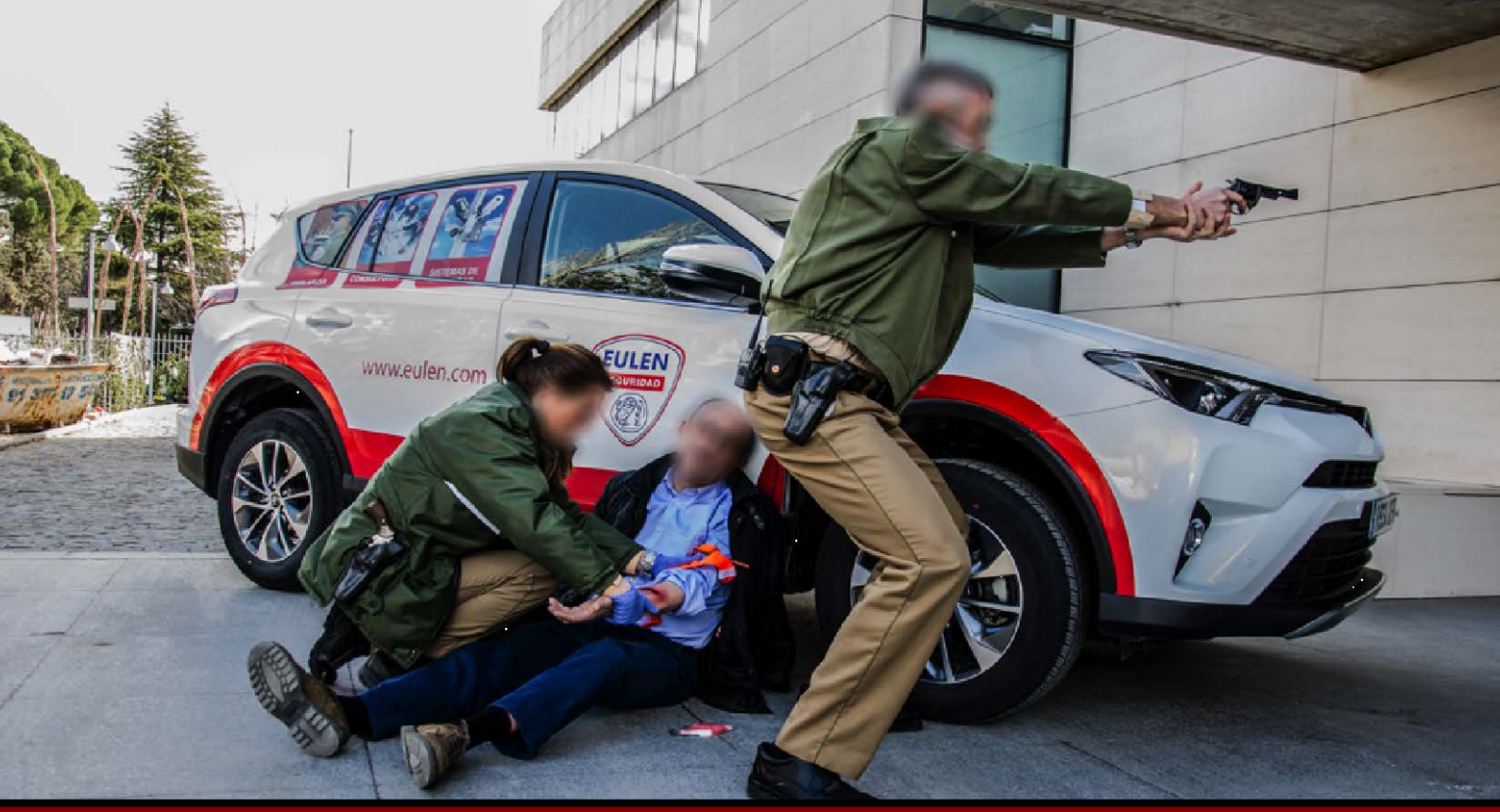
