

Tactical Combat Casualty Care

(TCCC)

Guías

Plan Básico de Manejo en Atención Bajo Fuego/Amenaza

1. Responder al fuego y ponerse a cubierto.
2. Ordenar o esperar que el herido continúe combatiendo si es apropiado.
3. Indicar al herido que se mueva a cubierto y aplique autoayuda si es posible; si la situación táctica lo permite, mover o arrastrar al herido a una zona segura.
4. Intentar evitar que el herido sufra más lesiones.
5. Los heridos deben ser extraídos de vehículos o edificios en llamas y trasladados a lugares de seguridad relativa. Tomar las medidas necesarias para detener el proceso de quemado.
6. Controlar la hemorragia externa que ponga en peligro la vida si es tácticamente factible:
 - a. Indicar al herido que controle la hemorragia mediante autoayuda si es capaz.
 - b. Usar un torniquete recomendado por el CoTCCC para hemorragias en extremidades cuando sea anatómicamente posible.
 - c. Aplicar el torniquete sobre el uniforme, claramente proximal al sitio de sangrado. Si el sitio de la hemorragia grave no es evidente, colocar el torniquete "alto y ajustado" (lo más proximal posible) en la extremidad lesionada y mover al herido a cubierto.
7. La gestión de la vía aérea generalmente debe posponerse hasta la fase de Atención Táctica en el Campo.

Plan Básico de Manejo en Atención Táctica en el Campo

1. Establecer un perímetro de seguridad de acuerdo con los procedimientos operativos estándar tácticos de la unidad y/o ejercicios de batalla. Mantener la conciencia situacional táctica.
2. Realizar triaje de los heridos según sea necesario. A los heridos con estado mental alterado se les deben retirar inmediatamente sus armas y equipos de comunicación.

Hemorragia Masiva

a. Evaluar si hay hemorragias no detectadas y controlar todas las fuentes de sangrado. Si aún no se ha hecho, usar un torniquete recomendado por el CoTCCC para controlar hemorragias externas que pongan en peligro la vida y que sean anatómicamente tratables con un torniquete o para cualquier amputación traumática. Aplicarlo directamente sobre la piel, a 2-3 pulgadas (5-7 cm) por encima del sitio de sangrado. Si el primer torniquete no controla la hemorragia, aplicar un segundo torniquete junto al primero.

b. Para hemorragias compresibles (externas) que no puedan tratarse con un torniquete en extremidades o como complemento a la retirada de un torniquete, utilizar **Combat Gauze** como apósito hemostático de elección recomendado por el CoTCCC.

Alternativas hemostáticas:

- **Celox Gauze**
- **ChitoGauze**
- **XStat** (mejor para heridas profundas y estrechas en zonas de unión)
- **iTClamp** (puede utilizarse solo o en combinación con un apósito hemostático o XStat)
- Los apósitos hemostáticos deben aplicarse con al menos **3 minutos de presión directa** (opcional para XStat). Cada apósito actúa de manera diferente; si uno no controla la hemorragia, puede retirarse y aplicar uno nuevo del mismo tipo o de otro tipo. *(Nota: XStat no debe retirarse en el campo; se pueden aplicar más XStat, otros adyuvantes hemostáticos o apósitos traumáticos encima de él.)*
- Si el sitio de sangrado permite el uso de un torniquete de unión, aplicarlo de inmediato. No retrasar la aplicación una vez que esté listo para usarse. Si no hay un torniquete de unión disponible o mientras se prepara, aplicar apósitos hemostáticos con presión directa.

c. Para hemorragias externas en la cabeza y el cuello donde los bordes de la herida puedan aproximarse fácilmente, el **iTClamp** puede usarse como opción principal para el control de hemorragias. Se recomienda empaquetar la herida con un apósito hemostático o XStat antes de aplicar el iTClamp, si es apropiado.

1. El **iTClamp no requiere presión directa adicional**, ya sea cuando se usa solo o en combinación con otros adyuvantes hemostáticos.

