



Tactical Emergency Casualty Care (TECC)

Diretrizes para os Primeiros Socorros com Dever de Atuar (Agentes de Segurança Pública e Privada, Bombeiros em geral, demais profissionais ligados a saúde, menos Enfermagem e Médicos e interessados no tema)

Current as of March 2019

1. DIRETIVA DE AMEAÇA DIRETA (DTC) / ZONA QUENTE Orientações:

2. Mitigar qualquer ameaça e mover-se para uma posição mais segura (por exemplo, Retornar fogo, utilizar tecnologia menos letal, assumir uma postura de força avassaladora, etc.). Reconheça que as ameaças são dinâmicas e exigem avaliações contínuas de ameaças.
3. Direcione a força policial / provedor-operador ferido para permanecer engajado na operação se for capaz e apropriado.
4. Mova a vítima para uma posição mais segura: (Zona Morna)
Instrua o alerta, a vítima com capacidade para se deslocar para uma posição mais segura e aplicar o auto-atendimento (Torniquete e Bandagens)
- b. Se a vítima responder, mas não puder se mover, um plano de resgate deve ser planejado.
- c. Se uma vítima não responder, avalie os riscos e benefícios de uma tentativa de resgate imediata em termos de mão de obra e probabilidade de sucesso. Devem ser consideradas técnicas de avaliação médica remota para avaliar a capacidade de sobrevivência.
5. Pare a hemorragia externa com risco de vida, se presente e razoável, dependendo da ameaça imediata, da gravidade do sangramento e da distância de extração até a segurança. Considere mudar para a área mais segura antes da aplicação do torniquete, se a situação o exigir.
Aplique compressão direta no ferimento, ou direcione o paciente capaz para aplicar compressão direta na própria ferida e / ou próprio torniquete efetivo.
- b. Aplicação de torniquete:
Aplique o torniquete o mais alto possível (Próximo ao úmero ou fêmur), inclusive sobre a roupa, se presente.
Aperte até cessar o sangramento e passar para a zona mais segura.

6. Considere colocar rapidamente a vítima sem reação na posição de recuperação para proteger as vias aéreas. (Decúbito lateral esquerdo).



Tactical Emergency Casualty Care (TECC)

DIRETRIZ DE TRATAMENTO DE AMEAÇA INDIRETA (ITC) / ZONA MORNA

1. 1. Qualquer vítima com uma arma deve ter essa arma segura e protegida quando a ameaça for neutralizada e / ou se o estado mental for alterado.
2. 2. Realizar avaliação sistemática e intervenção. Mnemônicos como MARCH ou X-ABCDE para orientar prioridades podem ser úteis.
3. 3. **Hemorragia Maciça (Sangramento):**
4. Avalie e controle qualquer sangramento importante não reconhecido.
5. b. Hemorragia da extremidade:
6. Use um torniquete ou uma compressa de pressão apropriada com embalagem profunda da ferida (gaze simples ou, se disponível, combat gauze hemostática) para controlar o sangramento com risco de vida em uma extremidade:
7. - Aplique o torniquete sobre a roupa da forma mais proximal (alta no membro) quanto possível, ou se for capaz de expor e avaliar completamente a ferida, aplique diretamente na pele pelo menos 2-3 polegadas acima da ferida (NÃO SE APLIQUE NA ARTICULAÇÃO). (IDEAL QUE SEJA PROXIMAL A ARTICULAÇÃO DO ÚMERO E FÊMUR)
8. - Para qualquer amputação total ou parcial traumática, um torniquete deve ser aplicado o mais alto possível na extremidade, independentemente do sangramento.
9. - Um curativo compressivo com tamponamento profundo da ferida (ou gaze simples ou, se disponível, curativo hemostático) aplicado diretamente sobre a pele é uma alternativa aceitável para hemorragia moderada a grave.
10. c. Hemorragia juncional
11. Use compressão direta e um curativo de pressão adequado com embalagem profunda da ferida (gaze simples ou, se disponível, gaze hemostática)
12. Se disponível, aplique imediatamente um dispositivo de torniquete juncional para áreas anatômicas juncionais onde o sangramento não pode ser facilmente controlado por pressão direta e hemostática / curativo.
13. d. Reavalie todos os torniquetes que foram aplicados às pressas durante o Tratamento Direto de Ameaça / Zona Quente e avalie o ferimento por sangramento contínuo ou pulso distal na extremidade. Se houver sangramento contínuo ou um pulso distal ainda estiver presente:
14. Aperte ainda mais o torniquete existente ou
15. Aplique um segundo torniquete, lado a lado e, se possível, próximo ao primeiro, para eliminar o pulso distal.
16. e. Se possível, marque todos os locais do torniquete com o tempo de aplicação do torniquete.
17. 4. **Gerenciamento de vias aéreas:**
18. Se a vítima está inconsciente ou consciente, mas incapaz de seguir os comandos:
19. Boca livre de qualquer corpo estranho (por exemplo, vômito, comida, dentes, gengiva, etc.).
20. Aplique manobra básica de elevação do queixo ou mandíbula para abrir as vias aéreas.
21. Considerar a colocação de uma via aérea nasofaríngea.
22. Coloque a vítima na posição de recuperação para manter a via aérea aberta.
23. b. Se a vítima é consciente e capaz de seguir os comandos:
24. Permita que a vítima assuma a posição de conforto, incluindo sentar-se.
25. Não force a deitar.

