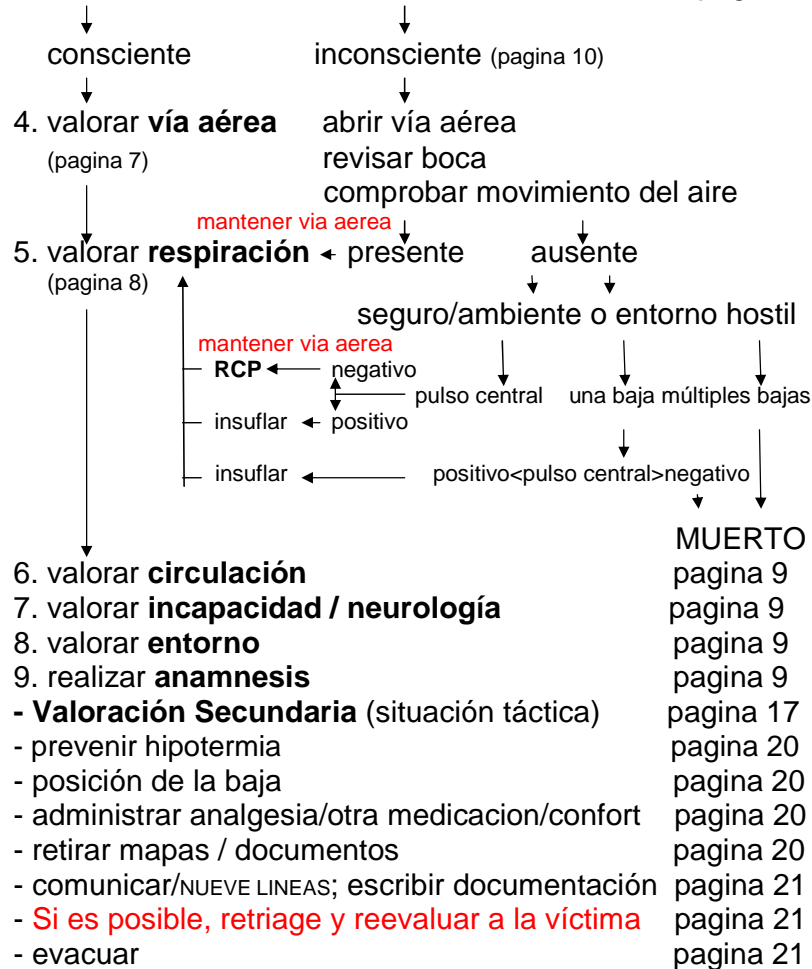
## Introducción:

- 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. Evaluación y 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, si es posible, y el role 1 MTF: depende de la situación táctica (paginas 17-19)
  3. Medidas adicionales (paginas 20-22)
- 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

## ALGORITMO en el campo

### - Piensa siempre en seguridad y avisar cuanto antes !

- **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



## campo

## COMUNICACIONES

### NUEVE LINEAS (ver pagina 23)

#### ATMLST anamnesis( para personal medico)

Adulto <> niño

Tiempo de evolución

Mecanismo of lesión

Lesiones encontradas y/o sospechadas

Signos: via aerea, frecuencia respiratoria y cardiaca, conciencia,

Tratamiento administrado

## RE-EVALUACION Y RETRIAGE; DOCUMENTACION

### 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 T1(A,B,C), T2, T3
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

## PREVENCION DE LA HIPOTERMIA

Cubrir todas las victimas usando cualquier medio disponible a tu alcance

### POSICION

**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/alternativas Y COMFORT

- la inmovilización trata el dolor
- hablar SIEMPRE a la victima
- **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

*campo*

## MASTER DRILL

### Valoración:

- bajo fuego
- ambiente hostil / seguro

### 1. Bajo fuego (Cuidados bajo fuego )

- gana o escapa
- no te autolesiones/ previene lesiones en la victima
- pon a cubierto a la victim y aplica los primeros auxilios
- **para hemorragias externas que amenacen su vida**
  - ❖ **sigue tus recomendaciones NACIONALES**
  - ❖ vendaje, torniquete
- moviliza a la baja inconsciente de costado
- **no realizar mas valoraciones o tratamientos**
- no dejar a la victima detrás
- **cuando a pesar del fuego, no hay mas tiempo, re evaluar** **ver #2**