2. Si el **iTClamp** se aplica en el cuello, realizar un monitoreo frecuente de la vía aérea y evaluar la posible formación de un hematoma en expansión que pueda comprometer la respiración. Considerar establecer una vía aérea definitiva si hay signos de un hematoma en crecimiento.
 3. **NO APLICAR** en o cerca del ojo o el párpado (dentro de 1 cm de la órbita).
- d. Realizar una evaluación inicial para detectar **shock hemorrágico** (estado mental alterado en ausencia de lesión cerebral y/o pulso radial débil o ausente) y considerar la iniciación inmediata de esfuerzos de reanimación para el shock.

4. Manejo de la Vía Aérea

- a. Evaluar si la vía aérea está despejada.
- b. Si hay una obstrucción traumática de la vía aérea o una obstrucción inminente, prepararse para una posible intervención directa en la vía aérea.
- c. Permitir que el paciente consciente adopte la posición que mejor proteja su vía aérea, incluyendo sentarse o inclinarse hacia adelante.
- d. Colocar al paciente inconsciente en posición de recuperación, **con la cabeza inclinada hacia atrás y la barbilla alejada del pecho.**
- e. Usar succión si está disponible y es apropiado.
- f. Si las medidas anteriores no tienen éxito **y la obstrucción de la vía aérea (por fracturas faciales, lesión directa en la vía aérea, sangre, deformación o quemaduras) no puede manejarse, realizar una cricotiroidotomía quirúrgica** utilizando una de las siguientes técnicas:
 1. Técnica quirúrgica abierta asistida con guía (Bougie) usando una cánula con brida y con globo, de diámetro externo menor a 10 mm, diámetro interno de 6-7 mm y longitud intratraqueal de 5-8 cm.
 2. Técnica quirúrgica abierta estándar con una cánula con brida y con globo, con las mismas medidas anteriores.
 3. **Verificar la colocación con capnografía continua de EtCO₂.**
 4. Usar lidocaína si el paciente está consciente.
 - g. **Reevaluar con frecuencia la saturación de oxígeno (SpO₂), el EtCO₂ y la permeabilidad de la vía aérea, ya que el estado del paciente puede cambiar con el tiempo.**
 - h. **No es necesario estabilizar la columna cervical en pacientes con traumatismo penetrante únicamente.**

5. Respiración

- a. Evaluar y tratar el **neumotórax a tensión** según sea necesario.
 1. Sospechar y tratar un neumotórax a tensión en pacientes con trauma significativo en el torso o lesión por onda expansiva que presenten uno o más de los siguientes signos:

- Dificultad respiratoria severa o progresiva
- Aumento progresivo de la frecuencia respiratoria
- Disminución marcada o ausencia de ruidos respiratorios en un lado del tórax
- Saturación de oxígeno menor al 90%
- Estado de shock
- Paro cardíaco traumático sin heridas obviamente fatales
- **Si no se trata rápidamente, el neumotórax a tensión puede evolucionar de dificultad respiratoria a shock y paro cardíaco traumático.**

2. Tratamiento inicial del neumotórax a tensión:

- Si el paciente tiene un sello torácico colocado, "descomprimir" (burp) o retirar el sello.
 - Monitorear la saturación de oxígeno con un oxímetro de pulso.
 - Colocar al paciente en **posición supina o de recuperación**, a menos que necesite sentarse para mantener la vía aérea despejada por trauma maxilofacial.
 - **Realizar una descompresión con aguja (NDC)** en el lado de la lesión con una aguja/catéter de **14 o 10 G y 3.25 pulgadas**, en uno de estos sitios:
 - **5.º espacio intercostal (EIC) en la línea axilar anterior (LAA)**
 - **2.º espacio intercostal (EIC) en la línea media claviclar (LMC)** (Si se usa este sitio, **no** insertar medial a la línea del pezón).
 - Insertar la aguja perpendicular a la pared torácica, justo sobre el borde superior de la costilla inferior del sitio elegido. Insertar completamente hasta el tope y mantener en su lugar **5-10 segundos** para permitir la descompresión.
 - **Retirar la aguja y dejar el catéter en su lugar.**
3. Si el paciente está en paro cardíaco traumático con trauma significativo en el torso o lesión por onda expansiva, **descomprimir ambos lados del tórax antes de suspender la atención.**
4. Se considera que la descompresión con aguja (NDC) fue exitosa si:
- Mejora la dificultad respiratoria
 - Se escucha un escape de aire (puede ser difícil de detectar en ambientes ruidosos)
 - La saturación de oxígeno aumenta al 90% o más (puede tardar minutos y no ocurrir en altitudes elevadas)
 - Un paciente en paro cardíaco traumático recupera la conciencia y/o el pulso radial.

