

Primeros Auxilios en Accidentes de Trafico: Extricacion y Seguridad Vial

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Química Práctica

Etiquetas: Sin etiquetas

Primeros Auxilios en Accidentes de Trafico: Extricacion y Seguridad Vial

Los accidentes de trafico causan aproximadamente 1,35 millones de muertes anuales en el mundo segun la OMS (informe de situacion mundial de 2023), siendo la primera causa de muerte entre personas de 5 a 29 anos. En Espana, la DGT registro 1.145 fallecidos en accidentes de trafico en 2023, con mas de 8.000 heridos hospitalizados. Los estudios del Dr. R Adams Cowley, fundador del primer centro de trauma en EE.UU. (Maryland, 1960), establecieron el concepto de la "hora dorada": la probabilidad de supervivencia de un herido grave disminuye drasticamente si no recibe atencion medica cualificada en los primeros 60 minutos. Sin embargo, la actuacion de los primeros intervinientes (testigos del accidente) durante los primeros 5-10 minutos es determinante: una correcta proteccion de la escena, evaluacion primaria y estabilizacion basica pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

Proteccion de la escena y conducta PAS

El protocolo PAS (Proteger, Avisar, Socorrer) es el estandar de actuacion en Espana, ensenado por la DGT y los servicios de emergencia. La primera prioridad absoluta es proteger para evitar un sobreaccidente, que se produce en aproximadamente el 10% de los siniestros de trafico segun datos de la DGT. Al detenerse: aparcar al menos 50 metros antes del accidente (150 metros en autopista), en el mismo carril si es posible, con las luces de emergencia activadas. Ponerse el chaleco reflectante ANTES de salir del vehiculo (obligatorio en Espana segun el Real Decreto 1428/2003).

Colocar los triangulos de senalizacion: uno a 50 metros por detras del accidente y otro a 50 metros por delante si la via es de doble sentido, ambos visibles desde al menos 100 metros. En autopista o via rapida, el triangulo trasero debe colocarse a 100 metros. Si no hay triangulos, cualquier objeto voluminoso y visible puede servir: maletas, bidones, ramas. Lo esencial es que los vehiculos que se aproximan tengan tiempo de frenar. Por la noche, colocar linternas encendidas o telefonos moviles con la linterna activada junto a los triangulos aumenta enormemente la visibilidad.

Avisar al 112 (numero unico de emergencias en toda Europa, incluido desde telefono movil sin cobertura de la operadora habitual y sin SIM). Proporcionar: ubicacion exacta (punto kilometrico en carretera, GPS del movil), tipo de accidente (colision frontal, vuelco, atropello), numero de vehiculos implicados, numero aproximado de victimas, estado aparente (conscientes, inconscientes, atrapadas), y peligros especiales (incendio, derrame de combustible, mercancías peligrosas identificadas por paneles naranja en camiones segun el Acuerdo ADR).

Evaluacion primaria de victimas y triaje basico

La evaluación primaria sigue la secuencia ABCDE del Colegio Americano de Cirujanos (ATLS - Advanced Trauma Life Support): A (Airway - Vía aérea con control cervical), B (Breathing - Respiración), C (Circulation - Circulación y control de hemorragias), D (Disability - Estado neurológico) y E (Exposure - Exposición y control de temperatura). Para primeros intervinientes no sanitarios, el enfoque se simplifica a: comprobar si responde, si respira y si sangra profusamente.

Si hay múltiples víctimas, aplicar el sistema START (Simple Triage and Rapid Treatment), que clasifica en menos de 60 segundos por víctima: ROJO (inmediato, peligro vital inminente pero salvable), AMARILLO (urgente, puede esperar hasta una hora), VERDE (leve, puede caminar, heridas menores) y NEGRO (fallecido o lesiones incompatibles con la vida). El criterio START es: si la víctima camina, es VERDE; si no camina, comprobar respiración (si no respira tras abrir vía aérea, es NEGRO); si respira, comprobar frecuencia respiratoria (más de 30/min es ROJO); comprobar pulso radial o relleno capilar (ausente o mayor de 2 segundos es ROJO); comprobar respuesta a órdenes simples (no obedece es ROJO).

