



FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL CENTINELA

SANIDAD EN AMBIENTES HOSTILES

PROTOCOLO MARCH



El acrónimo MARCH representa un orden de prioridades para la evaluación y tratamiento de heridos en situaciones tácticas de combate o ataques donde la seguridad es limitada y los recursos pueden ser escasos. El objetivo de MARCH es identificar y tratar rápidamente las amenazas más inmediatas para la vida del herido, sin poner en riesgo la misión.



Dado el uso de esta secuencia en escenarios tácticos, es que es asimilable y se aconseja su utilización ante la ocurrencia de heridos o víctimas ante situaciones hostiles que se deba enfrentar en un puesto de guardia ante amenazas directas o indirectas; por lo tanto, debe ser la conducta sanitaria a seguir ante la situación descrita, principalmente cuando ya se ha migrado desde la amenaza directa a la amenaza indirecta o zona de cuidados en terreno táctico.



A continuación, se describirán las acciones a realizar de acuerdo a cada letra del acrónimo; no obstante, es importante considerar que las técnicas, propiamente tal serán practicadas en un escenario con ambiente controlado durante la fase práctica del curso.

MARCH

Massive Hemorrhage (Hemorragia Masiva):

Esta es la prioridad número uno. Una hemorragia severa puede causar la muerte en cuestión de minutos, por lo cual se debe identificar rápidamente cualquier sangrado abundante de extremidades (brazos y piernas) y controlarlo inmediatamente.



El reconocimiento debe realizarse buscando:

- Sangre roja brillante con sangrado pulsátil a chorros o constante desde la herida.
- Sangre roja brillante que se acumula en el suelo.
- La ropa que cubre la herida se encuentra empapada en sangre o bien los vendajes con que ha sido tratada la herida previamente.
- Amputación del brazo o pierna.
- Considere que víctimas con lesiones graves pueden desangrarse en tan solo tres minutos.



El manejo debe ser:

- Aplicación de torniquete de extremidades en brazo o pierna afectada, lo más proximal al tronco. Un torniquete corta el flujo sanguíneo a un brazo o pierna más allá del sitio de aplicación; por lo tanto, es el método de elección para controlar un sangrado masivo de extremidad en un escenario con amenaza directa.
- Cuando realice el cuidado en un escenario con amenaza indirecta, se recomienda instalarlo 5 a 7,5 centímetros por encima del sitio con herida.
- Un segundo torniquete podría ser aplicado si el sangrado no se detiene, luego de haber instalado un primero correctamente.
- Aplicación de vendaje hemostático en heridas anatómicas que se encuentre indicado.
- Instalación de vendaje compresivo en el área sangrante o donde ya se instaló un agente hemostático como la venda hemostática.



Errores comunes al instalar un torniquete de extremidades.

- La correa auto cohesiva no está lo suficientemente tensa al inicio de la aplicación.
- La varilla del molinete no se ha girado lo suficiente para detener el sangrado.
- El torniquete no se aplicó con la suficiente rapidez, se demoró su aplicación.

MARCH

Airway (Vía aérea)

Antes de ejecutar cualquier tratamiento o intervención, se debe evaluar que no esté obstruida la vía aérea. Hay que considerar que la principal forma de mantener una vía aérea permeable en una víctima es permitir que adopte cualquier posición que mejore y/o proteja las vías respiratorias, incluido sentarse y/o inclinarse hacia adelante.

De encontrar alguno de las siguientes situaciones, debe seguir como se describe:

- Si hay una obstrucción traumática de las vías respiratorias o una obstrucción traumática inminente, prepárese para una posible intervención directa de estas.
- Coloque a la víctima inconsciente en posición de recuperación, con la cabeza inclinada hacia atrás; barbilla lejos del pecho.
- Si tiene disponible un equipo de aspiración de secreciones, utilícelo.
- Considere, si tiene posibilidad y no compromete sus funciones, realizar una elevación del mentón con inclinación de la cabeza o empujar la mandíbula hacia adelante.
- Si las medidas anteriores no tienen éxito y la obstrucción de las vías respiratorias de la víctima (por ejemplo, fracturas faciales, lesión directa de





las vías respiratorias, sangre, deformaciones o quemaduras) es inmanejable, considere utilizar una cánula nasofaríngea.