5. Si la primera descompresión **no mejora los signos/síntomas**, realizar una **segunda NDC en el mismo lado** en el sitio que no se usó antes, con una aguja nueva. Considerar la posibilidad de descomprimir el otro lado del tórax según el mecanismo de la lesión y los hallazgos físicos. **Seguir reevaluando.**
6. Si la descompresión inicial fue exitosa pero los síntomas reaparecen, repetir la NDC en el mismo sitio con una aguja nueva. **Seguir reevaluando.**
7. Si la segunda descompresión tampoco es efectiva, continuar con la sección de **Circulación** de las guías TCCC.

b. **Tratar inmediatamente las heridas torácicas abiertas o succionantes** aplicando un **sello torácico con válvula** sobre la lesión. Si no hay un sello torácico con válvula, usar uno sin válvula. **Monitorear al paciente** por posible desarrollo de neumotórax a tensión. Si esto ocurre, tratar descomprimiendo el sello torácico o realizando una descompresión con aguja.

c. **Iniciar monitoreo con oxímetro de pulso.** Todos los pacientes con **lesión cerebral traumática (TBI) moderada o severa** deben ser monitorizados con SpO₂ (los valores pueden ser poco confiables en caso de shock o hipotermia grave).

d. **Los pacientes con TBI moderado/severo deben recibir oxígeno suplementario** (si está disponible) para mantener una SpO₂ superior al 90%.

e. Si el paciente tiene **ventilación deteriorada e hipoxia no corregible** con una saturación por debajo del 90%, considerar la inserción de una **cánula nasofaríngea (NPA)** y ventilar con una **bolsa de reanimación (BVM) de 1000 ml.**

f. **Usar monitoreo continuo de EtCO₂ y SpO₂** para evaluar la permeabilidad de la vía aérea.

6. Circulación

a. Hemorragia

1. Se debe aplicar un fijador pélvico en casos de sospecha de fractura pélvica en situaciones de:
 - Lesión contundente grave o por explosión con uno o más de los siguientes indicios:
 - Dolor pélvico
 - Amputación mayor de extremidad inferior o amputación casi completa
 - Hallazgos en el examen físico sugestivos de fractura pélvica
 - Inconsciencia
 - Estado de shock
2. Reevaluar la aplicación previa del torniquete. Exponer la herida y determinar si se necesita un torniquete. Si es necesario, reemplazar cualquier torniquete colocado sobre el uniforme por uno aplicado directamente sobre la piel, a 2-3 pulgadas por encima del sitio de

sangrado. Asegurar que el sangrado se haya detenido. Si no hay amputación traumática, se debe verificar el pulso distal. Si el sangrado persiste o el pulso distal sigue presente, considerar un ajuste adicional del torniquete o el uso de un segundo torniquete junto al primero para detener tanto el sangrado como el pulso distal. Si la reevaluación determina que el torniquete previo no era necesario, retirarlo y anotar la hora de su eliminación en la Tarjeta TCCC del paciente.