Las hemorragias externas graves son la principal causa de muerte prevenible en trauma, representando hasta el 40% de las muertes en la primera hora según el estudio "Death on the battlefield" (Eastridge et al., 2012). La compresión directa con cualquier tela limpia, mantenida firmemente durante al menos 10 minutos sin levantar para comprobar, es la primera medida. Si la hemorragia es en una extremidad y no cede con presión directa, aplicar un torniquete comercial (CAT, SOF-T) o improvisado (cinturón, tira de tela ancha de al menos 4 cm, nunca cable o cuerda fina) por encima de la herida, anotar la hora de aplicación en la frente de la víctima o en el propio torniquete.

Extracción de emergencia de vehículos

La regla general es NO mover a una víctima atrapada en un vehículo salvo que exista peligro inmediato e inminente: incendio activo, riesgo de explosión (raro pero posible con vehículos de GLP/GNC), sumersión del vehículo en agua, o inestabilidad del vehículo en posición precaria (borde de precipicio, puente). Si la víctima está consciente, respira y no hay peligro inmediato, mantenerla inmóvil y esperar a los servicios de emergencia que disponen de herramientas hidráulicas de extracción.

Si la extracción de emergencia es necesaria, la técnica de Rautek (desarrollada por el Dr. Franz Rautek) es el método estándar enseñado por Cruz Roja y servicios de emergencia europeos. Consiste en: deslizar los brazos bajo las axilas de la víctima desde detrás, agarrar uno de sus antebrazos con ambas manos cruzándolo sobre su pecho, y extraer deslizando hacia atrás manteniendo su espalda pegada al pecho del rescatador. Esto minimiza el movimiento de la columna cervical. Una vez fuera, colocar en posición lateral de seguridad si está inconsciente pero respira.

Los vehículos eléctricos e híbridos presentan riesgos adicionales. Las baterías de ion-litio pueden entrar en "fuga térmica" (thermal runaway) tras un impacto, generando temperaturas superiores a 600 °C, gases tóxicos (fluoruro de hidrógeno, monóxido de carbono) y reigniciones espontáneas hasta 72 horas después del accidente. Los cables de alta tensión (típicamente de color naranja en vehículos eléctricos, según la norma ISO 6469) transportan entre 400 y 800 voltios. No tocar cables expuestos de color naranja. No cortar ni aplastar componentes de color naranja. Los bomberos utilizan guías de rescate específicas por marca y modelo (disponibles en la base de datos Euro Rescue de CTIF) para saber dónde cortar de forma segura.

Manejo de la columna cervical y posiciones de espera

La lesión medular cervical es una de las complicaciones más temidas en accidentes de tráfico. Según el Registro Nacional de Lesión Medular de EE.UU., los accidentes de tráfico causan aproximadamente el 39% de todas las lesiones medulares. Una manipulación incorrecta de una víctima con fractura cervical inestable puede convertir una lesión incompleta (con posibilidad de recuperación) en una lesión completa (parálisis permanente o muerte). La sospecha de lesión cervical debe asumirse en TODO accidente de tráfico con impacto significativo, especialmente en colisiones frontales, alcances traseros, vuelcos y atropellos.

La inmovilización manual cervical se realiza colocando las manos a ambos lados de la cabeza de la víctima, con los dedos extendidos desde la mandíbula hasta el occipital, manteniendo la cabeza en posición neutra (mirando al frente, sin rotación, flexión ni extensión). Esta inmovilización debe mantenerse continuamente hasta la llegada de los servicios de emergencia. Si la víctima está consciente, indicarle que no mueva la cabeza y tranquilizarla; el estrés causa movimientos involuntarios.

Posiciones de espera según el estado de la víctima: si está consciente y no hay sospecha de lesión espinal, posición cómoda semisentada. Si está inconsciente pero respira y no hay sospecha de lesión espinal, posición lateral de seguridad (PLS) sobre el lado izquierdo preferentemente. Si hay sospecha de lesión espinal y la víctima está inconsciente pero respira, mantenerla en decubito supino con inmovilización cervical manual y apertura de vía aérea mediante tracción mandibular (jaw thrust) sin hiperextender el cuello. Si deja de respirar, iniciar RCP: el European Resuscitation Council (directrices 2021) establece que la RCP prevalece sobre la protección cervical, ya que sin circulación la lesión medular es irrelevante. Compresiones torácicas a un ritmo de 100-120 por minuto, profundidad de 5-6 cm, con ventilaciones de rescate si se está entrenado para ello.

⚠ Advertencia: Esta información es orientativa y educativa. En situaciones de emergencia real, consulte a profesionales cualificados siempre que sea posible. No ponga en riesgo su vida ni la de otros sin la formación adecuada.