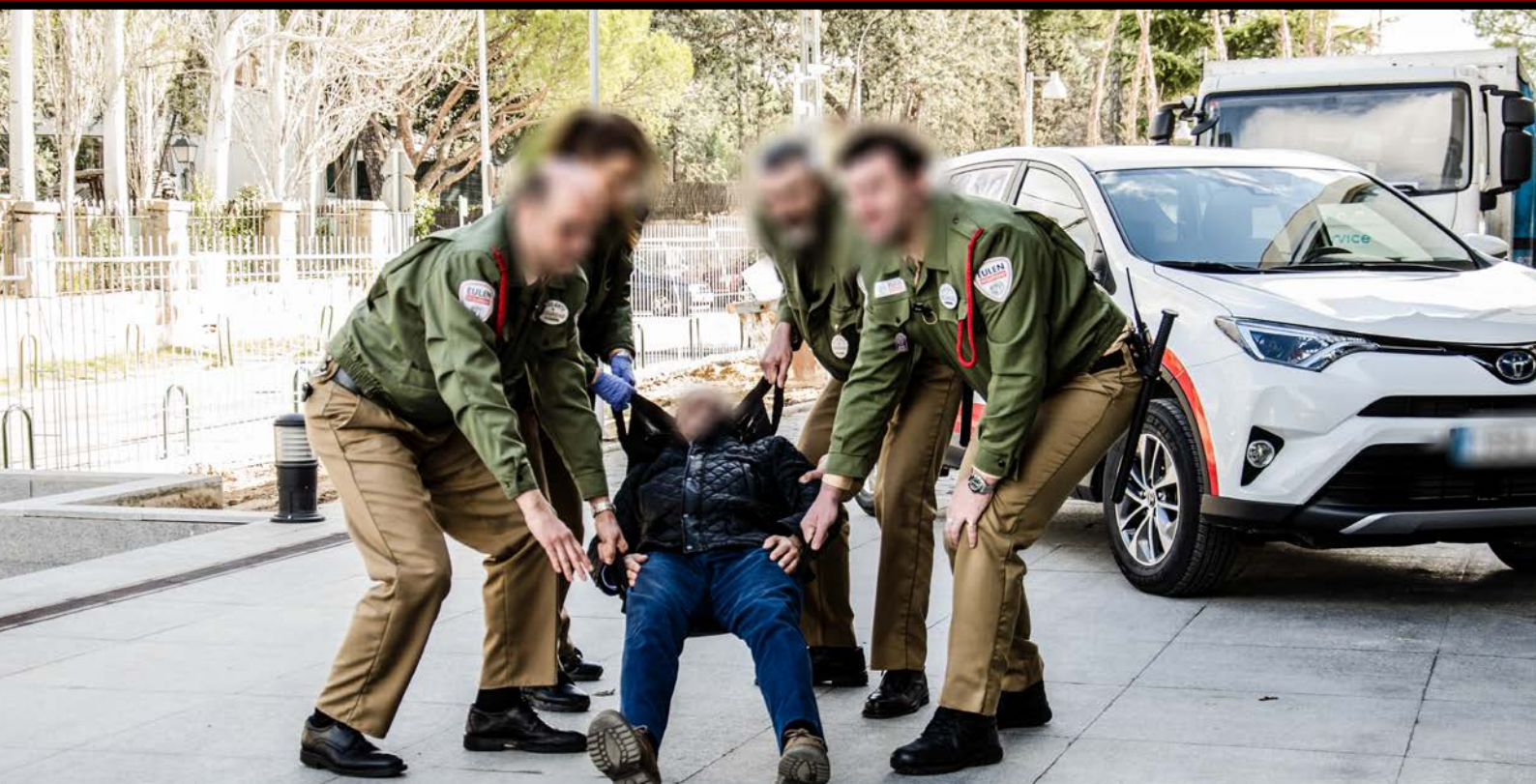


