



GUÍA DE SOPORTE VITAL EN INCIDENTES CON AMENAZA ELEVADA PARA PRIMER INTERVINIENTE POLICIAL



Avalado por:

En trámite de aval de la Sociedad Española de Urgencias
y Emergencias (SEMES)

Autor:

Juan José Pajuelo Castro

Co-Autores:

David Martín Ayuso

Pedro Luis Salinas Casado

Ilustraciones:

David Martín Ayuso

Agradecimientos:



CONTENIDOS

SECCIÓN 1. INTRODUCCIÓN	1
▪ Introducción	
▪ Actuación inicial	
SECCIÓN 2. ZONAS ASISTENCIALES Y ALGORITMO THREAT	3
SECCIÓN 3. DIRECT THREAT CARE	4
▪ Extracción de las víctimas	
▪ Manejo de la hemorragia masiva y de la vía aérea	
SECCIÓN 4. INDIRECT THREAT CARE	7
▪ Control de hemorragias masivas mediante torniquete C-A-T®	
▪ Control de hemorragias masivas mediante venda hemostática , presión directa y vendaje compresivo	
▪ Nivel de respuesta y manejo de la vía aérea	
▪ Colocación de cánula nasofaríngea	
▪ Manejo de heridas penetrantes en tórax con parche oclusivo con válvula	
▪ Shock Hemorrágico/Reanimación y prevención de hipotermia	
▪ Otros problemas a valorar y tratar	
SECCIÓN 5. EVACUATION CARE (EVAC)	18
ANEXO 1. Como identificar una hemorragia masiva	19
Bibliografía	20

SECCIÓN 1

INTRODUCCIÓN

El objetivo de estas Guías no es otro que resumir de manera breve y concisa los pasos ideales (en ocasiones lo ideal no es lo real) para una valoración y manejo iniciales de las principales causa de muerte evitable, **hasta la llegada de los Servicios de Emergencia**, en los compañeros o ciudadanos heridos.

Se pretende que estas Guías aborden la asistencia inicial, en el contexto de una intervención o incidente donde exista un alto nivel de amenaza, en el que se vean involucrados los **“policías de a pie”**, puesto que ha quedado demostrado que son los primeros (y en ocasiones los únicos) en abordar inicialmente tanto al incidente en sí mismo, como a las víctimas si se han producido.

Un incidente con alto nivel de amenaza no se limita a sucesos como atentados terroristas con múltiples víctimas, si no que contempla también otro tipo de **circunstancias como incidentes con individuos armados y/o, aglomeraciones populares con individuos violentos**.

Toman como referencia las **Directrices para Primeros Intervinientes con la Obligación de Asistir (First Responders with a Duty to Act)** del Comité del Tactical Emergency Casualty Care que, al igual que estas Guías, son meras recomendaciones y no protocolos rígidos que deben adaptarse a la legislación vigente y, a las especificidades de cada Institución/Servicio/Organismo.

Con independencia de lo mencionado anteriormente, tienen como objetivo final estandarizar un lenguaje y unas actuaciones a nivel nacional dado que, están **basadas en la evidencia científica** “in vivo” y, en las lecciones aprendidas de muchos profesionales nacionales e internacionales. Estas recomendaciones/guías, **no sustituirán el buen juicio clínico**.

Por lo tanto, se espera que las recomendaciones que se presentan a continuación sirvan de ayuda **para todo aquél personal policial que se pueda ver involucrado en un incidente con un nivel de amenaza elevado**, a la hora de enfrentarse al manejo de las principales causas de muerte evitable que se producen en actuaciones con un alto nivel de amenaza.

NOTA: los materiales empleados para las fotografías están sufragados por los propios autores.

