

**PROCOLO PARA INTERVENCIONES DE SOPORTE
VITAL EN INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS
POR ATENTADOS TERRORISTAS
ABRIL 2016 (Actualizado Marzo 2018)
Corregido**

01/03/2018

Juan José Pajuelo Castro

Nota del autor: Este protocolo es una adaptación de “A threat-based, statewide EMS protocol to address lifesaving interventions in potentially volatile environments” de *Matthew J. Levy, DO; Kevin M. Straight, MS; Michael J. Marino, MS; Richard L. Alcorta, MD,*⁴ Este documento no deja de ser un conjunto de recomendaciones que no deberán de sustituir el buen juicio clínico. Su aplicación deberá de tener en cuenta el nivel de amenaza y, los protocolos específicos del SEM o de la Unidad Policial correspondiente.

ÍNDICE

a.	JUSTIFICACIÓN	<i>página 3</i>
b.	ANTECEDENTES	<i>página 3</i>
c.	INTRODUCCIÓN	<i>página 4</i>
d.	INDICACIONES	<i>página 4</i>
e.	CONTRAINDICACIONES	<i>página 4</i>
f.	ASISTENCIA	<i>página 4</i>
g.	ZONA DE ASISTENCIA/OPERACIONES	<i>página 5</i>
h.	FORMACIÓN	<i>página 11</i>
i.	MATERIALES	<i>página 12</i>
	Referencias	<i>página 13</i>

a. JUSTIFICACIÓN

Debido al aumento de incidentes intencionados dónde se produce un número de víctimas elevado, como por ejemplo (y no limitados a) atentados con explosivos con múltiples víctimas, acciones llevadas a cabo por “lobos solitarios” y atentados por “pequeñas unidades” terroristas¹ y, para plasmar las lecciones aprendidas de los profesionales tanto sanitarios como tácticos en los últimos incidentes acaecidos tanto en Estados Unidos como en Europa², surge la necesidad de redactar un protocolo que aporte una flexibilidad clínica para este tipo de situaciones emergentes, en las que no se puede proporcionar una asistencia médica convencional o estándar debido a la falta de seguridad. La premisa que reside detrás de este protocolo es ofrecer un mecanismo que permita al personal policial (táctico-sanitario) con competencias asistenciales en primeros auxilios y, al personal de los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) una aproximación estructurada a las víctimas que les facilite el tratamiento de las amenazas de riesgo vital más inminentes, las cuáles son similares a las que se pueden encontrar en el entorno prehospitalario en combate³, inicialmente basada en la proximidad de los asistentes a la amenaza real o potencial, empleando un modelo de mitigación de la amenaza.

Este protocolo es una adaptación de “A threat-based, statewide EMS protocol to address lifesaving interventions in potentially volatile environments” de *Matthew J. Levy, DO; Kevin M. Straight, MS; Michael J. Marino, MS; Richard L. Alcorta, MD*,⁴ basado en las directrices para el manejo de heridos en situaciones de emergencia tácticas (Tactical Emergency Casualty Care)⁵ dónde existe una amenaza real o potencial para el personal operativo y asistencial. Como valor añadido, toma en consideración las últimas recomendaciones de 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC)⁶ en cuanto a medios de control de hemorragias se refiere, para ajustarlo a la normativa legal y a los protocolos de actuación nacionales. Este protocolo va acorde a las últimas recomendaciones sobre manejo de heridos en incidentes de múltiples víctimas intencionados^{7,8}

Además, este protocolo permite hablar un lenguaje común entre el personal policial con competencias asistenciales en primeros auxilios y el personal del SEM, que se debería ampliar al resto de los profesionales sanitarios de la cadena asistencial, como personal de urgencias hospitalarias y cirujanos, que tiene como objetivo llevar a cabo un correcto continuum asistencial desde el lugar de la lesión hasta la cirugía y reanimación y, como finalidad, disminuir la morbilidad y la mortalidad de los ciudadanos.

b. ANTECEDENTES

Una revisión de los pasados sucesos con asaltantes armados y/o con explosivos, ha demostrado que la práctica prehospitalaria convencional de no acceder a la escena hasta que esta no es asegurada por los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado/Policias Locales/Policias Autonómicas, está asociada con un aumento de pérdidas humanas.^{1,2}