GUÍA DE SOPORTE VITAL PARA SEGURIDAD PRIVADA COMO PRIMER INTERVINIENTE EN INCIDENTES ARMADOS



Obra Avalada por:

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)

Autores:

Juan José Pajuelo Castro
David Crevillén Carretero

Co-Autores:

José M. Gutiérrez
Beatriz Gutiérrez López

Ilustraciones:

Matilde Achá Cordero

COPYRIGHT. Ejemplar de distribución gratuita. Prohibida su venta.
Queda prohibida la reproducción total o parcial de la obra sin previa autorización de sus autores.

Editado en Madrid, 2018.
ISBN 978-84-09-00056-2

Agradecimientos:

CONTENIDOS

SECCIÓN 1. INTRODUCCIÓN 1

- Introducción
- Actuación inicial

SECCIÓN 2. ZONAS ASISTENCIALES Y ALGORITMO THREAT 6

SECCIÓN 3. DIRECT THREAT CARE 8

- Extracción de las víctimas
- Manejo de la hemorragia masiva y de la vía aérea

SECCIÓN 4. INDIRECT THREAT CARE 11

- 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
- Shock Hemorrágico/Reanimación y prevención de hipotermia
- Otros problemas a valorar y tratar

SECCIÓN 5. EVACUATION CARE (EVAC) 22

ANEXO 1. Cómo identificar una hemorragia masiva 23

Bibliografía 24

SECCIÓN 1

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta Guía no es otro que resumir de manera breve y concisa los pasos ideales (en ocasiones lo ideal no es lo real) que el profesional de la seguridad privada debe dar para una valoración y manejo iniciales de las principales causas de muerte evitable, **hasta la llegada de los Servicios de Emergencia**, bien en sus compañeros o en ciudadanos heridos. Ya en agosto del pasado 2017 y cuando la aprobación del todavía proyecto de nuevo Reglamento de Seguridad Privada parecía inminente, **GrupoDC Solutions solicitó en el Ministerio de Interior la inclusión obligatoria de la formación en gestión de incidentes armados en los programas formativos que acreditan la función de personal de seguridad**[1].

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 **"operadores de Seguridad Privada",** puesto que ha quedado demostrado que son los primeros (y en ocasiones los únicos) en dar respuesta y gestionar inicialmente tanto el incidente en sí mismo, como a las víctimas –de haberse producido-, al menos hasta la llegada al lugar de los hechos de los **Primeros Intervinientes.**

Un incidente con alto nivel de amenaza no se limita a sucesos como atentados terroristas con múltiples víctimas, sino que contempla también otro tipo de **circunstancias como incidentes con individuos armados y/o aglomeraciones populares con individuos violentos, independientemente de su motivación**[2]**.**
Nuestro marco de referencia son por una parte las **Directrices del Comité Tactical Emergency Casualty Care**[3] para intervinientes inmediatos, y por otro las **Directrices para Primeros Intervinientes con la Obligación de Asistir (First Responders with a Duty to Act)**[4] para primeros intervinientes debido a, como se verá a continuación, la naturaleza dual del vigilante de seguridad según la legislación española**.** Éstas constituyen meras recomendaciones y no protocolos rígidos, y deben adaptarse tanto a la legislación vigente como a las especificidades de cada Institución/Servicio/Organismo/Empresa. En este sentido, y de acuerdo a la legislación vigente en materia de seguridad privada, la Ley 5/2014 de abril de 2014 indica que los vigilantes de seguridad privada y todas sus especialidades son agentes de la autoridad cuando cumplen funciones de colaboración y están supeditados al mando de las Fuerza y Cuerpos de Seguridad del Estado[5]. Sin embargo, resulta obvio que las capacidades y preparación de aquéllos no es similar a la de éstos,

como tampoco lo es su posición respecto al lugar del incidente. En este sentido, pese a que los agentes de seguridad privada deben regirse según las mencionadas Directrices, éstas deben adaptarse a unas capacidades y situación propia de un interviniente inmediato. Por interviniente inmediato entendemos a las víctimas potenciales en un incidente armado de amenaza elevada y que, estando presentes en el lugar del incidente, pueden dar una primera asistencia a los heridos con sus propias manos o el equipo básico que tengan a su alcance[6]. Con independencia de lo mencionado anteriormente, este documento tiene como objetivo final estandarizar un lenguaje y unas actuaciones a nivel nacional que están **basadas en la evidencia científica** "in vivo", así como en las lecciones aprendidas de muchos profesionales nacionales e internacionales. Estas recomendaciones/guías, no obstante, **no sustituirán el buen juicio clínico**.