ACTUACIÓN INICIAL

- El personal policial involucrado en un incidente con amenaza elevada como intervenciones ante individuos armados o atentados terroristas deberá:
 - ✓ Adoptar las medidas de autoprotección correspondientes (chalecos balísticos, montar el arma, etc.).
 - ✓ Localizar la amenaza y Comunicar el incidente para activar el protocolo correspondiente (NIAS, AMOK, etc.) si no se ha activado ya.
 - ✓ Neutralizar o aislar la amenaza (según protocolo).
 - ✓ Delimitar la zona caliente o de amenaza directa.
 - ✓ Comunicarse con el personal policial y asistencial que llegue a la zona.
- La prioridad es neutralizar la amenaza para evitar que se produzcan más víctimas.
- Si la amenaza ha sido neutralizada o, al menos ha sido aislada, se deberá zonificar/delimitar la zona caliente para evitar que entre personal no policial o no autorizado por el mismo, al lugar del incidente y/o que el/los atacante/es puedan escapar.
- Es importante que se activen de manera precoz los protocolos correspondientes por las Instituciones/Organismos/Servicios correspondientes que deberán trabajar bajo un mando único de manera coordinada y, con unas comunicaciones centralizadas.
- En caso de haberse producido víctimas, la asistencia por regla general, no se hará hasta que la zona este asegurada y nunca en el lugar dónde se haya producido físicamente el incidente (o "X").
- Si la víctima es personal policial y se produjese en zona caliente, se deberá hacer hincapié en la "autoayuda", para evitar involucrar a los compañeros en la asistencia, no distrayéndoles de la prioridad que es neutralizar y/o aislar la amenaza.

SECCIÓN 2 ZONAS ASISTENCIALES Y ALGORITMO THREAT

- La asistencia a las víctimas viene marcada por la seguridad de la escena y el nivel de amenaza.
- Dicha asistencia, se divide en diferentes fases DINÁMICAS dependiendo del incidente.
- En ocasiones resulta difícil delimitarlas físicamente de manera clara, siendo necesaria la reevaluación constante de la seguridad del incidente.
- Por ello, la asistencia debe limitarse en realizar maniobras salvavidas y a un traslado rápido a un centro de asistencia definitivo.
- Las fases se dividen en:
 - ✓ **Direct Threat Care (DTC)**/Zona Caliente o Asistencia bajo Amenaza Directa, dónde la prioridad es neutralizar o aislar la amenaza
 - ✓ **Indirect Threat Care (ITC)**/Zona Templada o Asistencia bajo Amenaza Indirecta, dónde sólo se realizarán maniobras salvavidas
 - ✓ **Evacuation Care (EVAC)** o Asistencia en la Evacuación/Traslado, dónde se continuarán realizando las maniobras salvavidas y, el traslado precoz al centro de asistencia definitivo
- El Consenso Hartford contempla en sus recomendaciones el empleo del algoritmo THREAT, el cuál debe de ser conocido por todos los posibles intervinientes implicados en el incidente.
 - ✓ **T** – eliminar la amenaza (threat suppression)
 - ✓ **H – control de la hemorragia (hemorrhage control)**
 - ✓ **RE** – extracción rápida a un lugar seguro (rapid extrication to safety)
 - ✓ **A** – valoración por profesionales sanitarios (assessment by medical providers)
 - ✓ **T** – traslado a un centro de asistencia definitiva (transport to definitive care)

NOTA: Hay que tener presente que el algoritmo THREAT sólo hace referencia al control de la hemorragia masiva en extremidad, mediante torniquete proximal, en los momentos iniciales del incidente. Las directrices TECC añaden además, en lo que se considera DTC o zona caliente, el manejo básico de la vía aérea (permeabilización de la vía aérea) mediante posición lateral de seguridad, a este control de la hemorragia masiva.