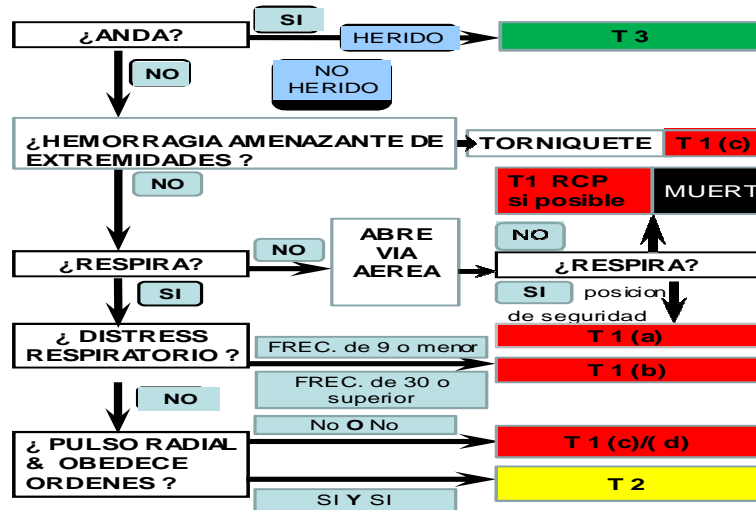
### 2. Ambiente hostil o seguro (Cuidados Tacticos de Campo)

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

## TRIAGE y TRATAMIENTO de MÚLTIPLES VÍCTIMAS

REALIZAR CUANDO HAYA 2 O MÁS VÍCTIMAS

PRIMERO TRIAGE, DESPUÉS TRATAR !!



AHORA evaluar y tratar a cada víctima individual

Empezar con T1a (vía aérea), luego T1b (respiración), T1c (circulación), T1d (incapacidad / neurología), T2, T3

El triaje ha de ser repetido cuando la situación cambie

ve a pagina 7

- pie de trinchera  
(palido/azul, ampollas)

- secar, no frotar  
- no reventar ampollas  
- evacuar

### 8. Mordeduras y picaduras

humanas/animal  
picaduras

- limpiar y cubrir  
- cubrir  
- valorar ABC

mordeduras de serpiente

- no incisa/succinar la herida  
- vendaje compresivo  
- comprobar ABC

garras

- remover con pinzas especiales  
- marcar la zona

### 9. Lesiones ambientales

- hipertermia

(evoluciona desde escalofríos  
discomfort/cefalea, hasta perdida  
de conciencia)

- mover a un lugar fresco  
- dar bebidas si esta  
consciente  
- enfriar activament  
- evacuar si esta  
inconsciente

- hipotermia

(tiritona, conductas extrañas  
hasta perdida 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 20-22

- químicas - retirar ropa contaminada  
(precaución)
- remojar durante 30 minutos
- fósforo - cubrir área quemada
- cubrir con vendaje húmedo
- eléctricas - desconectar la corriente
- cubrir heridas

*campo*

## 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**

### 4. Trauma medular(¡difícil en paciente inconsciente!)

- (dolor en espalda o cuello, parestesias, parálisis)
- inmovilizar columna si la situación lo permite y hay material

**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)
- irrigar(¡llamas. químicos) y proteger el otro ojo
- cuerpo extraño
- no remover
- cubrir AMBOS ojos sin presión; preferiblemente con protección;

### 7. Lesiones por frío

- sabañones (palidez, hipoestesia, piel elástica)
- quemadura (pálido, hipoestésico, piel rígida)
- calor
- cubrir, sin presión
- evacuar
- tratar en MTF

### 1. Parar las hemorragias externas que amenacen la vida sigue tus recomendaciones nacionales

- presión directa, elevación, puntos de presión
- vendaje, vendaje hemostático, torniquete
- escribe T más 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
- baja consciente

**ve a página 10 ver #4 "vía aérea"**

### 4. Valorar ("A") vía aérea

- Preguntar qué le pasa
- si la voz es clara: **vía aérea** esta libre
- ver #5 "respiración"**
- si la voz es quejumbrosa o ruidosa
- permitir cambiar a una postura más cómoda para la baja
- inspeccionar la boca
- limpiar si se requiere
- considerar vía aérea quemada
- considerar laringe herida
- seguir **pautas nacionales** para inserción vía nasofaríngea
- ver #5 "respiración"**

**campo**

**5. Valorar (“B”) respiración**

- posición de la tráquea
- 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 naso/orotraqueal  
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”**

**VALORACION SECUNDARIA**

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

- 1. Heridas** (ojo,orificio salida) - 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)
- analgesia
  - inmovilizar
  - comprobar pulsos
  - cubrir heridas

**3. Quemaduras**

- Todas las quemaduras: - seguir **pautas necionales** sobre accesos y fluidoterapia  
- prevenir hipotermia  
- estimar el area total de superficie corporal quemada

- llamas
- extinguir fuente
  - no retirar ropas adheridas
  - remojar 10 minutos
  - no reventar ampollas
  - cubrir área quemada
  - **precaución:** vía aérea quemada



## BAJA INCONSCIENTE

role1

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

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 cánula oro o nasofaringea(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**
      - si tambien hay trauma torácico **seguir pautas nacionales** sobre descompresion bilateral
      - la **RCP** puede ser considerada; ver pag.11
    - \* pulso positivo
      - insuflar; si la respiración vuelve, mantener via aere

**retrocede a pag 15  
#6 respiracion**

## 6. Valorar ("C") circulación

campo

- valorar y tamponar hemorragias externas(también posteriormente)
  - \* sigue tus recomendaciones nacionales
  - \*escribe T+ el tiempo en la baja al usar torniquetes
- 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 largos