Por lo tanto, se espera que las recomendaciones que se presentan a continuación sirvan de ayuda **para todo aquel personal de Seguridad Privada 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 este tipo de contextos.

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

ACTUACIÓN INICIAL

- El personal de Seguridad Privada involucrado tanto en un incidente con amenaza elevada como intervenciones ante individuos armados o atentados terroristas deberá actuar de forma acorde con sus capacidades y rol. En este sentido, el personal de seguridad privada debe actuar primero como primer interviniente en cuanto a las víctimas potenciales en el lugar de los hechos, es decir, es la autoridad que debe gestionar el incidente, mientras que en cuanto a la asistencia a las víctimas efectivas actúa como interviniente inmediato hasta la llegada de las fuerzas del orden.
- La prioridad del personal de seguridad privada es poner a salvo a todas las víctimas potenciales en el lugar del incidente, sean trabajadores de la organización, usuarios, transeúntes, etcétera, y ponerse a salvo a sí mismo hasta la llegada de los primeros intervinientes. La prioridad, pues, NO es neutralizar la amenaza, sino minimizar el número de víctimas, aislando a éstas de aquélla de forma proporcional y congruente con el tipo de incidente y los medios disponibles. Para ello, lo primero que debe garantizar el vigilante es su propia seguridad, adoptando todos los medios de autoprotección disponibles (chalecos balísticos, armas listas para su uso, etcétera)[7].
- La acción del equipo de seguridad privada debe basarse en el siguiente algoritmo RHF-PAS[8], que se corresponde con:

  - ✓ **Run o Correr: evacuar**. La prioridad consiste en evacuar a las víctimas potenciales. De este modo estamos protegiendo a las víctimas sacándolas de la zona caliente **(vid. Infra, zonificación en pág. 6**). Para ello debemos considerar varios aspectos:
    - o Detección y alerta temprana de individuos con actitudes potencialmente sospechosas y violentas y monitorización de su actividad en las instalaciones.
    - o Iniciado el Incidente, notificar en primera instancia bien a la sala de control o bien al coordinador del dispositivo de seguridad de la situación de riesgo de forma breve, concisa y lo más completa posible a dos efectos:
      - Activar el protocolo específico ante incidentes activos, Amok, atentado terrorista, etcétera, y emitir un mensaje de evacuación para los usuarios y trabajadores de las instalaciones. El mensaje debe estar predeterminado para este tipo de incidentes, ser también claro y conciso y permitir a los vigilantes de seguridad coordinar la evacuación de forma ordenada del área de

incidente. La notificación se debe de llevar a cabo de acuerdo con la estructura de las instalaciones para alcanzar al mayor número posible de usuarios y/o trabajadores.

- Notificar a los primeros intervinientes (FFCCS, 112) la existencia de un incidente armado en las instalaciones de modo que se produzca la respuesta lo antes posible. Informar de forma concreta, breve, concisa y detallada de elementos tales como número de atacantes, tipo de armas empleadas, situación y valoración inicial del número de víctimas y su situación en el lugar del incidente.
- De este modo estamos avisando de la ocurrencia de un incidente, y propiciamos que los primeros intervinientes inicien el proceso de asistencia y que nuevas víctimas potenciales acudan al lugar de los hechos.