SECCIÓN 3 DIRECT THREAT CARE

ASISTENCIA EN ZONA CALIENTE O BAJO AMENAZA DIRECTA

- Inicialmente la prioridad será neutralizar o al menos mitigar (o aislar) la amenaza y, moverse hacia una posición segura, empleando fuego de cobertura o medios no letales según el incidente.
- Si uno de los compañeros u otro primer interviniente resulta herido, se le indicará que siga implicado en la resolución del incidente.
- En caso de que no pueda continuar en el operativo, se le indicará, desde una posición segura, que se mueva hacia un lugar protegido para evitar que sufra más heridas y, para que intente tratar sus lesiones personalmente.
- Si no puede dirigirse a un lugar seguro por sus propios medios, se deberá pensar en realizar un rescate, pudiendo emplear los vehículos como protección (dependiendo de la amenaza) u otros medios disponibles.
- Para víctimas que no responden (o inconscientes), se deberá de sopesar riesgo-beneficio a la hora de pensar si realizar o no el rescate.
- Esta decisión deberá basarse en factores como tipo de amenaza y/o lesiones de riesgo vital, cuya evaluación deberá de realizarse por medio de técnicas de valoración a distancia (o remotas)
- Otros factores importantes a tener en cuenta son distancia hasta la víctima, medios disponibles, peso y altura de la víctima y, peso y altura de los responsables de realizar el rescate.



EXTRACCIÓN DE LAS VÍCTIMAS



Acarreo Hawes



Acarreo "Mary Jane"



Acarreo SEAL a tres



Acarreo SEAL a tres



Acarreo SEAL a cuatro



Acarreo SEAL a cuatro

MANEJO DE LA HEMORRAGIA MASIVA Y LA VÍA AÉREA

- Lo primero que se debe valorar en las víctimas o, autoevaluar si se es una de ellas es, la hemorragia externa de riesgo vital en extremidad dado que, es la primera causa de muerte evitable que puede tratar un primer interviniente.
- Por lo tanto, se deberán controlar aquellos sangrados en extremidad de riesgo vital teniendo en cuenta el grado e inmediatez de la amenaza, la gravedad del sangrado y, la distancia hasta un lugar seguro.
- Se puede considerar realizar la extracción antes de colocar el torniquete según los factores mencionados en el punto anterior.
- Idealmente ante una hemorragia de riesgo vital en extremidad, se esperará que sea el herido el que se realice presión directa en la herida y se coloque su propio torniquete, lo más arriba posible en la extremidad, sobre la ropa si esta sigue presente.
- El torniquete se apretará hasta que no se observe sangrado y, se movilizará a la víctima a una zona segura si no se ha realizado previamente.
- En esta fase se contempla también el manejo básico de la vía aérea mediante la colocación de las víctimas inconscientes en Posición Lateral de Seguridad (PLS).



SECCIÓN 4 INDIRECT THREAT CARE

ASISTENCIA EN ZONA TEMPLADA O BAJO AMENAZA INDIRECTA

- Una vez que la amenaza ha sido neutralizada, se deberán poner en seguro y retirar todas las armas a las víctimas, especialmente a aquellas que presenten alterado el nivel de conciencia.
- Se buscarán hemorragias masivas que se hayan pasado por alto y, se colocará un torniquete proximal (lo más arriba posible) sobre la ropa o, a 5-7 cms por encima del punto de sangrado sobre la piel si es posible exponer la lesión, cuando la hemorragia sea en extremidad.
- Ante una amputación total o parcial, el torniquete se colocará lo más arriba posible en la extremidad, independientemente del sangrado.
- Nunca se deberá colocar sobre las articulaciones y, se deberá tener especial precaución con los contenidos de los bolsillos y/o elementos como fundas de pierna.
- En caso de no disponer de torniquetes comerciales y/o, de haber empleado los que ya estaban disponibles, se podrán aplicar los torniquetes conocidos como “de circunstancias”.
- El torniquete “de circunstancias” ideal, se deberá realizar con una tela ancha y de una longitud adecuada (para poder fijar la varilla posteriormente), con un elemento que haga los efectos de varilla.



INDIRECT THREAT CARE

ASISTENCIA EN ZONA TEMPLADA O BAJO AMENAZA INDIRECTA

- Si la hemorragia es en una zona dónde no es anatómicamente viable la colocación del torniquete (base de cuello, axila, ingle, glúteos), se empaquetará el punto de sangrado y la lesión con venda normal o con venda hemostática, si está disponible, precedida de presión directa y de un vendaje compresivo.
- En hemorragias en zonas de unión de miembros (base de cuello, axila, ingle, glúteos) difíciles de controlar mediante presión directa y hemostáticos/vendas, se podrá emplear un torniquete de unión de miembros si se dispone de él, teniendo en cuenta su precio y la curva de aprendizaje específica para su colocación.
- Se deberán reevaluar los torniquetes para comprobar que el sangrado sigue controlado y, se deberá eliminar el pulso distal a la lesión.
- Si el sangrado no está controlado o, el pulso distal continúa presente, se apretará más el torniquete o, se colocará un segundo torniquete proximal por encima del primero, pegado uno con otro para aumentar la anchura y la presión.
- Si es posible, marcar la hora de colocación en todos los torniquetes colocados.