3. Los torniquetes en extremidades y los torniquetes en zonas de unión deben ser convertidos en apósitos hemostáticos o de presión lo antes posible si se cumplen tres criterios:
 - El paciente no está en estado de shock.
 - Es posible monitorear la herida de cerca para detectar sangrado.
 - El torniquete no está siendo utilizado para controlar el sangrado de una extremidad amputada.Se debe hacer todo lo posible para convertir los torniquetes en menos de 2 horas si el sangrado puede controlarse por otros medios. No retirar un torniquete que ha estado colocado por más de 6 horas a menos que se cuente con monitoreo cercano y capacidad de laboratorio.
4. Exponer y marcar claramente todos los torniquetes con la hora de aplicación. Registrar los torniquetes aplicados y la hora de aplicación, re-aplicación, conversión y retiro en la Tarjeta TCCC del paciente. Usar un marcador permanente para anotarlos en el torniquete y en la tarjeta.

b. Evaluación de shock hemorrágico

Evaluar si hay shock hemorrágico mediante la presencia de:

- Estado mental alterado sin lesión cerebral.
- Pulso radial débil o ausente.

c. Acceso IV/IO

1. Se indica acceso intravenoso (IV) o intraóseo (IO) si el paciente está en shock hemorrágico o en riesgo significativo de entrar en shock (y podría necesitar resucitación con líquidos) o si necesita medicamentos y no puede tomarlos por vía oral.
 - Se prefiere un acceso IV con catéter calibre 18 o un acceso salino bloqueado.
 - Si el acceso vascular es necesario pero no se obtiene rápidamente por vía IV, usar la vía IO.

d. Ácido Tranexámico (TXA)

Administrar 2 gramos de ácido tranexámico por vía IV o IO de forma lenta lo antes posible, pero **NO más de 3 horas después de la lesión**, si el paciente:

- Probablemente necesitará una transfusión de sangre (por ejemplo, está en shock hemorrágico, presenta una o más amputaciones mayores, trauma penetrante en el torso o evidencia de sangrado severo).
- Tiene signos o síntomas de una lesión cerebral traumática (TBI) significativa o un estado mental alterado asociado con una lesión por explosión o trauma contundente.

e. Resucitación con líquidos

1. Evaluar nuevamente si hay shock hemorrágico.
2. Los fluidos de reanimación recomendados para pacientes en shock hemorrágico, en orden de preferencia, son:
 1. Sangre tipo O con bajo título de anticuerpos, almacenada en frío.
 2. Sangre O preseleccionada con bajo título de anticuerpos, sangre fresca total.
 3. Plasma, glóbulos rojos y plaquetas en proporción 1:1:1.
 4. Plasma y glóbulos rojos en proporción 1:1.
 5. Plasma o glóbulos rojos solos.

Nota: Implementar medidas de prevención de hipotermia mientras se administra la reanimación con líquidos.

3. Si el paciente **no** está en shock:
 - No es necesario administrar líquidos IV de inmediato.
 - Se pueden administrar líquidos por vía oral si el paciente está consciente y puede tragar.
4. Si el paciente está en shock y hay productos sanguíneos disponibles bajo un protocolo aprobado:
 - Administrar sangre tipo O con bajo título de anticuerpos almacenada en frío.
 - Si no está disponible, usar sangre O preseleccionada con bajo título de anticuerpos, sangre fresca total.
 - Si no está disponible, usar plasma, glóbulos rojos y plaquetas en proporción 1:1:1.
 - Si no está disponible, usar plasma y glóbulos rojos en proporción 1:1.
 - Si no está disponible, usar plasma reconstituido, plasma líquido o plasma descongelado solo o glóbulos rojos solos.
 - Reevaluar al paciente después de cada unidad administrada. Continuar la reanimación hasta lograr:
 - Un pulso radial palpable.