Debido a esto, surge la necesidad de introducir en los protocolos asistenciales elementos que sean capaces de eliminar la amenaza para realizar una extracción rápida de los heridos a una zona más segura, dónde proceder a la identificación de las víctimas y al manejo de las lesiones de riesgo vital, en especial la hemorragia exanguinante mediante torniquetes, medios seguros y efectivos^{9, 10} y/o con agentes hemostáticos y vendajes compresivos, elementos que han demostrado su efectividad a lo largo de todos estos años en el manejo de la hemorragia exanguinante.¹¹ En este tipo de situaciones, el personal policial armado con competencias asistenciales en primeros auxilios será el encargado de realizar lo anteriormente mencionado, hasta que las víctimas pasen a ser responsabilidad del personal sanitario de los SEM.

En resumen, este protocolo tiene como propósito proporcionar un lenguaje común para operaciones que involucran a personal entrenado y equipado, tanto personal táctico-sanitario como personal sanitario convencional, dónde es necesario un acceso rápido a las víctimas para acelerar las intervenciones de soporte vital lo más cerca posible del punto y del momento de la lesión. En este tipo de incidentes activos dónde existe una amenaza, el personal sanitario del SEM debe actuar bajo las órdenes del personal policial y además, deberá portar el equipo de protección personal (en este caso balístico) que se recoja en sus protocolos.

c. INTRODUCCIÓN

Este protocolo proporciona recomendaciones para el tipo de intervención y asistencia que se debe llevar a cabo en las diferentes proximidades de una amenaza en un entorno con amenazas reales o potenciales.

Por definición, un entorno con amenaza es de naturaleza dinámica. Las condiciones en la escena pueden cambiar y la evacuación de emergencia de los intervinientes y de los heridos puede interferir con las intervenciones que se describen en este protocolo.

d. INDICACIONES

Este protocolo no reemplaza las prácticas generales de manejo del paciente de los SEM, que deben seguirse una vez que la amenaza activa se ha eliminado.

Al poner en práctica este protocolo los miembros del SEM reconocen que la situación es:

1. Única, austera y diferente a la asistencia médica que se llevaría a cabo en una situación convencional Y
2. El prestar la asistencia prehospitalaria estándar podría poner en peligro de manera innecesaria al paciente y/o a los intervinientes.

Este es un protocolo para un incidente con peligro activo o para un entorno con riesgos potenciales donde son necesarias intervenciones de soporte vital.

e. CONTRAINDICACIONES

En ausencia de presencia o de percepción de una amenaza, se debe llevar a cabo la asistencia a los pacientes que está recogida en los protocolos estándar.

f. ASISTENCIA

La asistencia a las víctimas producidas en este tipo de incidentes se sustenta en los siguientes pilares fundamentales basados en el algoritmo **MARCHED**:

- Eliminar la amenaza por medio del personal operativo.
- Traslado de los heridos lo antes posible a una zona segura.
- Identificación y filiación de todos los heridos por los Operadores de Rescate para detectar asaltantes infiltrados entre los heridos.
- Control de hemorragias de riesgo vital mediante torniquetes en localizaciones anatómicas que permitan su colocación.
- Control de hemorragias de riesgo vital por medio de agentes hemostáticos tipo venda/vendas estériles estándar para empaquetar la lesión, presión directa y vendajes compresivos.
- Manejo de la vía aérea mediante maniobras básicas y cánulas nasofaríngeas.
- Tratar heridas abiertas en tórax mediante parches oclusivos valvulados vigilando el desarrollo de un neumotórax a tensión.
- Descomprimir los neumotórax a tensión mediante aguja/catéter 14 G de 8 cm. de longitud.
- Reposición de fluidos sólo en pacientes en shock hipovolémico realizando una reanimación hipotensiva y, en pacientes con TCE para conseguir una TAS de al menos 90 mmHg.
- Prevención de la hipotermia precoz.
- Documentación del tratamiento realizado en tarjeta que acompañará a la víctima a lo largo de todo los escalones asistenciales.

g. ZONAS (o FASES) DE ASISTENCIA/OPERACIONES

Las zonas que se describen a continuación intentan estandarizar la terminología que se emplea en una situación con peligro real y/o potencial para que todos los implicados en la asistencia conozcan que intervenciones se deben llevar a cabo en cada zona.