- tratamiento:
- vía i.v, intraosea
  - sueroterapia con TS: 80mmHg(<1h), 100 en TCE
  - beber: recomendaciones nacionales
  - inmovilización fracturas (comprobar pulso periférico)

## 7. Valorar ("D") incapacidad (neurología)

- valorar conciencia( AVDN o GCS) (tratamiento ninguno)
- si es posible: tamaño y reactividad pupilar focalidad

## 8. Valorar ("E") entorno/desnudar al paciente

- prevenir hipotermia

## 9. Hacer anamnesis:

- alergias/medicaciones/antecedentes

**VALORACION SECUNDARIA**

**ve a página 17**

**(dependiendo de la situación táctica)**

## 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
      - \* ausente
        - la baja esta MUERTA
        - **seguir pautas nacionales** sobre descompresion bilateral
      - \* presente
        - considera insuflar (si la respiración vuelve, **retrocede a pagina 8, #5 respiración**)
    - ambiente seguro
      - \* presente
        - comprueba pulso central
        - insufla
      - \* ausente
        - inicia RCP
        - ve a pagina 11**

## 6. "B"(respiración)

(también ver pag.8#5)

- considerar ventilación asistida( ej. Resucitador manual)
- considerar tubo de tórax si:
  - 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 pulsioximetria
- 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

**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 “ via aerea”**

5. **“A”( via 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”**

**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 5-6cm con una frecuencia de 100-120/min

5. Tras 30 compresiones con 2 insuflaciones (en 5 seg.) (boca-boca, boca- nariz, boca- máscara) insuflar 1½ seg. con exhalación de 2 seg

6. Alternar 30:2

7. Mantener hasta:

- la baja empieza a moverse o respirar
- el reanimador esta cansado
- la RCP lo releva otro persona

8. Si SVB tiene exito pero la victima permanece inconsciente

- mantener via aerea mediante via nasofaríngea; siguiendo **recomendaciones nacionales**
- y/o poner a la victima en posicion lateral de seguridad

**ve a pagina 8, #5(campo) o pagina 15, #6(role1)**

## ALGORITMO en ROLE 1MTF

role1

### - Piensa siempre en seguridad y avisar cuanto antes !

- **Master drill:** pagina 13
- Múltiples bajas: realizar triaje pagina 13
- Valorar/tratar baja individual o pocas bajas pagina 14
- **Valoración Primaria** pagina 14
  1. parar **hemorragias** que amenazan vida pagina 14
  2. control **cervical** en trauma si precisa
  3. dar **oxígeno** con mascarilla sin reservorio pagina 14
  4. valorar **conciencia** pagina 14



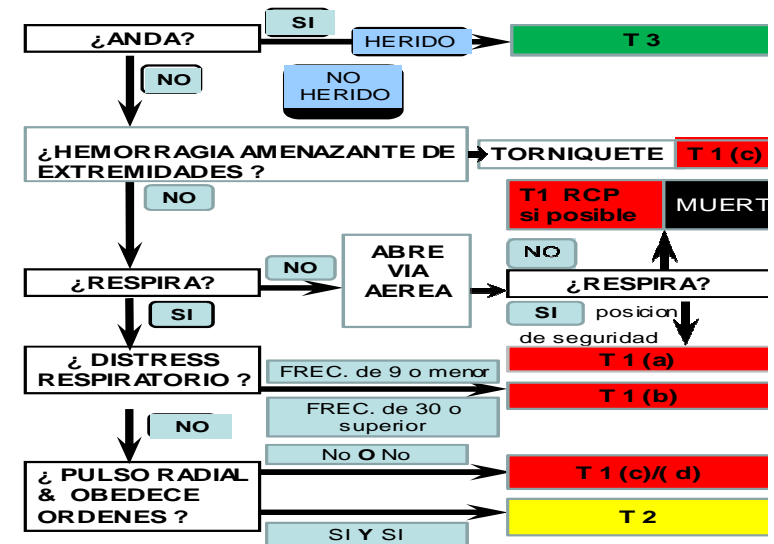
7. valorar **“circulación”** pagina 15
8. valorar **incapacidad/neurología** pagina 15
9. valorar **entorno** pagina 15
10. realizar **anamnesis** pagina 15

- **Valoración secundaria** pagina 17
- Prevenir hipotermia pagina 20
- Posición de la baja pagina 20
- Administrar analgesia/otras medicacion/confort pagina 20
- Retirar mapas/documentos pagina 20
- Comunicar/NUEVE LINEAS; escribir documentación pagina 21
- Si es posible, retriage y reevaluar a la víctima pagina 21
- Evacuar pagina 21

## MASTER DRILL

role 1

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



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

Empezar con T1a (vía aérea), luego T1b (respiración), T1c (circulación), T1d (incapacidad / neurología), T2, T3

El triaje ha de ser repetido cuando la situación cambie

ve a pagina 14