- La estabilización de la columna cervical no es necesaria en víctimas que han sufrido únicamente un traumatismo penetrante.



Respiration (Respiración)

La evaluación de la respiración se centrará en descartar o tratar un neumotórax a tensión. Este se produce cuando ingresa aire en el espacio pleural y este se acumula bajo presión, el cual, si no se trata a tiempo puede progresar desde dificultad respiratoria hasta shock y paro cardíaco traumático; por lo tanto, se debe evaluar y proceder como sigue:

Sospechar un neumotórax a tensión y tratar cuando una víctima tiene un traumatismo significativo en el torso o una lesión primaria por explosión y uno o más de los siguientes:

- Dificultad respiratoria grave o progresiva.
- Taquipnea grave o progresiva.
- Ruidos respiratorios ausentes o notablemente disminuidos en un lado del tórax.
- Shock.
- Paro cardíaco traumático sin heridas evidentemente mortales.

El tratamiento inicial de la sospecha del neumotórax a tensión es:

- Si la víctima tiene un sello torácico colocado, despegue o retire el sello torácico por un periodo de tiempo y vuelva a adherir.
- Coloque a la víctima en posición supina o de recuperación a menos que esté consciente y necesite sentarse para ayudar a mantener las vías respiratorias despejadas como resultado de un traumatismo maxilofacial.



- Descomprima el tórax del lado de la lesión con una aguja o catéter de calibre 14 o 10 y 3,25 pulgadas de largo.
- Se puede utilizar el quinto espacio intercostal en la línea axilar anterior o el segundo espacio intercostal en la línea medioclavicular para la descompresión con aguja. Si se utiliza el sitio anterior, no inserte la aguja medial a la línea del pezón.
- El catéter debe insertarse en un ángulo perpendicular a la pared torácica y justo por encima de la parte superior de la costilla inferior en el sitio de inserción. Inserte la aguja o catéter hasta el centro y manténgala en su lugar durante 5 a 10 segundos para permitir que se produzca la descompresión. Después de realizar la descompresión con aguja, retírela y deje el catéter en su lugar.
- Si una víctima tiene un traumatismo significativo en el torso o una lesión primaria por explosión y sufre un paro cardíaco traumático (sin pulso, sin respiración, sin respuesta a estímulos dolorosos, sin otros signos de vida), descomprima ambos lados del tórax antes de suspender el tratamiento.



¿Cuándo es exitosa la descompresión con aguja?

- La dificultad respiratoria mejora.
- Hay un silbido evidente cuando el aire se escapa del tórax cuando se realiza la descompresión con aguja (esto puede ser difícil de apreciar en entornos con mucho ruido).



- Una víctima sin signos vitales recupera la conciencia y/o presenta retorno a circulación espontánea.



¿Y si la descompresión no mejora la sintomatología de la víctima?

- Realice una segunda descompresión con aguja en el mismo lado del pecho, en cualquiera de los dos sitios recomendados que no se utilizaron anteriormente. Utilice un catéter nuevo para el segundo intento.
- Considere, según el mecanismo de la lesión y los hallazgos físicos, si puede ser necesaria la descompresión del lado opuesto del tórax.
- Continúe reevaluando.

¿Si vuelven a aparecer los síntomas?

- Realice otra descompresión con aguja en el mismo sitio que se utilizó anteriormente. Utilice una nueva aguja o catéter para repetir la punción. De no tener éxito, continúe evaluando la letra C.

Considere, siempre aportar oxígeno a la víctima si está disponible.



Circulation (Circulación).

Puede parecer similar a la evaluación técnica a desarrollar en la letra “M”. Sin embargo, acá son otros los procedimientos sugeridos a realizar, siempre y cuando la situación se lo permita.