1. **Zona Caliente (Fase de Amenaza Directa):** Se trata de un área de operaciones con una amenaza directa e inmediata a la seguridad o la vida del personal.
 - a) La prioridad en la Zona Caliente es eliminar la amenaza activa, la asistencia médica es secundaria.
 - b) El personal que lleve a cabo la asistencia en esta zona debe ser el personal policial (táctico-sanitario). Las prioridades asistenciales son evitar que los heridos y los intervinientes sufran más heridas e incluye la evacuación rápida a una zona más segura.
 - i. Si es posible, las víctimas debe desplazarse a una zona segura por sus propios medios.
 - ii. Los objetivos de la asistencia incluyen mantener al personal policial involucrado en eliminar la amenaza, reduciendo así la posibilidad de que se produzcan más víctimas y, el control de cualquier hemorragia externa de riesgo vital en extremidad.

- a. El control de una hemorragia grave en presencia de una amenaza directa se llevará a cabo por medio de torniquetes comerciales.
 - b. Los torniquetes deben colocarse lo más arriba posible en la extremidad sin emplear tiempo en exponer la zona de la lesión.
 - c. En presencia de amputación parcial o completa, colocar un torniquete lo más pronto posible.
 - d. La Reanimación Cardiopulmonar (RCP) NO está indicada en situaciones donde existe una amenaza activa.
- iii. En caso de ataque NBQ-R deben de encontrarse disponible los antídotos y material de Protección Personal correspondiente y, se activarán los protocolos del SEM/Institucionales para este tipo de incidentes.
2. **Zona Templada (Fase Amenaza Indirecta):** (Asistencia de Soporte Vital Únicamente Salvavidas) Un área con una amenaza potencial para la seguridad o para la vida del personal.
- a) **La prioridad asistencial en esta zona es la evacuación de los pacientes a un área completamente segura. La asistencia que se recomienda a continuación dependerá del equipo y de los recursos disponibles, del nivel de entrenamiento de los asistentes y de la capacitación legal para realizar ciertas técnicas. NO se debe retrasar la extracción de los heridos por llevar a cabo tratamientos avanzados.**
- i. La Zona Templada se encuentra normalmente entre las Zonas Calientes y las Zonas Frías, no es un punto geográfico y depende de la situación global.
 - ii. Los intervinientes siempre deben tener en cuenta que la seguridad de la escena puede cambiar de manera instantánea.
 - iii. Se debe realizar una aproximación estructurada para realizar la asistencia a los heridos.
 - iv. Se deben sopesar los posibles beneficios entre realizar la asistencia médica en estas zonas o con continuar la operación táctica y/o retrasar la oportunidad de evacuar al paciente.
 - v. La asistencia en la Zona Templada se realiza por regla general en o cerca del lugar de la lesión una vez que se han llevado a cabo las medidas para asegurar la escena. La asistencia también puede tener lugar en el nido de heridos/punto de agrupamiento de heridos.
 - vi. Un nido de heridos/punto de agrupamiento de heridos es una localización que esta a cubierto de una amenaza directa y, dónde las víctimas pueden agruparse para ser trasladadas desde una zona de peligro a una zona de triaje/tratamiento. Serán necesarios varios nidos de heridos/puntos de agrupamiento de heridos en las Zonas Templadas o Frías. Estos puntos se deben establecer cuanto antes y se debe informar de sus localizaciones a TODOS los intervinientes lo antes posible.