CONTROL DE LA HEMORRAGIA MEDIANTE COMBAT APPLICATION TOURNIQUET (C-A-T)[®]



1. Ponerse los guantes (si es posible) y colocar el torniquete proximal, lo más arriba posible en la extremidad sobre la ropa o, a 5-7 cm por encima del punto de sangrado sobre la piel si es posible exponer la lesión.

2. Introducir el extremo del torniquete por la ranura de la hebilla (si no se había hecho ya).

3. Dar un tirón fuerte para ajustar el torniquete en la extremidad.

4. Pegar el extremo sobrante de velcro sobre sí mismo.

5. Dar vueltas a la varilla hasta que el sangrado este controlado.



6. Asegurar la varilla en el clip y pasar la cinta de velcro por dentro del clip por encima de la misma.

7. Asegurar la cinta de velcro y la varilla con la cinta de la hora.

8. Comprobar que no hay presente pulso distal. Si sigue presente, apretar más el torniquete o, colocar un segundo torniquete proximal.

9. Registrar la hora de colocación, si es posible.



CONTROL DE LA HEMORRAGIA MEDIANTE VENDA HEMOSTÁTICA, PRESIÓN DIRECTA y VENDAJE COMPRESIVO

- En caso de hemorragias masivas en zonas del cuerpo dónde no es viable la colocación del torniquete (zonas de unión de miembros) como por ejemplo, el cuello, la axila, la ingle o, glúteos, emplearemos una venda hemostática.
- Seguiremos los siguientes pasos:



1. Exponer la zona de la lesión para intentar identificar exactamente el punto de sangrado.
2. Retirar la sangre de la zona para localizar el punto de sangrado o de mayor sangrado, teniendo cuidado de no eliminar un posible coágulo.



3. Realizar presión directa en el punto de sangrado.



4. Con la otra mano ir introduciendo la venda hemostática hasta empaquetar (rellenar) el punto de sangrado.
5. Rellenar toda la lesión con más venda hemostática o con otro tejido limpio.

CONTROL DE LA HEMORRAGIA MEDIANTE VENDA HEMOSTÁTICA, PRESIÓN DIRECTA Y VENDAJE COMPRESIVO (cont.)

6. Realizar presión directa con fuerza, durante al menos tres minutos.



7. Si se dispone de un vendaje compresivo, retirar las manos lentamente para comprobar que el sangrado está controlado y, realizar el vendaje compresivo.

8. Si no se dispone de vendaje compresivo, mantener la presión directa hasta ser relevados por personal más experimentado.



- Si no se dispone de venda hemostática, se empleará un tejido o material limpio realizando los mismos pasos, con una excepción, se tendrá que realizar presión directa de manera indefinida hasta ser relevados por personal más experimentado.

NOTA: como se puede comprobar, la necesidad de tener que realizar tres minutos continuados de presión directa o, presión de manera indefinida, nos coloca en una posición de indefensión en el caso de que vuelva activarse la amenaza. Esto tendrá que tenerse en cuenta a la hora de manejar las hemorragias masivas en estas localizaciones.

NIVEL DE RESPUESTA Y MANEJO DE LA VÍA AÉREA

- Una vez hayamos controlado todos los sangrados o, en el caso de que la víctima no presente ninguno, continuaremos buscando otros problemas que puedan poner en riesgo la vida de la víctima.
- Comenzaremos comprobando si responde o no responde. Para ello:
 - ✓ Intentaremos ver si habla o se mueve (está **Alerta**).
 - ✓ Si no habla o se mueve la preguntaremos algo para ver si nos responde (responde a estímulos **Verbales**).
 - ✓ Si no nos responde, la presionaremos en algún lugar del cuerpo para provocarle algo de dolor y comprobar si nos responde (responde a estímulos **Dolorosos**).
 - ✓ En el caso de que la víctima no se mueva o no nos responda (**No responde**) la víctima se encuentra inconsciente y por lo tanto, presentará un problema en la vía aérea.
- Si la víctima está inconsciente o consciente pero no es capaz de obedecer órdenes:



1. Abrir la vía aérea con maniobras básicas como frente-mentón o triple maniobra modificada. (Se puede aprovechar este momento para comprobar si hay presente rotura de paladar, lo que contraindica la colocación de la cánula nasofaríngea)

2. Retirar de la boca cuerpos extraños (vómitos, comida, dientes, chicles, etc.) que sean visibles y accesibles.



3. Durante no más de 10 segundos, acercar la oreja a su boca para Ver (mirar) si se eleva el tórax, Oír (escuchar) si sale aire y, Sentir este aire en la mejilla.

NIVEL DE RESPUESTA Y MANEJO DE LA VÍA AÉREA



4. Considerar la colocación de una cánula nasofaríngea. (Según protocolos y legislación vigente)

5. Medir la cánula nasofaríngea.

6. Lubricar la cánula nasofaríngea.

7. Comprobar que no hay líquido saliendo por nariz u oídos.



8. Comprobar que no hay ningún objeto extraño en la nariz.

9. Insertar lentamente en un ángulo de 90º perpendicular a la cara con movimientos de atrás hacia adelante.

10. En caso de notar resistencia, extraer y probar por el otro orificio nasal.

11. Asegurar la cánula nasofaríngea con esparadrapo.



12. Si no se ha podido insertar la cánula nasofaríngea o no se dispone de ella, colocar a la víctima en posición lateral de seguridad (PLS) para mantener su vía aérea permeable.

- Si tiene colocada la cánula nasofaríngea es aceptable dejar al herido en supino para evitar la extracción accidental de la misma (recomendaciones TCCC-AC).
- Si la víctima se encuentra consciente y es capaz de obedecer órdenes, permitir que adopte la posición que le sea más cómoda, sentado si procede. No forzarle a tumbarse. También para pacientes conscientes con trauma maxilofacial.

MANEJO DE HERIDAS PENETRANTES EN TÓRAX CON PARCHES OCLUSIVOS CON VÁLVULA

- Se deberán tapar inmediatamente todas aquellas heridas abiertas/respirantes en el torso mediante un parche oclusivo con válvula (Recomendaciones ERC 2015).

1. Exponer el tórax y realizar un barrido digital desde el cuello hasta la pelvis, tanto en la parte anterior como posterior (espalda).



2. Una vez localizada una herida, secar la zona si fuese necesario y, colocar parche oclusivo con válvula. Si no se dispone de parche con válvula, dejar la herida sin tapar. (ERC 2015)



3. Seguir buscando heridas con “barrido digital” desde el cuello hasta la pelvis

4. Voltear a la víctima para buscar más heridas en la espalda.

5. En el caso de encontrar más heridas se procederá a tapar igual que la anterior.



MANEJO DE HERIDAS PENETRANTES EN TÓRAX CON PARCHES OCLUSIVOS CON VÁLVULA (cont.)

6. Después de haber tapado las heridas, se vigilará a la víctima muy atentamente por si comenzase a desarrollar un neumotórax a tensión (aumento de la dificultad respiratoria y/o aumento de la ansiedad o agitación)

7. Si se produjese esto, despegaremos durante 3-4 segundos un lado del parche (o levantaremos el parche) para exponer la herida, dejando salir el aire acumulado, liberando así la presión y, buscaremos ayuda.



- También habrá que vigilar si la respiración de la víctima empeora aunque no presente heridas penetrantes en tórax. Esto puede deberse al desarrollo de un neumotórax a tensión producido por un trauma cerrado debido a la explosión.
- El neumotórax a tensión es un problema de riesgo vital, por lo que será necesario buscar ayuda urgente siempre que sea posible.
- Todas las víctimas en las que se sospeche un neumotórax a tensión deberán ser evacuadas de manera prioritaria a un escalón asistencial superior.