26. Respiração (Respiração):

Imediatamente aplique um curativo oclusivo ventilado ou não ventilado para cobrir o orifício de qualquer ferida aberta e / ou de sucção do tronco.

b. Monitore qualquer vítima com trauma penetrante no tórax para o potencial desenvolvimento de um pneumotórax hipertensivo. A apresentação mais comum será a lesão torácica penetrante com subsequente aumento da falta de ar, dificuldade para respirar e / ou aumento da ansiedade / agitação, geralmente após a aplicação de uma caixa torácica.

Se o pneumotórax hipertensivo parece estar se desenvolvendo, remova o curativo oclusivo e “arrote” (saída de ar ruidosa) a ferida, aplicando uma leve pressão ao redor da ferida, para permitir a fuga de ar.

As vítimas com preocupação em desenvolver pneumotórax hipertensivo devem ser priorizadas para a evacuação para um nível mais elevado de atenção.

27. Circulação (Gestão de Choques / Reanimação):

Avaliar para o choque hemorrágico: estado mental alterado (na ausência de traumatismo craniano) e pulsos radiais fracos ou ausentes são os melhores indicadores de campo austeros de choque.

b. Se em choque:

Priorize a evacuação rápida de qualquer paciente, especialmente aqueles com lesão penetrante no tórax, exibindo sinais de choque.

c. Se não estiver em choque:

As vítimas podem beber líquidos claros se estiverem conscientes, puderem engolir e houver um atraso confirmado na evacuação para o atendimento.

28. Prevenção da Hipotermia:

Minimize a exposição da vítima e a subsequente perda de calor.

Coloque a vítima em uma superfície isolada para reduzir a perda de calor condutiva o mais rápido possível

Para pessoal ferido de segurança pública, mantenha o equipamento ligado ou com a vítima, se possível.

b. Mantenha a vítima coberta, quente e seca.

Substitua a roupa molhada com seco, se possível.

Cubra a vítima com o dispositivo de aquecimento comercial, cobertores, mantas térmicas, jaquetas ou qualquer coisa que retenha o calor e mantenha a vítima seca.

29. Reavalie a vítima:

Faça uma rápida varredura de ferimento hemorrágico, dorso e tórax, verificando lesões adicionais.

b. Exponha a ferida para avaliação adicional. Equilibrar isso com o objetivo de prevenir perda de calor.

