



# **TORNIQUETE (TQ): uso correcto, riesgos y recomendaciones.**

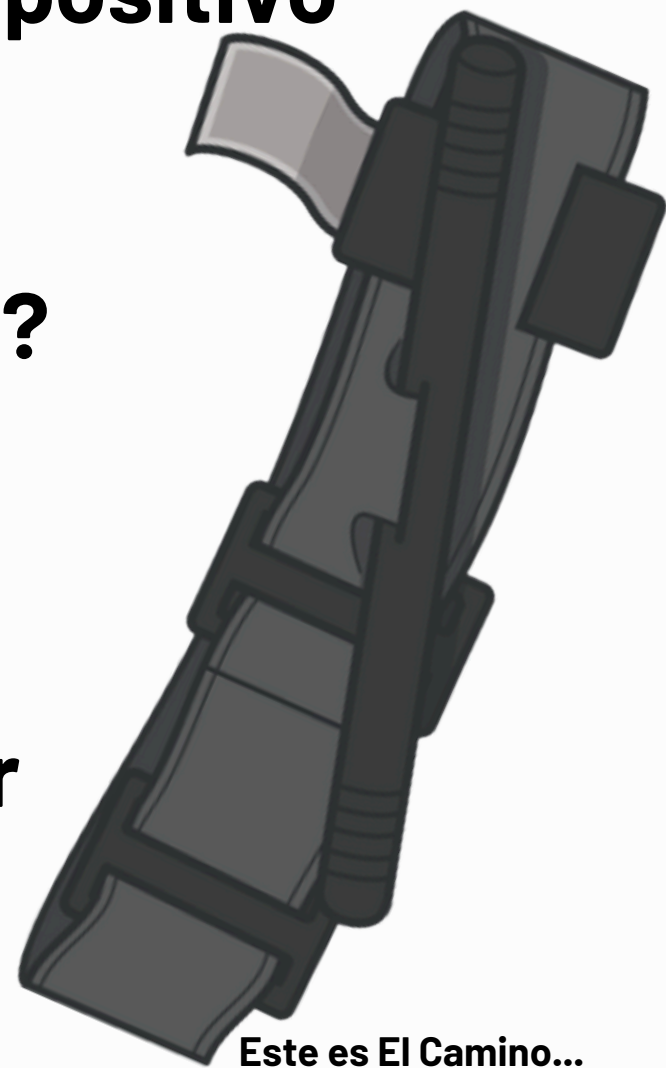
**Es innegable que el empleo de torniquetes  
continúa salvando vidas.**

**Militares, policías, vigilantes, SEM y bomberos  
ya han interiorizado que es un dispositivo  
indispensable.**

**¿Cuáles son las buenas prácticas?**

**¿Existen riesgos asociados?**

**¿Qué problemas pueden aparecer  
en Operaciones?**



**Este es El Camino...  
para dar el mejor Servicio.**



# Información general.

**El torniquete (TQ) está indicado para controlar hemorragias en extremidad con riesgo vital.**

**Es el elemento más importante del IFAK y debe estar siempre a mano para ser usado por el propio herido.**

**Normalmente en Care Under Fire (CUF) se colocará "alto y apretado" y se reemplazará en Tactical Field Care (TFC) por uno sobre piel a 7-8 cm proximal a la herida.**

**Si persiste el sangrado o existe pulso distal, apretar más o colocar un segundo torniquete "lado con lado".**

**Marcar la hora de colocación en el torniquete y en la documentación del herido (DD 1380).**





# Recolocación de Torniquete.

## Indicaciones:

- Torniquetes aplicados sobre el uniforme.
- Torniquetes demasiado proximales ( $> 7$  cm de la herida).
- Demora para cirugía ( $> 2$  horas).

**Reemplazar por torniquete sobre piel a 7-8 cm de la herida.**

**Liberar lentamente el torniquete original vigilando si se produce resangrado.**

**Bajar el torniquete original proximal al torniquete recién colocado.**

**Anotar la hora de la nueva colocación de torniquete (DD 1380).**





# Conversión de Torniquete.

## Contraindicaciones:

- Herido en shock.
- Imposibilidad de vigilar estrechamente el sangrado.
- Amputación.
- Si el torniquete ha estado colocado más de 6 horas.
- Consideraciones tácticas o médicas que hagan la conversión desaconsejable.