- vii. Por cuestiones de seguridad, se llevará a cabo una identificación y filiación de las víctimas para evitar pasar por alto posibles asaltantes tanto heridos como no heridos. La realizará el personal policial mediante los medios electrónicos/digitales que se estipulen, en la entrada del nido de heridos/punto de agrupamiento de heridos.
 - a. A los asaltantes heridos DESARMADOS se les realizará la evaluación y asistencia estándar y se les identificará con una tarjeta de herido de color llamativo (naranja).
 - b. A los asaltantes heridos o no heridos ARMADOS se procederá a su cacheo y retirada de armas y/o explosivos y, se les derivará una zona especial para su incomunicación y custodia hasta su traslado, por lo que se establecerá una zona especial dentro del mismo nido de heridos/punto de agrupamiento de heridos, alejada lo más posible de las víctimas.
 - viii. Si es posible, se debe realizar un triaje abreviado para establecer la prioridad de evacuación. Se recomienda como medida muy interesante emplear cintas, rotuladores o tarjetas de herido de colores para identificar de manera clara a los heridos como inmediato o retrasado (rojo y amarillo, respectivamente). Los fallecidos también deben ser identificados y marcados de manera adecuada para evitar que se les reevalúe de manera repetida por intervinientes diferentes. Además, es aconsejable el uso de medios luminosos de colores para trabajar en condiciones nocturnas o de baja visibilidad
- b) La asistencia médica en la Zona Templada debe limitarse a intervenciones esenciales empleando la regla nemotécnica **“MARCHED”**:
- i. **M** – Control de Hemorragias Masivas:
 - a. La hemorragia masiva continúa siendo la mayor amenaza para la vida en la mayoría de los pacientes traumáticos. Controlar la hemorragia es la máxima prioridad.
 - b. Los torniquetes continúan siendo los medios más adecuados para el control de hemorragias de riesgo vital en este tipo de circunstancias, donde sea anatómicamente viable su colocación.
 1. Si se ha colocado un torniquete en la Zona Caliente, éste debe ser reevaluado.
 2. Los torniquetes colocados sobre la ropa pueden no ser del todo efectivos y pueden necesitar ser reajustados y apretados con más fuerza para eliminar totalmente el sangrado e intentar eliminar el pulso distal, si es viable.
 3. En caso de hemorragia de riesgo vital en extremidad no tratada anteriormente, se colocará un torniquete en dicha extremidad a 5-7 cm. de la lesión sobre la piel si el punto de sangrado es claramente visible, apretándolo lo suficiente como para controlar

totalmente el sangrado e intentar eliminar el pulso distal.

4. Otros métodos para el control del sangrado incluyen el empaquetamiento en profundidad de la lesión con venda estéril o con agente hemostático tipo venda, junto con presión directa (preferiblemente durante al menos 5 minutos de presión directa continuada).
5. En lesiones vasculares en cuello, ingle y axila (ej.: zonas de unión de miembros) no se pueden colocar los torniquetes de extremidades. Además, un vendaje compresivo a menudo es difícil que realice una presión de manera efectiva. En estas situaciones los agentes hemostáticos tipo venda junto con presión directa (preferiblemente durante al menos 5 minutos de presión directa continuada) han demostrado ser efectivos.
6. Se empleará un vendaje compresivo que realice presión y asegure el agente hemostático o la venda estéril en el lugar de la lesión, si es posible.

ii. **A** – Manejo de la Vía Aérea

- a. Los pacientes con problemas en la vía aérea en la Zona Templada son una prioridad de evacuación alta ya que a menudo necesitan una gran cantidad de recursos.
- b. Considerar la administración de oxígeno si está indicado y se encuentra disponible.
- c. Herido inconsciente sin obstrucción de la vía aérea:
 1. Maniobra de frente-mentón o pulsión mandibular.
 2. Cánula nasofaríngea asegurada en el lugar, comprobando antes que no hay signos de posible fractura de base de cráneo.
 3. Colocar al herido en Posición Lateral de Seguridad si no se dispone de cánula nasofaríngea
- d. Herido con obstrucción de la vía aérea o inminente obstrucción en la misma:
 1. Maniobra de frente-mentón o pulsión mandibular.
 2. Cánula nasofaríngea asegurada en el lugar, comprobando antes que no hay signos de posible fractura de base de cráneo.
 3. Permitir el herido que adopte la posición que mejor proteja su vía aérea, incluyendo la de sentado o estar inclinado hacia delante.
 4. Colocar al herido inconsciente en Posición Lateral de Seguridad si no se dispone de cánula nasofaríngea.