30. Queimaduras:

Cesse o processo da queimadura.

b. Cubra as queimaduras com curativos secos soltos, se disponíveis.

c. Grandes queimaduras e sinais de queimadura significativa das vias aéreas ou inalação de fumaça (por exemplo, pêlos faciais chamuscados, fuligem / queimaduras / edema ao redor do nariz ou da boca) devem ser priorizados para uma evacuação rápida.

d. Os pacientes queimados são mais suscetíveis à hipotermia - minimizar a perda de calor como acima.

31. Analgesia

Se possível, forneça analgesia conforme necessário para o paciente. O controle adequado da dor pode reduzir o estresse fisiológico, diminuir o estresse pós-traumático e ajudar a prevenir as síndromes dolorosas crônicas. Diminuir / limitar o movimento de uma extremidade ferida pode ser eficaz como intervenção inicial.

Se a evacuação for prolongada, considere acetaminofeno oral (Paracetamol) se o paciente não estiver vomitando e puder engolir.

Evite o uso de medicamentos antiinflamatórios não esteroidais tradicionais (por exemplo, aspirina, ibuprofeno, naproxeno), pois esses medicamentos interferem no funcionamento das plaquetas e podem aumentar a hemorragia. O celecoxib, um inibidor seletivo de Cox-2, não tem efeito sobre as plaquetas e também pode ser considerado como analgésico oral não sedativo.

32. Prepare a vítima para a evacuação:

Considere os fatores operacionais e ambientais para uma evacuação segura e rápida.

- b. Assegure a vítima a um dispositivo auxiliar de evacuação, quando disponível.
- c. Se a extração vertical for necessária, garanta que as vítimas estejam seguras adequadamente.

33. Comunique-se com a vítima, se possível.

Encoraje, tranquilize e explique os cuidados.

34. Reanimação cardiopulmonar:

RCP dentro desta fase de atendimento para vítimas de traumatismo de explosão ou penetrante que não têm pulso, sem ventilação e nenhum outro sinal de vida provavelmente não será bem-sucedido **e não deve ser tentado**.

- b. Em outras circunstâncias, a realização de RCP pode ser benéfica e pode ser considerada no contexto da situação operacional. Por exemplo, a RCP pode ser considerada se o tempo de evacuação for inferior a 5 minutos do ponto de lesão para a primeira instalação de recepção.

35. Documentação de cuidados:

A comunicação das avaliações e tratamentos prestados deve ser repassada para o próximo nível de atenção, de preferência em um cartão padronizado simples de tratamento médico.



Tactical Emergency Casualty Care (TECC)

Diretrizes de cuidados na evacuação (EVAC):

1. Reavaliar todas as intervenções aplicadas nas fases anteriores de atendimento.

2. Se houver vários feridos, realize a triagem primária para prioridade e destino da evacuação para um nível mais alto de cuidado.

3. Reavaliar a hemorragia maciça (sangramento):

Exponha totalmente as feridas para reavaliar e controlar qualquer sangramento importante não reconhecido.

b. Utilizar a técnica apropriada de controle de hemorragia (ou seja, torniquete, curativo compressivo, tamponamento hemostático da ferida ou dispositivo de junção conforme descrito na fase ITC).

4. Reavalie as vias aéreas:

Os princípios de gestão de vias aéreas em zona de evacuação / zona fria são semelhantes aos do ITC / zona morna.

b. Se a vítima está inconsciente ou consciente, mas incapaz de seguir os comandos:

Boca limpa de qualquer corpo estranho (vômito, comida, dentes, gengiva, etc.).

Aplique manobra básica de elevação do queixo ou mandíbula para abrir as vias aéreas.

Considerar a colocação de uma via aérea nasofaríngea.

Coloque a vítima na posição de recuperação para manter a via aérea aberta.

c. Se a vítima é consciente e capaz de seguir os comandos:

Permita que a vítima assuma a posição de conforto, incluindo sentar-se. Não force a deitar.