- Mejoría en el estado mental.
 - Una presión arterial sistólica de 100 mmHg.
 - Suspender la administración de líquidos una vez que se haya logrado uno de estos objetivos.
 - Si se transfunden productos sanguíneos, administrar **1 gramo de calcio** (30 ml de gluconato de calcio al 10% o 10 ml de cloruro de calcio al 10%) por vía IV/IO después de la primera unidad transfundida.
5. Dado el **alto riesgo de reacción hemolítica letal**, la transfusión de sangre fresca total tipo O sin análisis previo o sangre fresca específica del tipo solo debe realizarse bajo supervisión médica por personal capacitado.
 6. La transfusión debe realizarse lo antes posible después de una hemorragia potencialmente mortal para mantener al paciente con vida. Si la sangre Rh negativa no está disponible de inmediato, se debe usar sangre Rh positiva en caso de shock hemorrágico.
 7. Si un paciente con alteración del estado mental por sospecha de TBI tiene un pulso radial débil o ausente, administrar fluidos para restaurar y mantener un pulso radial normal. Si hay monitoreo de presión arterial disponible, mantener una presión sistólica objetivo de **100-110 mmHg**.
 8. Reevaluar frecuentemente al paciente para detectar recurrencia del shock. Si ocurre, verificar nuevamente todas las medidas de control de hemorragia y repetir la reanimación con líquidos según lo descrito anteriormente.

f. Shock Refractario

1. Si un paciente en shock **no responde** a la reanimación con líquidos, considerar un **neumotórax a tensión no tratado** como posible causa de shock refractario.
 - El trauma torácico, la dificultad respiratoria persistente, la ausencia de sonidos respiratorios y la saturación de oxígeno menor al 90% respaldan este diagnóstico.
 - Tratar con descompresión con aguja repetida o toracostomía con dedo/colocación de tubo torácico en el **5.º espacio intercostal en la línea axilar anterior**, según las habilidades, experiencia y autorización del proveedor médico tratante.
 - Si se realiza una toracostomía con dedo, esta podría no permanecer abierta y es posible que sea necesario repetir la descompresión.
 - Considerar descomprimir el otro lado del tórax si la evaluación física y el mecanismo de lesión lo indican.

7. Prevención de la hipotermia

- a. Toma medidas tempranas y agresivas para prevenir una mayor pérdida de calor corporal y, cuando sea posible, añade calor externo tanto para víctimas de trauma como para quemados graves.

- b. Minimiza la exposición de la víctima al suelo frío, al viento y a las bajas temperaturas del aire. Coloca material aislante entre la víctima y cualquier superficie fría lo antes posible. Mantén el equipo de protección puesto o cerca de la víctima si es factible.
- c. Reemplaza la ropa mojada con ropa seca, si es posible, y protégela de una mayor pérdida de calor.
- d. Coloca una manta térmica activa en la parte anterior del torso de la víctima y debajo de los brazos en las axilas (para evitar quemaduras, no coloques ninguna fuente de calor activa directamente sobre la piel ni la envuelvas alrededor del torso).
- e. Envuelve a la víctima con una bolsa impermeable exterior.
- f. Tan pronto como sea posible, mejora el sistema de aislamiento contra la hipotermia utilizando un saco de dormir con capucha u otro aislamiento disponible dentro de la bolsa de aislamiento y barrera de vapor externa.
- g. Prepara previamente un sistema de aislamiento térmico con calefacción activa externa para la transición desde los sistemas de aislamiento no térmicos; busca mejorar el sistema de aislamiento existente cuando sea posible.
- h. Usa un dispositivo de calentamiento con batería para administrar líquidos de reanimación IV/IO, de acuerdo con las pautas actuales del CoTCCC, a una velocidad de flujo de hasta 150 ml/min con una temperatura de salida de 38°C.
- i. Protege a la víctima de la exposición al viento y la precipitación durante cualquier evacuación.

8. Lesión Cerebral Traumática Moderada o Severa (incapaz de seguir órdenes con evidencia de trauma craneoencefálico o mecanismo de lesión por impacto/explosión)

a. Prevenir la hipoxemia (objetivo de SpO₂ >90-95%)