✓ **Hide o esconderse**. Es otra forma de proteger a las víctimas potenciales. Si no es posible evacuar, se debe buscar un área segura donde poner a las víctimas potenciales a cubierto y/o protegidos de la vista y acceso del atacante o atacantes. Este paso no es obligatoriamente secuencial tras evacuar. Si no es posible evacuar o es más seguro esconderse, se debe optar por esa opción. El vigilante debe coordinar la zona segura, indicar a las personas a su cargo que quiten el sonido de sus dispositivos móviles, notificar su posición y ayudar a dichas personas a su cargo a mantener la calma y organizar una disposición de defensa en caso de que el atacante intente acceder a la zona de confinamiento: si hay mobiliario al alcance, proteger con él los accesos, y disponer una defensa con medios de circunstancia en caso de tener que pelear. Es importante mantener la calma y los canales de comunicación abiertos tanto respecto al resto del equipo de seguridad privada como respecto a las FFCCS que se hayan de camino a dar respuesta al incidente.

✓ **Fight o luchar**. Solo en caso de amenaza para la propia vida se debe recurrir a este punto. Los vigilantes serán probablemente los únicos con conocimientos básicos de intervención, por lo que deben organizar a las personas a su cargo para prepararse para defenderse: cómo llevar a cabo la defensa, cómo distribuir a las personas implicadas, asignar roles a cada una de ellas según sus capacidades, incluyendo a aquellas que por su carácter puedan representar un problema en términos de motivación u operatividad, dándoles roles de apoyo.

✓ Este algoritmo se debe ver como una pauta de acción no necesariamente secuencial, sino adaptable al contexto y a la evolución propia de la amenaza.

- Una vez que la amenaza ha sido aislada, delimitar la zona caliente o de amenaza directa para evitar que entre personal no policial o no autorizado por el mismo en el lugar del incidente o que los atacantes puedan escapar. Una vez que se está a salvo, se pueden dar dos situaciones: 1) Se ha evacuado la zona caliente o de amenaza directa. 2) Se ha escondido o puesto a cubierto a todas las víctimas potenciales posibles. En caso de

haberse producido víctimas la asistencia se iniciará fuera de la zona donde se haya producido físicamente el incidente (o “X”).

- Se debe tener en cuenta que hasta la llegada de los primeros intervinientes con deber de actuar la autoridad en el lugar del incidente es del servicio de seguridad privada[9]. El deber de actuar, por tanto, recae en ellos durante el intervalo de respuesta y en este intervalo deben iniciar la asistencia a los heridos que estén fuera de la zona del incidente (“X”)[10].
- Es fundamental por parte de los primeros intervinientes policiales, así como por el resto de Instituciones/Organismos/Servicios correspondientes que se activen de manera precoz los protocolos de respuesta. Estos servicios deberán trabajar bajo un mando único de manera coordinada y con unas comunicaciones centralizadas. Hasta el momento del despliegue sobre el lugar el incidente es vital que se mantenga la comunicación entre personal de seguridad y primeros intervinientes.
- Si la víctima es personal policial y se produjese en la zona del incidente, se deberá hacer hincapié en la “autoayuda”, para evitar involucrar a los compañeros en la asistencia, no distrayéndoles de la prioridad, que es aislar la amenaza y garantizar la seguridad del personal y víctimas a su cargo.

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 y su correspondiente zonificación dependiendo del incidente[11].

- En ocasiones resulta difícil delimitarlas físicamente de manera clara, siendo necesaria la revaluación constante de la seguridad del incidente, por lo que una vez en presencia de FFCCS, el vigilante quedará, siempre bajo las órdenes de aquéllas, en la zona inmediatamente contigua a la zona donde se encuentre la amenaza mientras ésta esté activa.

- 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, donde la prioridad es –en el caso que nos ocupa- aislar la amenaza
  - ✓ **Indirect Threat Care (ITC)/**Zona Templada o Asistencia bajo Amenaza Indirecta, donde sólo se realizarán maniobras salvavidas
  - ✓ **Evacuation Care (EVAC)** o Asistencia en la Evacuación/Traslado, donde 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 cual 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 al control de la hemorragia masiva y 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.

SECCIÓN 3 DIRECT THREAT CARE

ASISTENCIA EN ZONA CALIENTE O BAJO AMENAZA DIRECTA

- Inicialmente la prioridad será, una vez evacuada la zona, 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 están 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

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 interviniente inmediato o 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[12].