5. Reavaliar as respirações (Respiração):

Todas as feridas abertas e / ou sugadoras no peito devem ser tratadas imediatamente pela aplicação de um selo oclusivo ventilado ou não ventilado para cobrir o defeito. Monitore a vítima para o potencial desenvolvimento de um subsequente pneumotórax hipertensivo.

b. Reavaliar as vítimas que tiveram selos no peito aplicadas. Qualquer pneumotórax hipertensivo em desenvolvimento deve ser tratado conforme descrito em ITC / Warm Zone.

c. Se disponível, a administração de oxigênio pode ser benéfica para todos os pacientes traumaticamente feridos, especialmente para os seguintes tipos de vítimas:

- Lesões no peito
- Lesões do tórax associadas à falta de ar
- Estado mental inconsciente ou alterado
- Lesões pós-explosão

- Casualidade em choque
- Acidente em altitude
- 2. Reavaliar a circulação (Gestão de Choques / Reanimação):
Reavaliar para o desenvolvimento de choque hemorrágico
Estado mental alterado (na ausência de traumatismo craniano) e pulsos periféricos fracos ou ausentes são os melhores indicadores de estado de choque.
Utilize avaliação médica adicional e equipamento de monitoramento que pode estar disponível nesta fase.
- b. Se não estiver em choque:
Nenhuma outra intervenção é necessária. Permita que a vítima assuma a posição de conforto.
As vítimas podem beber líquidos claros se estiverem conscientes, puderem engolir se houver um atraso confirmado na evacuação para o atendimento.

Se em choque:

Priorize a evacuação rápida de qualquer paciente com lesão torácica penetrante que exiba sinais de choque.

b. Se o estado mental alterado for suspeito de TCE e a vítima não estiver em choque, posicione a vítima em supino e aumente a cabeça da vítima para 30 graus.

1. Prevenção da hipotermia:

Minimize a exposição da vítima e a subsequente perda de calor de acordo com as diretrizes do ITC.

b. Mantenha equipamento de proteção em ou com a vítima da aplicação da lei, se possível.

c. Mude-se para um veículo ou estrutura aquecida, se possível.

2. Reavalie a vítima:

Completa verificação completa de reavaliação da frente e verso quanto a lesões adicionais. Inspeção e vista feridas conhecidas que foram anteriormente adiadas.

b. Frequentemente, verifique novamente a vítima por qualquer mudança de condição. A piora do status em qualquer momento deve levar a evacuação prioritária.

c. Considerar métodos alternativos de transporte para atendimento médico definitivo se os métodos tradicionais atrasarem ou não estiverem disponíveis. Assegure a coordenação da distribuição do paciente para evitar sobrecarregar qualquer instalação de recepção médica.

3. Queimaduras:

Cubra as queimaduras com curativos secos soltos, se disponíveis. Folhas limpas e secas são eficazes para vítimas com queimaduras de grandes áreas.

b. Grandes queimaduras e sinais de queimadura significativa das vias aéreas ou inalação de fumaça (por exemplo, pêlos faciais chamuscados, fuligem / queimaduras / inchaço ao redor do nariz ou da boca) devem ser priorizados para uma evacuação rápida.

c. Os pacientes queimados são mais suscetíveis à hipotermia - minimizar a perda de calor como acima.

1. Analgesia

2. Forneça analgesia conforme necessário para o paciente. O controle adequado da dor pode reduzir o estresse fisiológico, diminuir o estresse pós-traumático e ajudar a prevenir as síndromes dolorosas crônicas.
3. Intervenções não farmacológicas tais como gelo, elevação e imobilização podem ser eficazes como intervenção inicial.
4. Considere medicamentos orais não narcóticos se o paciente não estiver vomitando e puder engolir. O acetaminofeno pode fornecer controle efetivo da dor.
5. Evite o uso de medicamentos antiinflamatórios não esteroidais tradicionais (por exemplo, aspirina, ibuprofeno, naproxeno), pois esses medicamentos interferem no funcionamento das plaquetas e podem exacerbar o sangramento. O celecoxib, um inibidor seletivo de Cox-2, não tem efeito sobre as plaquetas e pode ser considerado como analgésico oral não sedativo.

6. Prepare a vítima para o movimento:

Considere fatores ambientais para uma evacuação segura e rápida.