**Realizar un empaquetamiento de la herida.**

**Aplicar un vendaje compresivo.**

**Aflojar el torniquete lentamente, asegurando que no vuelve a sangrar.**

**Documentarlo en la tarjeta DD 1380.**





# Problemas en Operaciones.

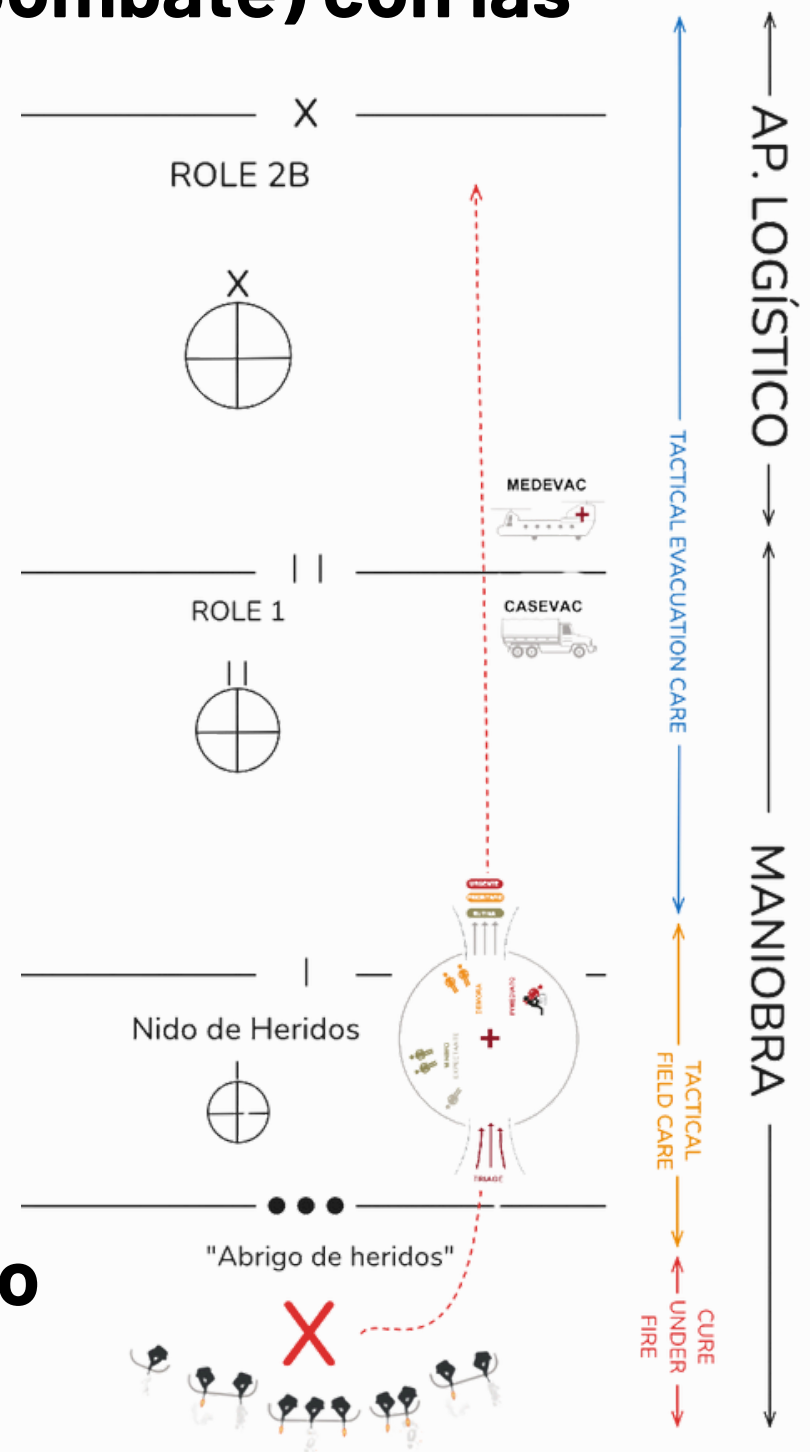
La falta de superioridad aérea, la maniobra del enemigo, el mal estado de las rutas y la falta de medios CASEVAC pueden crear una demora en la evacuación terrestre.