- e. Si las medidas anteriores no han tenido éxito, si el tiempo y los recursos lo permiten y, SE ESTÁ ENTRENADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO, considerar lo siguiente:
 - 1. Supraglóticos.
 - 2. Intubación oro/nasotraqueal.
 - 3. Cricotiroidotomía quirúrgica.
- iii. **R** – Respiración/Ventilación:
 - a. Se deben valorar el tórax anterior, la parte superior del abdomen, la espalda y los flancos para buscar cualquier evidencia de herida abierta que deba ser tratada mediante la colocación inmediata de un parche oclusivo con válvula para cubrir el defecto. Vigilar al herido debido al subsecuente desarrollo potencial de un neumotórax a tensión. Si el herido presenta un incremento de la hipoxia, distrés respiratorio, o hipotensión y se sospecha un neumotórax a tensión, tratarlo abombando o despegando el parche exponiendo la herida o mediante la descompresión con aguja por PERSONAL ENTRENADO y LEGALMENTE AUTORIZADO
 - b. El neumotórax a tensión continúa siendo una causa significativa de muerte prevenible en los pacientes traumáticos.
 - 1. En entornos en los que la situación interfiere con una valoración física completa y exhaustiva, cualquier paciente con un trauma torácico cerrado o penetrante significativo que comienza a desarrollar dificultad respiratoria progresiva, debe ser tratado por un neumotórax a tensión mediante la descompresión con aguja por PERSONAL ENTRENADO y LEGALMENTE AUTORIZADO, si es apropiado.
 - 2. Para que la descompresión torácica sea efectiva, se debe realizar mediante la inserción de una aguja/catéter 14 G de al menos 8 cm. en el segundo espacio intercostal línea medioclavicular, asegurándose de que la entrada de la aguja dentro de la cavidad torácica no se produce medial a la línea mamilar y que no está dirigida hacia el corazón, sacando la aguja posteriormente y dejando el catéter asegurado en el lugar. Una opción secundaria aceptable es el 4º/5º espacio intercostal en la línea axilar anterior.
 - 3. Se podrá emplear también un kit de toracostomía descompresiva con aguja.
 - 4. En caso de que el herido no mejore, se realizará una punción torácica en el otro hemitórax.

- iv. **C** – Circulación:
 - a. En general, los pacientes traumáticos adultos sanos con pulso radial y estado mental normal no necesitan terapia IV en la Zona Templada.
 - b. En los pacientes con hipotensión evidente el PERSONAL ENTRENADO Y LEGALMENTE AUTOIRZADO:
 - 1. Si el paciente presenta signos de TCE cerrado, comenzará una fluidoterapia IV para mantener el pulso radial o al menos una TAS de 90mmHg.
 - 2. Los pacientes en shock hipovolémico, reconocido por pulso radial débil o ausente y nivel de conciencia alterado o disminuido en ausencia de TCE, debe recibir un único bolo de 500 ml de fluidos IV hasta conseguir recuperar el pulso radial y mejorar el nivel de conciencia.
 - c. Los pacientes en parada cardiorrespiratoria deben considerarse como fallecidos y no se les debe realizar la RCP en esta zona.
- v. **H** – Hipotermia:
 - a. La hipotermia en los pacientes traumáticos está asociada a un aumento de la mortalidad. La hipotermia es más fácil de prevenir que de tratar.
 - 1. Se deben de emplear medios para la protección de la hipotermia que a su vez permita el traslado de los heridos entre las diferentes zonas.
 - 2. Los pacientes deben trasladarse a una zona más caliente, si es posible.
 - 3. Los esfuerzos deben estar dirigidos a que el paciente no pierda más calor.
- vi. **E** – Todo lo Demás:
 - a. Considerar el empleo de autoinyectores ante la sospecha de exposición a agentes nerviosos/organofosforados, bajo la supervisión de personal entrenado en protocolos NBQ-R y/o personal facultativo.
 - b. Dependiendo de los recursos disponibles, se deben tratar las quemaduras, lesiones oculares y el dolor agudo según los protocolos del SEM por personal del mismo.
- vii. **D** – Documentación:
 - a. Se deben documentar los hallazgos físicos más importantes y las intervenciones realizadas en la Tarjeta del Herido, que debe ir con el herido cuando se realice la transferencia por parte del personal táctico-sanitario. Además, esta tarjeta se debe anexar al informe asistencial del SEM para que acompañe al herido durante todos los escalones asistenciales.