- b. Assegure a vítima a um dispositivo auxiliar de evacuação, quando disponível.
- c. Se a extração vertical for necessária, garanta que as vítimas estejam seguras adequadamente.
- d. Considere plataformas alternativas de evacuação, como veículos policiais. Garanta a comunicação adequada com o SME e primeiro recebimento de instalações.
7. Comunique-se com a vítima, se possível, e com o prestador de serviços médicos ou o serviço médico, assumindo o cuidado da vítima.
Incentivar, tranquilizar e explicar os cuidados e expectativas para pacientes, familiares e / ou cuidadores.
- b. Notifique o provedor de recebimento ou a instalação de feridas, condição do paciente e tratamentos aplicados. (Ambulância ou Hospital de Campanha ou regular)
8. Reanimação cardiopulmonar:
A RCP pode ter um papel maior durante a fase de evacuação, especialmente para pacientes com eletrocussão, hipotermia, parada não traumática ou quase afogamento.
- b. A RCP pode ser considerada se o tempo de evacuação for inferior a 5 minutos do ponto de lesão para a primeira instalação de recepção.
9. Documentação de cuidados:
Continuar ou iniciar a documentação de avaliações clínicas, tratamentos prestados e alterações no status da vítima de acordo com o protocolo local.
- b. Encaminhe esta informação com a vítima para o próximo nível de atendimento.



Tactical Emergency Casualty Care (TECC)

OBJETIVOS, PRINCÍPIOS, CONJUNTOS DE HABILIDADES

Os cuidados prestados dentro das diretrizes da TECC são inerentes ao treinamento de primeiros socorros individuais, equipamentos disponíveis, protocolos médicos locais e aprovação do diretor médico.

Cuidado Imediato Direto (DTC) / Zona Quente

Objetivos Primários:

1. Realize a missão com o mínimo de baixas adicionais.
2. Evitar que qualquer vítima sofra danos adicionais.
3. Manter a equipe de resposta comprometida em neutralizar a ameaça existente (por exemplo, atirador ativo, barricada, mandado de alta ameaça, etc.).
4. Minimize o dano público.

Princípios Operacionais:

1. Estabelecer a supremacia tática e de fogo e adiar intervenções médicas avançadas, se mitigação contínua de ameaças diretas (por exemplo, combate a incêndio ativo, cenário explosivo dinâmico, etc.).
2. As técnicas de mitigação de ameaças minimizarão o risco para as vítimas e os provedores. Estes devem incluir técnicas e ferramentas para acesso e saída rápida de vítimas. (Extração).
3. A triagem deve ser adiada para uma fase posterior de cuidado. A priorização para extração é baseada nos recursos disponíveis e na situação tática e supremacia de fogo.
4. Intervenções mínimas de trauma são necessárias durante esta fase.
5. Considere o controle de hemorragia sempre como prioridade e ou princípio de ouro.
Aplicação de torniquete é a principal intervenção "médica" a ser considerada.
- b. Para o pessoal de resposta, o torniquete deve estar prontamente disponível e acessível com as duas mãos.

Conjunto de Habilidades Requeridas do DTC / Zona Quente (aplicado somente por SOP / protocolo aprovado):

1. Compressão direta e aplicação de torniquete sem demora.
Considere a Metodologia **PACE** - **P**rimária, **A**lternativa, **C**ontingência, **E**mergência
- b. Torniquetes disponíveis comercialmente
- c. Torniquetes de expediente de campo
2. Extração tática de vítimas
3. Colocação rápida na posição de recuperação

Cuidados indiretos contra ameaças (ITC) / Zona Morna

Objetivos Primários:

1. Objetivos 1-4 como acima com cuidado DTC / Zona Quente
2. Estabilize a vítima conforme necessário para permitir a extração segura para o setor de tratamento dedicado ou para ativos de evacuação médica.