- 1. Si las maniobras básicas de vía aérea no logran mantener una SpO₂ >90% o no son tácticamente factibles, asegúrate de que las saturaciones bajas de oxígeno no sean causadas por neumotórax a tensión o hemorragia.
- 2. Considera una vía aérea definitiva si no se puede mantener una SpO₂ >90%.
 - b. Prevenir la hipotensión – mantener una presión arterial sistólica (PAS) de 100-110 mmHg. Transfundir sangre completa o plasma preferentemente si la víctima está en shock hemorrágico. De lo contrario, administrar un bolo de 1-2 L de cristaloides si no hay evidencia de hemorragia o shock hemorrágico.
 - c. Identificar y tratar la herniación (deterioro neurológico con pupilas asimétricas o fijas/dilatadas, o posturas anormales):
- 3. Las intervenciones para signos de herniación inminente deben aplicarse solo por un máximo de 20 minutos y si la víctima está en ruta para una descompresión quirúrgica.
 - Administrar 250 ml de solución salina hipertónica al 3% o 5% O 30 ml de solución al 23.4% vía IV/IO lentamente en 10 minutos, seguido de un lavado con solución salina. Repetir en 20 minutos si no hay respuesta (máximo 2 dosis).
 - Monitorear el sitio IV/IO y suspender si hay signos de extravasación.
 - Elevar la cabeza 30 grados si la víctima no está en shock y es tácticamente factible.

- Aflojar el collar cervical si está presente y mantener la cabeza en posición neutral.
- Hiperventilar usando capnografía continua (objetivo de EtCO₂ 32-38 mmHg).

9. Trauma Penetrante en el Ojo

- Si se detecta o sospecha una lesión ocular penetrante:
 - Realiza una prueba rápida de agudeza visual y documenta los hallazgos.
 - Cubre el ojo con un protector ocular rígido (NO un parche con presión).
 - Asegura que la víctima tome la tableta de 400 mg de moxifloxacino del Paquete de Medicación para Heridas de Combate (CWMP), si es posible. Si no puede tomarlo por vía oral, administra antibióticos IV/IO/IM según las indicaciones.

10. Monitoreo

1. Inicia el monitoreo electrónico avanzado si está indicado y si el equipo de monitoreo está disponible.

11. Analgesia

a. Los primeros respondedores sin formación médica en TCCC deben proporcionar analgesia en el campo de batalla utilizando:

1. Dolor Leve a Moderado
2. La víctima aún puede combatir
 - Paquete de Medicación para Heridas de Combate (CWMP)
 - Acetaminofén – 500 mg, 2 tabletas por vía oral cada 8 horas
 - Meloxicam – 15 mg por vía oral una vez al día

b. Personal Médico del TCCC:

Opción 1

1. Dolor Leve a Moderado
2. La víctima aún puede combatir
 - CWMP (Acetaminofén y Meloxicam, mismas dosis que arriba)

Opción 2

3. Dolor Leve a Moderado
4. La víctima NO está en shock o con dificultad respiratoria NI tiene un riesgo significativo de desarrollarlos.
 - Fentanilo oral transmucosal (OTFC) 800 µg
 - * Puede repetirse una vez más después de 15 minutos si el dolor persiste.

Opción 3

5. Dolor Moderado a Severo

6. La víctima ESTÁ en shock hemorrágico o dificultad respiratoria O
7. La víctima tiene un riesgo significativo de desarrollar cualquiera de estas condiciones:
- Ketamina 20-30 mg (o 0.2 - 0.3 mg/kg) IV o IO lentamente
 - * Repetir cada 20 min según sea necesario.
 - Ketamina 50-100 mg (o 0.5-1 mg/kg) IM o IN
 - * Repetir cada 20-30 min según sea necesario.

Opción 4

- Se requiere sedación para heridas graves que necesiten disociación para la seguridad del paciente o éxito de la misión, o cuando se necesiten procedimientos invasivos.
 - Ketamina 1-2 mg/kg IV/IO lentamente
 - Ketamina 300 mg IM (o 2-3 mg/kg IM)
 - Si ocurre un fenómeno de emergencia, considerar 0.5-2 mg IV/IO de midazolam.