Esta demora puede agravarse si no se cuenta con personal formado (Sanitarios de Combate) con las habilidades y conocimientos para realizar una recolocación o conversión de torniquete.

Puede existir miedo a convertir el torniquete pese a las indicaciones de las Directrices.

Hay poco material en un IFAK y es necesario aumentar la dotación en las unidades tipo Sección.

El manejo del torniquete aplicado no se puede limitar al propio herido o su compañero.



Este es El Camino...  
para dar el mejor Servicio.



# ¿Qué pasa con las FCS?

**Se han salvado vidas gracias a la formación en control de sangrados y la aplicación prehospitalaria de torniquetes.**

**Por otro lado, estudios recientes están reportando aplicación de torniquetes no necesarios o colocados con criterios CUF ("altos y apretados") cuando no eran situaciones de enfrentamiento armado.**

**Al igual que en las Operaciones militares, para evitar complicaciones en evacuaciones prolongadas (> 2 h), se recomienda formar a FCS y SEM en valoración, recolocación y conversión.**





# Debate “usar o no usar”.

## A favor:

- **Disminuye muertes por exanguinación.**
- **Es seguro si es aplicado durante menos de 2 horas.**
- **En la experiencia de Irak/Afganistán no se documentó pérdida de extremidad por aplicación del torniquete.**

## En contra (si se emplea mal):

- **Aplicación del torniquete en sangrados menores.**
- **Emplear criterios CUF sin enfrentamiento armado.**
- **Aplicaciones demasiado proximales en CUF que no se recolocan en TFC.**
- **Con demoras > 6 h en la evacuación (Ucrania) pueden producirse complicaciones, si el TQ no se convierte.**

## Síntesis operativa:

- **Seguir empleando torniquetes.**
- **Seguir criterio de las Directrices del CoTCCC.**
- **Formar a Sanitarios de Combate en conversión y recolocación.**
- **Disminuir los tiempos de evacuación.**
- **Trazabilidad del herido (DD 1380).**



# La culpa no es del torniquete.

**Las amputaciones pueden derivar del daño inicial por destrucción de tejidos, demora en evacuación o infecciones: el torniquete en sí no es la causa.**

**En marcos con evacuaciones rápidas no se documentó pérdida de extremidad por aplicación del torniquete.**

**Es importante seguir los criterios de las Directrices del CoTCCC y disponer de Sanitarios de Combate para realizar conversiones y recolocaciones.**

**Emplear el torniquete cuando está indicado.**

**No dejar de emplear el torniquete "por si acaso".**

**No demonizar el torniquete.**





# Recomendaciones para formar a personal.

- **Recibir formación de personal cualificado para ello.**
- **Evitar llevar el TQ expuesto a intemperie.**
- **No mantener apretados los TQ durante el entrenamiento.**
- **Aplicar en menos de 1 min con estrés y fatiga.**
- **Entrenar a Sanitarios de Combate y SEM a reevaluar TQ y recolocar sobre la piel, proximal a 7-8 cm.**
- **Si hay demora en la evacuación (> 2 h), los Sanitarios de Combate y SEM deben convertir los TQ ASAP, si no existen contraindicaciones.**
- **Adiestrar a la unidad en la trazabilidad del herido mediante la documentación (DD 1380) y la gestión de los Nidos de Heridos.**





# **TORNIQUETE (TQ): uso correcto, riesgos y recomendaciones.**

**No se trata de “torniquete bueno o malo”.**

**El debate científico es sobre indicación de empleo, técnicas, documentación y cadena de evacuación.**

**El torniquete sigue siendo el método más eficaz para controlar hemorragias en extremidades y prevenir muertes evitables.**

**Sigue las Directrices del CoTCCC y asegura la trazabilidad del herido.**



**Este es El Camino...  
para dar el mejor Servicio.**