Princípios Operacionais:

1. Manter a supremacia tática, de fogo e completar a missão geral.
2. Conforme aplicável, garanta a segurança tanto dos provedores quanto das vítimas ao tornar as armas seguras e / ou tornar qualquer equipamento tático adjunto seguro para manuseio (flash bangs, canisters de gás, etc.).
3. Conduza uma avaliação dedicada do paciente e inicie intervenções apropriadas para salvar vidas, conforme descrito nas diretrizes do ITC / Zona Quente. **NÃO ATRASE** a extração / evacuação de vítimas para intervenções que não salvam vidas.
4. Considere estabelecer um ponto de coleta (retirada) de vítimas se várias vítimas forem encontradas.
5. A menos que em um ponto fixo de coleta de vítimas, a triagem nessa fase de atendimento deve ser limitada às seguintes categorias:
Não lesionado e / ou capaz de deambulação ou autoextração
b. Falecido / expectante (Preto/Branco)
c. Todos os outros (Vermelho, Amarelo, Verde)
6. Estabelecer comunicação com o comando tático e / ou unificado e solicitar ou verificar o início da extração / evacuação de vítimas.
7. Preparar vítimas para extração e documentar cuidados prestados para fins de continuidade de cuidados.

Conjunto de Habilidades Requeridas do ITC / Warm Zone (aplicado somente por SOP / protocolo aprovado):

1. Controle de Hemorragia:

Aplicação de compressão direta

b. Aplicação de torniquete

Considere a Metodologia **PACE - Primária, Alternativa, Contingência, Emergência**

Torniquetes disponíveis comercialmente

Torniquetes de expediente de campo

c. Realize o tamponamento com gaze ou hemostático

d. Aplicação de pressão de vestir (Bandagem)

2. Via Aérea:

Realize manobras manuais (elevação do queixo, tração da mandíbula, posição de recuperação) (Decúbito Lateral Esquerdo) (Se não afogado).

b. Inserir via aérea da nasofaríngea.

3. Respiração / Ventilação:

Aplicação de um curativo efetivo, oclusivo ou não oclusivo (ventilado / canalizado)

b. Aplique oxigênio se disponível

c. Reconhecer os sintomas do pneumotórax hipertensivo

d. Curativo oclusivo "B.U.R.P." back - up - right - position (Manobra de compressão da cricóide)

4. Circulação:

Reconhecer os sintomas do choque hemorrágico

5. Prevenção da hipotermia:

Aplique os materiais disponíveis para evitar a perda de calor

6. gestão de feridas:

Iniciar tratamento básico de queimaduras

7. Evacuação de baixas:

Mover a vítima (arrasta, carrega, levanta)

b. Seguro

8. Outras Habilidades:

Monitorar a vítima

b. Reconhecer as necessidades e os requisitos e estabelecer o Ponto de Coleta de Acidentes.

II. Cuidados de Evacuação (Evacuation)

Objetivos Primários:

1. Manter quaisquer intervenções de salvamento aplicadas durante as fases do DTC e do ITC.

2. Fornecer uma evacuação rápida e segura para uma instalação médica apropriada.

3. Fornecer uma boa comunicação e dados de atendimento ao paciente entre os provedores médicos de campo e a instalação de recepção fixa.

4. Evite causas adicionais evitáveis de morte.

Princípios Operacionais:

1. Reavaliar as vítimas ou vítimas de eficácia de todas as intervenções médicas aplicadas.

2. Utilizar um sistema / critérios de triagem por política local que considere prioridade e destino para garantir a distribuição adequada dos pacientes.

3. Utilize recursos adicionais disponíveis para maximizar o atendimento avançado.

4. Evite hipotermia.

5. A comunicação é crítica, especialmente entre elementos táticos e equipes SME não-táticas.

6. Manter a consciência situacional: em eventos dinâmicos, não há áreas livres de ameaças.

Conjunto de habilidades necessárias para cuidados de evacuação (aplicado somente por SOP / protocolo aprovado):

1. Igual ao ITC / Zona Morna

2. Aplicar priorização de triagem de vítimas

3. Comunicar eficazmente entre os recursos médicos não médicos, pré-hospitalares e hospitalares