Notas sobre Analgesia y Sedación:

1. Se debe desarmar a los pacientes que reciban OTFC, fentanilo IV/IO, ketamina o midazolam.
2. El objetivo de la analgesia es reducir el dolor a un nivel tolerable mientras se protege la vía aérea y la función mental.
3. El objetivo de la sedación es eliminar la conciencia del dolor durante los procedimientos.
4. Realizar un examen del estado mental usando el método AVPU antes de administrar opioides o ketamina.
5. Monitorear de cerca la vía aérea, la respiración y la circulación de todos los pacientes que reciban opioides, ketamina o benzodiacepinas.
6. La naloxona (0.4 mg IV/IO/IM/IN) debe estar disponible al administrar analgésicos opioides.
7. Las lesiones cerebrales traumáticas y oculares no excluyen el uso de ketamina, pero se debe tener precaución con OTFC, fentanilo IV/IO, ketamina o midazolam en estos pacientes, ya que pueden dificultar la evaluación neurológica.

19. Documentación de la Atención

- a. Documentar las evaluaciones clínicas, los tratamientos realizados y los cambios en el estado del paciente en una Tarjeta TCCC (Formulario DD 1380).
- b. Enviar la documentación con el paciente al siguiente nivel de atención.

20. Preparación para la Evacuación

- a. Completar y asegurar la Tarjeta TCCC (DD 1380) al paciente.
- b. Asegurar todos los extremos sueltos de vendajes y envolturas.
- c. Asegurar las envolturas, mantas y correas para la prevención de la hipotermia.

- d. Asegurar las correas de la camilla según sea necesario. Considerar acolchado adicional para evacuaciones prolongadas.
- e. Proporcionar instrucciones a los pacientes ambulatorios según sea necesario.
- f. Disponer a los pacientes para la evacuación de acuerdo con los procedimientos operativos estándar de la unidad.
- g. Mantener la seguridad en el punto de evacuación conforme a los procedimientos operativos estándar de la unidad.

Guías TCCC 2024

Principios de la Atención en Evacuación Táctica (TACEVAC)

- El término "Evacuación Táctica" incluye tanto la Evacuación de Bajos (CASEVAC) como la Evacuación Médica (MEDEVAC), según lo definido en la Publicación Conjunta 4-02.

Plan Básico de Manejo en la Atención de Evacuación Táctica

1. Transición de la Atención

- a. El personal de la fuerza táctica debe establecer la seguridad del punto de evacuación y disponer a los pacientes para la evacuación.
- b. El personal de la fuerza táctica o el médico deben comunicar la información y el estado del paciente al personal de TACEVAC de la manera más clara posible. La información mínima a comunicar debe incluir si el paciente es estable o inestable, las lesiones identificadas y los tratamientos realizados.
- c. El personal de TACEVAC debe colocar a los pacientes en las plataformas de evacuación según sea necesario.
- d. Asegurar a los pacientes en la plataforma de evacuación conforme a las políticas de la unidad, la configuración de la plataforma y los requisitos de seguridad.
- e. El personal médico de TACEVAC debe volver a evaluar a los pacientes y reevaluar todas las lesiones e intervenciones previas.

2. Hemorragia Masiva (igual que en la Atención Táctica en el Campo)

3. Manejo de la Vía Aérea

Se puede considerar la intubación endotraqueal en lugar de la cricotiroidotomía si el personal está capacitado.

4. Respiración/Ventilación

La mayoría de los pacientes en combate no requieren oxígeno suplementario, pero su administración puede ser beneficiosa en los siguientes casos:

- Saturación de oxígeno baja según la pulsioximetría.
- Lesiones asociadas con deterioro en la oxigenación.
- Paciente inconsciente.
- Paciente con traumatismo craneoencefálico (mantener saturación de oxígeno > 90%).

- Paciente en estado de shock.
- Paciente en altitud.
- Sospecha o confirmación de inhalación de humo.