NOTA: Las últimas conclusiones tras la reunión del C-TECC en SOMSA 2017 van dirigidas a realizar una revisión de estudios sobre manejo de heridas penetrantes en tórax, en la que basarán sus nuevas recomendaciones a cerca de si las lesiones abiertas en tórax tienen que ser o no tapadas y, en qué condiciones, por el interviniente/primer interviniente ya que, esto puede empeorar la situación del paciente por el desarrollo subsecuente de un neumotórax a tensión.

SHOCK HEMORRÁGICO/REANIMACIÓN Y PREVENCIÓN DE HIPOTERMIA

- Valorar si la víctima se encuentra en shock es decir, presenta alteración del nivel de conciencia (sin haber sufrido un trauma en la cabeza) y pulsos periféricos débiles o ausentes ya que, en este entorno, son los mejores indicadores de shock.
- Si no se encuentra en shock y está consciente, puede tragar y, está confirmado que el traslado se va retrasar, se puede dar de beber a la víctima.
- Si se encuentra en shock, priorizar su evacuación, especialmente en aquellos heridos que presenten lesiones penetrantes en el torso.
- Prevenir la hipotermia minimizando la exposición a los elementos y la pérdida de calor subsecuente, aislando a la víctima del suelo. Además se deberá cambiar la ropa mojada por seca y, utilizar sacos de dormir/kits de prevención de hipotermia/mantas de calor o cualquier otro elemento, que evite que la víctima pierda más calor.
- La prevención de la hipotermia es fundamental en cualquier víctima que haya sufrido un traumatismo por las siguientes cuestiones:
 - ✓ Un sangrado masivo interfiere con la capacidad de producción de calor del organismo.
 - ✓ La falta de producción de calor hace más susceptible al herido a la hipotermia.
 - ✓ La hipotermia interfiere con la coagulación sanguínea e incrementa la mortalidad en heridos con lesiones graves.



OTROS PROBLEMAS A VALORAR Y TRATAR

- Se deberá reevaluar a las víctimas, buscando más heridas mediante un barrido con las manos en la parte anterior y posterior del cuerpo, rasgando o cortando la ropa si es necesario para exponer las lesiones. (Usar tijeras de trauma, no cuchillos o navajas).
- En caso de quemaduras, parar el proceso de combustión y, cubrir las mismas con gasas y/o vendas secas que no aprieten, retirando previamente anillos, pulseras, relojes, etc.
- En quemaduras extensas y, si hubiese presentes signos y síntomas de quemaduras en la vía aérea o, de lesiones por inhalación (ej. pelo de la cara quemado, quemaduras o ampollas alrededor de nariz o boca, etc.) se debe priorizar la evacuación.
- Los pacientes quemados son muy susceptibles a la hipotermia, por lo que se tratará de minimizar la pérdida de calor con las medidas mencionadas anteriormente.
- Si las quemaduras se hubiesen producido por productos químicos, generalmente, protegerse con guantes e irrigar con agua abundante durante 20-30 minutos, evitando que el agua que va cayendo quede embalsada a los pies del asistente o la víctima.
- Preparar a la víctima para el traslado asegurándola con correas/cintas a la camilla (especialmente en rescates verticales), teniendo en consideración factores operativos y ambientales.
- Hablar con las víctimas tanto para infundirlas ánimo como para explicar el tratamiento.
- La RCP en víctimas con trauma penetrante o por explosión, que no respiren, que no tengan pulso y que, no presenten otros signos de vida, no tendrá éxito y, no debe intentarse. En otras circunstancias realizar la RCP puede estar indicada, siempre que el contexto operativo lo permita.
- Se deben documentar los hallazgos y los tratamientos realizados en una tarjeta del herido, que sea fácil de cumplimentar. Esta información debe acompañar a la víctima en todos los escalones de la cadena asistencial

SECCIÓN 5 EVACUATION CARE (EVAC)