- Se puede considerar la realización de 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 ésta 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 aquéllas 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 centímetros 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.

- El torniquete 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 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), y con un elemento que haga los efectos de varilla, como por ejemplo la propia defensa o un bolígrafo metálico.

INDIRECT THREAT CARE

ASISTENCIA EN ZONA TEMPLADA O BAJO AMENAZA INDIRECTA

- Si la hemorragia es en una zona donde 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, si está disponible, con venda hemostática 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.

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 y sobre la ropa, o a 5-7 centímetros 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 esté controlado.

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

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 donde 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 a activarse la amenaza. Esto deberá tenerse en cuenta a la hora de manejar las hemorragias masivas en estas localizaciones de amenaza elevada.

NIVEL DE RESPUESTA Y MANEJO DE LA VÍA AÉREA

- Una vez hayamos controlado todos los sangrados, o en caso de que la víctima no presente ninguno, continuaremos buscando otros problemas que puedan poner en riesgo la vida de la víctima[13].
- Comenzaremos comprobando si responde o no responde. Para ello:

  - ✓ Intentaremos ver si habla o se mueve (está **A**lerta).
  - ✓ Si no habla o se mueve le preguntaremos algo para ver si nos responde (responde a estímulos **V**erbales).
  - ✓ Si no nos responde, le presionaremos en algún lugar del cuerpo para provocarle un pequeño dolor y comprobar si nos responde (responde a estímulos **D**olorosos)
  - ✓ En el caso de que la víctima ni se mueva ni nos responda (**N**o 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)

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 (cont.)

Si la víctima respira, colocar en posición lateral de seguridad (PLS).

En los momentos iniciales del incidente se podrá contemplar la colocación en PLS de todas las víctimas inconscientes, sin perder tiempo en realizar maniobras básicas de apertura de la vía aérea, junto con el control de la hemorragia por medio de presión directa.

MANEJO DE LA VÍA AÉREA EN VÍCTIMAS CONSCIENTES CON TRAUMA MAXILOFACIAL

Una víctima consciente con un trauma en mandíbula y/o cara también presenta un problema que puede poner en riesgo su vida.

Generalmente este tipo de víctimas buscan una posición que les permita expulsar la sangre por la boca y que les facilite la respiración.

Para ello, la mejor forma de actuar es permitirles que adopten la posición en la que se encuentren más cómodos o sentarles y apoyarles contra una superficie (o sujetarles por la espalda) de manera que queden inclinados hacia adelante.

En caso de que pierdan consciencia y no respondan, se actuará como con cualquier víctima inconsciente, colocándoles en PLS.

.

MANEJO DE HERIDAS PENETRANTES EN TÓRAX CON PARCHE OCLUSIVO CON VÁLVULA

Se deberán tapar inmediatamente todas aquellas heridas abiertas/respirantes en el torso mediante un parche oclusivo con válvula[14] **(Recomendaciones del C-TECC 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[15]. (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 interior.

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 y liberando así la presión, y buscaremos ayuda.

MANEJO DE HERIDAS PENETRANTES EN TÓRAX CON PARCHE OCLUSIVO CON VÁLVULA (cont.)

- 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 indican que en caso de no disponer de parche oclusivo con válvula, en presencia de heridas respirantes en tórax, éstas deben dejarse sin tapar para evitar problemas de riesgo vital como el neumotórax a tensión.

SHOCK HEMORRÁGICO/REANIMACIÓN
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 a 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 con 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[16].

- 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 por 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 aquéllas 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 o parada cardiaca por causas no traumáticas.

- 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[17].

ANEXO 1

CÓMO 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] GrupoDC Solutions (2017), Sobre la necesidad de incluir programas formativos para la gestión de incidentes armados en el sector de la seguridad privada. Registro del Ministerio del Interior de España, Madrid, 25 de agosto de 2017, registro de entrada núm. 61574.