Por lo tanto, el actuar en la evaluación de esta letra, se sugiere se realice como se sugiere a continuación:

- Reevalúe la aplicación previa que se realizó del torniquete.
- Exponga la herida y determine si es necesario un torniquete.
- Si es necesario, reemplace cualquier torniquete de extremidad colocado sobre el uniforme por uno aplicado directamente sobre la piel a 2 o 3 pulgadas por encima del lugar del sangrado. Asegúrese de que se detenga el sangrado.
- Si no hay amputación traumática, controle el pulso distal. Si el sangrado persiste o todavía hay un pulso distal, considere apretar aún más el torniquete o usar un segundo torniquete al lado del primero para eliminar tanto el sangrado como el pulso distal. Si la reevaluación determina que el torniquete anterior no era necesario, entonces retírelo.
- Debe Exponer y marcar claramente todos los torniquetes con la hora del torniquete.
- Evalúe si hay shock hemorrágico (estado mental alterado en ausencia de lesión cerebral y/o pulso radial débil o ausente).
- Accesos intraóseos, intravenosos, aplicación de fluidos, fármacos u otros medicamentos, deben ser realizados por personal sanitario.



Hypothermia (Hipotermia)

La hipotermia, antes que todo, se debe prevenir. Es importante considerar que cualquier individuo sano puede presentarla; por lo



que es relevante el tomar medidas tempranamente. Sin embargo, en caso de presentarse la pérdida de calor se sugiere lo siguiente:

- Las medidas deben ser prematuras y agresivas para evitar una mayor pérdida de calor corporal, y agregando calor externo cuando esté disponible y sea posible aplicarlo. Este calor externo, se refiere a una fuente de calor exógena.
- Minimizar la exposición de la víctima al suelo frío, al viento y a la temperatura ambiental; por lo que se debe poner un material aislante entre la víctima y la superficie.
- Reemplace la ropa mojada con ropa seca, si es posible, o con mantas secas.

Lesiones secundarias

En un escenario hostil, se puede presentar otro tipo de lesiones que de igual forma es importante poder manejar, como lo son el trauma ocular, lesiones en la cabeza, quemaduras y/o fracturas. Ante estas lesiones, se sugiere tener en consideración lo siguiente:



Trauma ocular

Al notarse o sospechar una lesión penetrante en el ojo, este se debe cubrir con un protector ocular rígido sobre el ojo lesionado, no sobre ambos. En caso de no contar con un protector ocular rígido, cubra el ojo con las gafas tácticas. Es importante que recuerde no hacer presión sobre el globo ocular.

Quemaduras

Las quemaduras, como pudo comprender durante su curso Primer Respondedor en Emergencias Médicas, se pueden clasificar de acuerdo a su profundidad; no obstante, por norma general el tratamiento se resume en cubrir el área afectada con apósitos estériles y cubrir la víctima para prevenir las pérdidas de calor y mantener con ropa seca. Es importante recordar que, ante quemaduras eléctricas o choques eléctricos, debe utilizar un objeto no conductor de la electricidad y luego proceder con la atención.

Fracturas

Dentro de las fracturas, la gran clasificación es una abierta o cerrada. En la primera, es un poco más objetivo ya que podría observar la salida de hueso hacia el exterior; sin embargo, es importante tener en consideración los signos que sugieren una fractura de un hueso como el dolor agudo que presenta la víctima, captar u oír un “snap” de los huesos, diferente longitud o forma de la extremidad, pérdida de pulso a distal de la extremidad o pérdida de sensibilidad y sentir un crujido debajo de la piel. La conducta general es inmovilizar el hueso afectado con férula semirrígida o con un aparato improvisado, el objeto es evitar movimientos del área afectada.

Lesiones en la cabeza

Estas lesiones pueden resultar de un traumatismo craneoencefálico cerrado o un trauma penetrante. Los signos y síntomas de daño en la cabeza incluyen: alteración del estado de conciencia, desorientación o mareo, dolor de cabeza, zumbido de oídos, amnesia, náuseas o vómitos y sensación de visión doble.

Es importante, que, una vez llegada la partida de sanidad, reporte todo lo observado y/o evaluado junto con lo que ha procedido.