

GUÍA DE RESCATE SANITARIO EN ACCIDENTES DE TRÁFICO



Emergencias Sanitarias
CONSEJERÍA DE SALUD



Editado por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

Abril 2012. EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS
Parque Tecnológico de Andalucía. C/ Severo Ochoa, 28.
29590 Campanillas, Málaga. España.
e-mail: scentral@epes.es | <http://www.epes.es>

Depósito Legal: MA 696-2012
ISBN en trámite.



PRESENTACIÓN

La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, a través de sus ocho centros coordinadores, atiende más de 20 mil peticiones de asistencia por accidente de tráfico de media al año, requiriendo la intervención de los equipos de emergencias el 20% de ellas. Con el fin de disminuir la mortalidad y las secuelas en las víctimas de estos siniestros, la Empresa ha impulsado la realización de encuentros y ejercicios de simulación conjunta con las fuerzas de seguridad para la mejora de la calidad de la atención a estos pacientes en Andalucía.

Fruto de esta estrecha colaboración y con el fin de compartir los conocimientos adquiridos en estas jornadas, un grupo de profesionales multidisciplinar ha elaborado el documento que aquí presentamos, y en el que se recogen las actuaciones básicas que deben de realizar los equipos de emergencias sanitarias en coordinación con los servicios de rescate y salvamento ante las personas atrapadas por accidentes de tráfico con el fin de disminuir las secuelas graves y la mortalidad de estos pacientes.

Esta 'Guía de Rescate Sanitario en Accidentes de Tráfico', pretende ser un documento útil que facilite a todos los profesionales de la Empresa las medidas necesarias para prevenir riesgos e incrementar la seguridad, al tiempo que introduce pautas a seguir en el abordaje de los nuevos vehículos híbridos.

Desde aquí quiero agradecer a los profesionales sanitarios del 061 de Málaga y a los miembros del Real Cuerpo de Bomberos del Ayuntamiento de Málaga su esfuerzo e ilusión, sin los cuales no hubiera sido posible elaborar esta guía.

Joseba Barroeta Urquiza

Director Gerente de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias

GUÍA DE RESCATE SANITARIO EN ACCIDENTES DE TRÁFICO

En este procedimiento se recogen las actuaciones básicas que deben de realizar los equipos de asistencia sanitaria (independientemente del nivel) durante el rescate a los atrapados por accidente de tráfico, con el fin de disminuir el número de muertes y probables discapacidades posteriores.

Dada la variabilidad de recursos sanitarios, nos referiremos como responsable sanitario al sanitario de mayor rango en el equipo y máximo responsable de la víctima. El resto de los sanitarios del equipo, dentro del marco de sus competencias, ayudarán en la asistencia al responsable sanitario:

- SVA o soporte vital avanzado (terrestre o aéreo): el médico/a.
- SVE o soporte vital con enfermería: el enfermero/a.
- SVB o soporte vital básico: el TES de mayor experiencia.

En las páginas siguientes se desarrollan las acciones a realizar por el equipo sanitario en la actuación sanitaria sobre el atrapado en accidentes de tráfico.

AUTORES

Manuel Ríos Ruiz. Médico Servicio Provincial EPES-061 de Málaga.

Luis Ayala Jiménez. Médico Servicio Provincial EPES-061 de Málaga.

José Raúl Gámez Gámez. Bombero Ayuntamiento de Málaga.

Miguel Ángel Padilla Castillo. Bombero Ayuntamiento de Málaga.

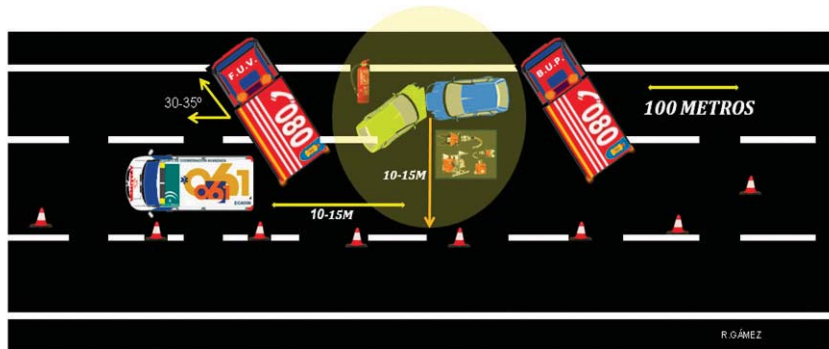
ÍNDICE

1. Aproximación al siniestro: Seguridad vial.....	pág. 5
1.1 Distancia de seguridad	pág. 5
1.2 Colocación del vehículo	pág. 6
2. Evaluación de la escena	pág. 6
2.1 Seguridad: identificación de riesgos.....	pág. 7
2.2 Escena: mecanismo lesional del accidente	pág. 8
2.3 Situación: identificación de víctimas	pág. 8
3. Abordaje: acceso o aproximación a la víctima.....	pág. 9
3.1 Seguridad inicial	pág. 9
3.2 Creación de espacio interior	pág. 9
4. Triaje.....	pág. 12
4.1 Gravedad o triaje.....	pág. 12
4.2 Identificación de atrapamiento	pág. 12
5. Plan de excarcelación.....	pág. 13
5.1 Plan de Excarcelación con víctima inestable (Plan de Emergencia).....	pág. 13
5.2 Plan de Excarcelación con víctima estable	pág. 13
6. Soporte vital del paciente atrapado (SVATRP)	pág. 17
6.1 Valoración Primaria: ABCD	pág. 17
6.2 Inmovilización previa del paciente atrapado	pág. 17
6.3 Seguridad de la víctima.....	pág. 17
7. Extracción de la víctima	pág. 18
8. Algoritmo de Comunicación Bombero-Sanitario	pág. 20

Cuando nos dirigimos a un accidente de tráfico debemos tener en cuenta que tanto el trayecto como la situación de los vehículos a nuestra llegada deben realizarse con la máxima seguridad posible, por ello, es de vital importancia tanto para la seguridad de los accidentados como para los intervinientes la colocación de los vehículos de emergencias y la distancia de seguridad al accidente.