[2] Crevillén, D. (2018) Amok, "Active Shooting and Mass Casualty Incidents: what if categories fail?" En https://www.grupodcsolutions.com/single-post/2017/03/13/AMOK-ACTIVE-SHOOTING-AND-MASS-CASUALTIES-INCIDENTS-WHAT-IF-CATEGORIZATION-FAILS [Acceso 13 de febrero de 2018]

[3] Committee for Tactical Emergency Casualty Care (TECC) guidelines. Actualización de junio 2015. En http://www.c-tecc.org/images/content/TECC_Guidelines_-_JUNE_2015_update.pdf [Acceso 13 de febrero de 2018]

[4] Committee for Tactical Emergencies Casualty Care (TECC) Guidelines for First Responders with a Duty to Act (2017). http://www.c-tecc.org/images/TECC-Guidelines-for-FR-with-a-duty-to-act-32017.pdf [Acceso 13 de febrero de 2018]

[5] Ley 5/2014 de Seguridad Privada, de mayo de 2014, artículo 31.

[6] Jacobs LM Jr; Joint Committee to Create a National Policy to Enhance Survivability from Intentional Mass-Casualty and Active Shooter Events (2015), "The Hartford Consensus III: Implementation of Bleeding control", Bulletin American College of Surgeons, Volumen 100, nº 7, pp. 20-6, En https://www.facs.org/~/media/files/publications/bulletin/2015/2015%20july.ashx [Acceso 13 de febrero de 2018]

[7] Shapiro G, Smith R, Callaway DW. "Committee for Tactical Emergency Casualty Care (2016). Spring Update". *J Spec Oper Med*. 2016 Spring; 16 (1): 137-139.

[8] El algoritmo RHF (Run-Hide-Fight) fue acuñado a comienzos de esta década por el Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security) estadounidense en conjunción como otras agencias federales, estatales y locales como respuesta sistematizada a incidentes de tirador activo. Posteriormente se ha aceptado su aplicación a otros incidentes activos (atropellamientos en masa, etcétera). La versión británica incluye la variante de sustituir Fight (luchar) por Tell (avisar). En nuestro caso proponemos el uso del algoritmo español clásico en gestión de emergencias PAS como complementario y parte integral del algoritmo RHF. Ver Gutiérrez, J.M., y Gutiérrez, B. (2018), Pautas de actuación ante un incidente armado y necesidad de formación. En https://www.grupodcsolutions.com/single-post/2018/01/29/Pautas-de-actuaci%25C3%25B3n-en-un-incidente-armado-y-necesidad-de-formaci%25C3%25B3n [Acceso 13 de febrero de 2018]

[9] Ley 5/2014 de Seguridad Privada, artículo 14.

[10] Eastridge BJ, Mabry RL, Seguin P, et al. (2012) "Death on the battlefield (2001–2011): implications for the future of combat casualty care". *J Trauma Acute Care Surg*. 2012; 73(Suppl 5):S431–7.

[11] Committee for Tactical Emergency Casualty Care (TECC) guidelines. Actualización de junio 2015. En http://www.c-tecc.org/images/content/TECC_Guidelines_-_JUNE_2015_update.pdf [Acceso 13 de febrero de 2018]

[12] Zietlow JM, Zietlow SP, Morris DS, Berns KS, Jenkins DH. (2015) "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.

[13] Smith, ER; Shapiro, G.; Sarani, B. (2016), The Profile of wounding in civilian public mass shooting facilities, *J Trauma Acute Care Surg*. 2016 Jul;81(1):86-92.

[14] Callaway D.(2016) "Don't Let the Word "Myopic" Blind You". *J Spec Oper Med*. 2016 Fall; 16 (3);120-122

[15] Kheirabadi BS, Terrazas IB, Miranda N, Voelker AN, Arnaud F, Klemcke HG, Butler FK, Dubick MA. (2017) "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

[16] Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, et al. (2015) "European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 1. Executive Summary". *Resuscitation.* 2015;95:1–80.

[17] Fisher AD, Callaway DW, Robertson JN, et al. (2015) "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