3. **Zona Fría:** (Fase Evacuación) Área en las inmediaciones de la Zona Templada, dónde se podrá realizar la asistencia según protocolos convencionales. Los intervinientes pueden realizar la asistencia donde inicialmente no existe peligro o amenaza para la seguridad.
- a) Las víctimas se trasladarán de la Zona Templada a la Zona Fría a lo largo de los pasillo/s de evacuación.
 - i. Pasillo de Evacuación: Área de transición entre la Zona Templada y la Fría que está libre de una amenaza inmediata y permite el traslado de los heridos con cierta seguridad desde el nido de heridos/punto de agrupamiento de heridos a la zona de triaje/tratamiento más allá del perímetro exterior.
 - b) Una vez en la Zona Fría, será necesario volver a realizar un retriage, especialmente para detectar una condición de riesgo vital y para reevaluar las medidas terapéuticas llevadas a cabo en la Zona Templada.
 - ii. Si se detecta una hemorragia masiva no tratada o se ha tratado de manera inefectiva, debe de tratarse inmediatamente mediante las estrategias mencionadas anteriormente.
 - c) Las víctimas deben de ser triadas y trasladadas según las prácticas convencionales.
 - d) El tratamiento médico realizado en la Zona Templada estará sujeto a la disponibilidad de recursos y, cuándo sea posible, será el similar al que marcan los protocolos estándar para una situación convencional.
 - e) La RCP puede jugar un papel más importante durante la fase de evacuación, especialmente en pacientes electrocutados, hipotérmicos, en parada cardíaca no traumática o, ahogados; sin embargo, sigue dependiendo del número de víctimas y del número y tipo de recursos disponibles.

h. FORMACIÓN

Para conseguir que realmente se hable un lenguaje común entre el personal táctico-sanitario y los profesionales sanitarios de todos los escalones asistenciales, se recomienda que estos últimos sean formados y reciclados en los tiempos que se marquen previamente en técnicas de control de hemorragia con medios como torniquetes y agentes hemostáticos y, técnicas de extracción de heridos.

Así mismo, se recomiendan charlas situacionales por personal con experiencia en la lucha antiterrorista y formación táctico-sanitaria, para contextualizar la asistencia sanitaria en incidentes con múltiples víctimas por atentados terroristas, a los que los profesionales sanitarios se pueden ver enfrentados, para dar a conocer los peligros en estas situaciones y como eliminarlos o al menos, reducirlos.

Se hace también hincapié en la necesidad de realizar simulacros, formaciones e intercambios entre el personal policial y táctico-sanitario y, el personal sanitario civil para una mejor consecución de los objetivos en caso de producirse un incidente real de las características mencionadas.

Para finalizar, se recomienda encarecidamente que tanto el personal sanitario civil como los el personal policial y táctico-sanitario, estipulen un plan formativo para instruir a todos los ciudadanos que puedan verse enfrentados a este tipo de incidentes sobre la identificación y control de las hemorragias de riesgo vital mediante presión directa, agentes hemostáticos y vendajes compresivos, siguiendo la misma línea que las políticas estadounidenses^{12,13} ya que, se ha demostrado una gran tasa de efectividad en la colocación de los primeros¹⁴⁻¹⁶ con un mínimo entrenamiento lo que se traducirá en definitiva, en un mayor número de vidas salvadas por aquellos que se encuentran en el lugar del incidente y son los primeros afectados.

i. MATERIAL

Queda clara la necesidad, según lo expuesto anteriormente, de estar equipado con ciertos materiales para reducir la mortalidad y morbilidad de las víctimas producidas en este tipo de incidentes.

La disposición en el equipo, el número y la disposición en los vehículos o zonas, se tendrá que reflejar y consensuar en los protocolos. Se recomienda la predisposición de mochilas para control de hemorragias en puntos de gran afluencia de personas y en lugares críticos, como por ejemplo al lado se los DESA, siguiendo las recomendaciones del Consenso Hartford.