Asistencia en la Evacuación/Traslado

- En esta fase asistencial el primer interviniente deberá reevaluar a la víctima para observar su evolución y, para comprobar que no se han pasado lesiones por alto.
- El tratamiento será el mismo que el realizado en la fase anterior con algunas excepciones como por ejemplo, la administración de oxígeno (si lo permite el protocolo y está dentro de las competencias) a las víctimas con:
 - ✓ Lesiones torácicas
 - ✓ Lesiones en torso asociadas a dificultad respiratoria
 - ✓ Víctimas inconscientes o con alteración del nivel de conciencia
 - ✓ Lesiones producidas post explosión
 - ✓ Víctimas en shock
 - ✓ Víctimas en altitud
- Se deberán emplear, si es posible, los medios de transporte y evacuación adecuados a los problemas que presenten las víctimas además de, trasladar lo más pronto posible a aquellas susceptibles de sufrir hipotermia a lugares/vehículos con calefacción.
- En caso de víctimas con gran superficie corporal quemada, considerar el traslado por medios alternativos a un centro de asistencia definitivo si, los medios convencionales no se encuentran disponibles.
- La RCP juega un papel más importante en esta fase asistencial, especialmente en víctimas que han sufrido electrocución, semiahogamiento, hipotermia y, para cardíaca por causas no traumática.
- Se debe realizar una correcta transferencia de la información (lesiones, estado de las víctimas y, tratamientos realizados) y de los heridos, al siguiente eslabón de la cadena asistencial además de, comunicarse con víctimas y familiares de manera adecuada.

ANEXO 1

COMO IDENTIFICAR UNA HEMORRAGIA MASIVA



Hay presente un gran charco de sangre en el suelo



Existe un sangrado constante o pulsátil en la herida



Los apósitos/vendas se siguen empapando en sangre



Existe una amputación total o parcial del brazo o pierna



La ropa está empapada en sangre



Víctima pálida, confusa o inconsciente tras sangrado

Bibliografía

1. Committee on Tactical Emergency Casualty Care. TECC Guidelines for First Responders with a Duty to Act. [Acceso 6 de Noviembre 2016]. Disponible en: <http://c-tecc.org/resources>.
2. American College of Surgeons. Public Resources for the Bleeding Control. [Acceso 16 de Octubre 2016]. Disponible en: <http://www.bleedingcontrol.org/public/resources>.
3. Compendium of Strategies to Enhance Victims' Survivability from Mass Casualty Events. American College of Surgeons. [Acceso 16 Septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.bleedingcontrol.org/~media/bleedingcontrol/files/hartford%20consensus%20compendium.ashx>.
4. Eastridge BJ, Mabry RL, Seguin P, et al. Death on the battlefield (2001–2011): implications for the future of combat casualty care. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012;73(Suppl 5):S431–S437.
5. Committee for Tactical Emergency Casualty Care guidelines. June 2015 update. [Acceso 16 9. Zietlow JM, Zietlow SP, Morris DS, Berns KS, Jenkins DH. Prehospital Use of Hemostatic Bandages and Tourniquets: Translation From Military Experience to Implementation in Civilian Trauma Care. *J Spec Oper Med*. 2015 Summer;15(2):48-53.
6. Smith ER, Shapiro G, Sarani B. The profile of wounding in civilian public mass shooting fatalities. *J Trauma Acute Care Surg*. 2016;81:86–92.
7. Shapiro G, Smith R, Callaway DW. Committee for Tactical Emergenc Casualty Care. Spring Update. *J Spec Oper Med*. 2016 Spring; 16 (1): 137-139.
8. Callaway D. Don't Let the Word "Myopic" Blind You. *J Spec Oper Med*. 2016 Fall; 16 (3);120-122.
9. Fisher AD, Callaway DW, Robertson JN, et al. The Ranger First Responder Program and Tactical Emergency Casualty Care Implementation: a whole community approach to reducing mortality from active violent incidents. *J Spec Oper Med*. 2015; 15: 46-53.
10. Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 1. Executive Summary. *Resuscitation*. 2015;95:1–80.
11. Kheirabadi BS, Terrazas IB, Miranda N, Voelker AN, Arnaud F, Klemcke HG, Butler FK, Dubick MA. Do vented chest seals differ in efficacy? An experimental evaluation using a swine hemopneumothorax model. *J Trauma Acute Care Surg*. 2017 Jul; 83(1):182-189