5. Circulación (igual que en la Atención Táctica en el Campo)

6. Traumatismo Craneoencefálico Moderado o Severo (igual que en la Atención Táctica en el Campo)

7. Prevención de la Hipotermia (igual que en la Atención Táctica en el Campo)

8. Trauma Ocular Penetrante (igual que en la Atención Táctica en el Campo)

9. Monitoreo (igual que en la Atención Táctica en el Campo)

10. Analgesia (igual que en la Atención Táctica en el Campo)

11. Antibióticos (igual que en la Atención Táctica en el Campo)

12. Inspección y Vendaje de Heridas Conocidas (igual que en la Atención Táctica en el Campo)

13. Revisión de Heridas Adicionales (igual que en la Atención Táctica en el Campo)

14. Quemaduras (igual que en la Atención Táctica en el Campo)

15. Inmovilización de Fracturas y Revisión de Pulsos (igual que en la Atención Táctica en el Campo)

16. Reanimación Cardiopulmonar (RCP) en TACEVAC

- En pacientes con trauma en el torso o politraumatismos que no presenten pulso o respiración durante la evacuación táctica, se debe realizar una descompresión con aguja bilateral para descartar un neumotórax a tensión. El procedimiento es el mismo que el descrito en la sección (4a) anterior.
- Se puede intentar la RCP en esta fase de la atención si el paciente no tiene heridas obviamente fatales y si llegará a una instalación con capacidad quirúrgica en un corto período de tiempo. No se debe realizar RCP si compromete la misión o impide brindar atención que salve vidas a otros pacientes.

17. Comunicación

- Comunicarse con el paciente si es posible. Animarlo, tranquilizarlo y explicarle la atención que se le está brindando.
- Comunicarse con los proveedores médicos en el siguiente nivel de atención en la medida de lo posible y transmitir la información sobre el mecanismo de lesión, las lesiones sufridas, los signos y síntomas, y los tratamientos realizados. Proporcionar información adicional según sea apropiado.

18. Documentación de la Atención (igual que en la Atención Táctica en el Campo)

**Committee on Tactical Combat Casualty
Care (CoTCCC) in 2022-2023.**

CAPT Travis Deaton, MD - Chair

CAPT Brendon Drew, DO – Chair (2019-2023)

Mr Harold Montgomery – Vice Chair

CMSgt Shawn Anderson

CAPT Sean Barbabella, DO

HMC Kevin Baskin

HMCS Joshua Beard

SFC Hunter Black

HMCM Mark Boyle

SGM Curt Conklin

COL Lance Cordonj, MD

CAPT Virginia Damin, RN

Col John Dorsch, MD (2022)

MAJ Andrew Fisher, MD

SGM Matthew Garrison

LtCol Brian Gavitt, MD

Mr William Gephart, PA, RN

MAJ Christopher Gonzales, PA

COL Kirby Gross, MD

COL Jennifer Gurney, MD

COL Bonnie Hartstein, MD

CDR Shane Jensen, MD

COL Jay Johannigman, MD

CDR Joseph Kaleiohi, PA

Mr Win Kerr

LTC Ryan Knight, MD

CDR Joseph Kotor, MD

SrA Oliver Kreuzer

CAPT Lanny Littlejohn, MD

CPT John Maitha, PA

HMSC John Morey

MSgt Billie Nored

Maj D. Marc Northern, MD

Mr Keith O'Grady

LtCol Lorenzo Paladino, MD

SFC Justin Rapp

MSG Michael Remley

COL Jamie Riesberg, MD

HMCM Tyler Scarborough

Col Stacy Shackelford, MD

CMSgt Travis Shaw

CSM Timothy Sprunger

CAPT Matthew Tadlock, MD

COL Micheal Tarpey, MD

HMCM Jeremy Torrisi

MSG Kaleb Twilligear

MCPO Justin Wilson

CoTCCC Staff

Dr Frank Butler, MD

Ms Danielle Davis

Incoming Members 2024

LTC Michael April, MD

LTC George Barbee, PA

HMSC Antonio Boyd

MSG Cyril Clayton

Mr Michael Eldred

LtCol Christopher Hewitt

HMCM Christopher Huse

MSG Christopher Hutchison

LCDR Eric Koch, MD

SCPO Richard Neading

HM1 Jonathon Stringer

CDR Russell Wier, DO