EL TIPO DE MATERIAL A LLEVAR EN EL EQUIPO/VEHÍCULO IRÁ ACORDE A LA FORMACIÓN Y LA CAPACIDAD LEGAL PARA LA REALIZACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE LOS INTERVINIENTES. A continuación se expone un listado de material mínimo necesario:

1. Torniquetes comerciales
2. Agentes hemostáticos tipos gasa
3. Vendas estériles estándar para empaquetamiento
4. Vendajes compresivos
5. Medios digitales para identificación/filiación
6. Tarjetas de herido/Triaje (roja, amarilla y naranja)
7. Medios luminosos de colores (rojo, amarillo, naranja)
8. Cánulas nasofaríngeas
9. Dispositivos supraglóticos
10. Tubos endotraqueales de diferentes tamaños y material para la IOT
11. Kit de cricotiroidotomía quirúrgica
12. Parches oclusivos con válvula
13. Agujas de toracostomía 14G de 8 cm.
14. Saline lock o aguja/catéter 14 G y material para canalizar vía IV
15. Sueros de 500 ml cristaloides/coloides para reposición de fluidos
16. Kits de hipotermia que permita el traslado y transferencia de los herido
17. Autoinyectores para agentes nerviosos/organofosforados
18. Chalecos balísticos
19. Cascos balísticos
20. Preferiblemente subfusiles y armas cortas.
21. Transmisiones para dos canales de trabajo.
22. Otro material que se determine (roturadores indelebles, tijeras, parches oculares...)

Referencias

1. National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START). Global Terrorism Database. University of Maryland [Citado el 28 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.start.umd.edu/gtd/>
2. Hirsch M, et al. The medical response to multisite terrorist attacks in Paris. *The Lancet*. 20015 Sep; Vol. 386; 10012: 2535-2538
3. Eastridge BJ, Mabry R, Seguin P, et al. Pre-hospital death on battlefield: implications for the future of combat casualty care. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012; 73:S431-S437.
4. Matthew J Levy, D Kevin M. Straight, MS; Michael J. Marino, MS; Richard L. Alcorta, MD. A threat-based, statewide EMS protocol to address lifesaving interventions in potentially volatile environments. *Journal of Special Operations Medicine*. 2016. Spring edition.: 98-102.
5. Committee on Tactical Emergency Care. [Citado 12 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.c-tecc.org/>
6. Monsieurs KG, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 1.Executive Summary. *Resuscitation* (2015). [Citado el 12 de Mayo de 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>
7. Jacobs LM; Joint Committee to Create a National Policy to Enhance Survivability from Intentional Mass-Casualty and Active Shooter Events. The Hartford Consensus III: Implementation of Bleeding Control: If you see something do something. *Bull Am Coll Surg*. 2015 Sep;100(1 Suppl):40-6
8. Jacobs L, Burns KJ. The Hartford Consensus to improve survivability in mass casualty events: Process to policy. *J Disaster Med*. 2014 Winter; 9(1):67-71.
9. Kragh JF Jr, Walters TJ, Baer DG, Fox CJ, Wade CE, Salinas J, Holcomb JB. Survival with emergency tourniquet use to stop bleeding in major limb trauma. *Ann Surg*. 2009 Jan;249(1):1-7.
10. Kragh JF Jr, Littrel ML, Jones JA, Walters TJ, Baer DG, Wade CE, Holcomb JB. Battle casualty survival with emergency tourniquet use to stop limb bleeding. *J Emerg Med*. 2011 Dec;41(6):590-7.
11. 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.
12. Stop the Bleed. Department of Homeland Security. [Citado el 28 de abril de 2016]. Disponible en: <https://www.dhs.gov/stopthebleed>
13. Don't Be a Bystander: Find Out How You Can "Stop the Bleed". The White House. [Citado el 28 de abril de 2016]. Disponible en: <https://www.whitehouse.gov/blog/2015/10/06/stop-bleed>
14. Goolsby C, Branting A, Chen E, Mack E, Olsen C. Just-in-Time to Save Lives: A Pilot Study of Layperson Tourniquet Application. *Acad Emerg Med*. 2015 Sep;22(9):1113-7.
15. Goolsby C, Branting A, Chen E, Mack E, Olsen C. Just-in-Time to Save Lives: A Pilot Study of Layperson Tourniquet Application. *Acad Emerg Med*. 2015 Sep;22(9):1113-7
16. Wall PL, Welander JD, Singh A, Sidwell RA, Buising CM. Stretch and wrap style tourniquet effectiveness with minimal training. *Mil Med*. 2012 Nov;177(11):1366-73