1.1 Distancia de seguridad

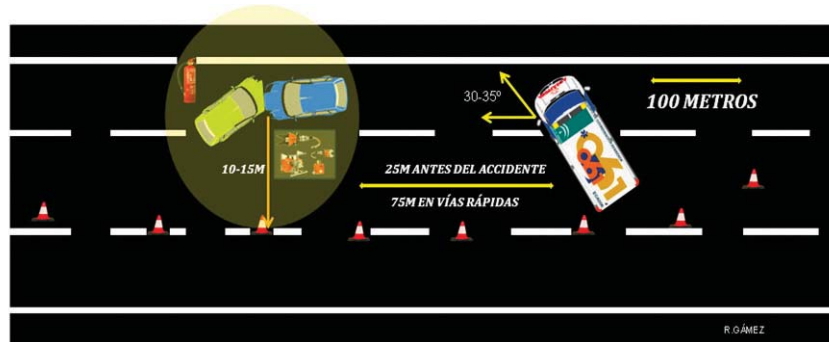
Si a la llegada al accidente ya están ubicados los vehículos de Bomberos y/o CFSE, el vehículo de emergencias sanitarias se situará a unos **10 metros tras el accidente**, asegurándose siempre tener una salida libre para un rápido desplazamiento al centro hospitalario.



10 metros
después del accidente

Si por el contrario, a nuestra llegada no disponemos aún en el lugar de CFSE y Bomberos, situaremos nuestro vehículo a unos **25 metros antes del accidente** utilizando así nuestra unidad como barrera física de protección ante otros vehículos en circulación.

Tanto en vías rápidas, túneles, cambios de rasante o en accidentes con mercancías peligrosas incrementaremos esta distancia hasta un mínimo de **75 metros**.



25/75 metros
antes del accidente

1.2 Colocación del vehículo:

La colocación del vehículo será con una inclinación de entre 30 y 35 grados hacia la mediana. El personal sanitario deberá bajarse del vehículo por el lateral que queda resguardado del tráfico con el EPI (casco, botas, manga larga, guantes asistenciales (y sobre éstos los guantes de seguridad anticorte), gafas y mascarillas de protección respiratoria).

Se mantendrá en todo momento, tanto de día como de noche, toda la iluminación del vehículo (alumbrado de cruce, prioritarios, luces de peligro...)

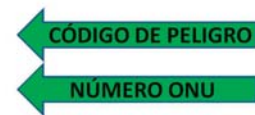
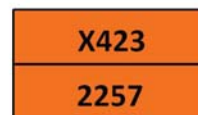
2 EVALUACIÓN DE LA ESCENA

El equipo sanitario que tenga un primer contacto con el accidente, debe aportar el mayor número de datos posibles al Centro de Coordinación 061 para contrastar y ampliar la información inicial de cara a movilizar los recursos humanos y materiales necesarios hasta el lugar de los hechos.

Datos importantes para recoger:

- Lugar exacto del siniestro.
- Número de víctimas y estado aparente (conscientes, inconscientes, atrapados...)
- Número de vehículos implicados y tipología (camión, autobús, híbridos, gas, dual...)
- Climatología.
- Estado de la calzada, mejores accesos e itinerarios.
- Presencia de tensión eléctrica, incendio, derrames de líquidos inflamables...
- Existencia de Mercancías Peligrosas y sus etiquetas (panel naranja...)

Placa de transporte (cisternas)



Sin número

Se transportan materias peligrosas sin especificar



•El número **ONU** es el número de identificación de la materia peligrosa y es único para cada materia.

Realizaremos una valoración inicial del escenario guardando la distancia de seguridad. Estudiaremos posibles riesgos presentes en la zona, el mecanismo lesional y la presencia de víctimas según los datos visuales que hayamos obtenido dando un vuelta de 360° alrededor del accidente.

2.1 Seguridad: identificación de riesgos

A la llegada del siniestro, lo primero es asegurar la zona de actuación (balizamiento), identificar derrames y valorar la estabilidad del vehículo. Si el equipo sanitario es el primer interviniente en el lugar se debe de tener en cuenta:



Valoración 360°

- La unidad debe estar equipada con al menos un extintor de polvo seco polivalente ABC en prevención de que algún derrame de líquidos del vehículo llegara a inflamarse o incluso la propia batería por sobrecalentamiento.
- Si el derrame es gasolina hay que evitar cualquier fuente de ignición en las proximidades ya que es inflamable a temperatura ambiente.
- Si el vehículo se encuentra en posición de vuelco sobre su lateral o vuelco total sobre el techo, hay que desechar la idea de darle la vuelta para colocarlo sobre las cuatro ruedas, ya que pondríamos en peligro al accidentado tanto por una movilización brusca como por los derrames de combustible que muy posiblemente se producirían.
- Sin la presencia de Bomberos sólo consideraremos un "vehículo estable" si tiene las cuatro ruedas en el suelo y lo inmovilizaremos colocando dos calzos, en una rueda delantera y en una trasera o pinchar las cuatro ruedas en ausencia de calzos como medida de fortuna.
- En los casos de accidentes en el que estén involucrados vehículos de transporte de mercancías peligrosas, la unidad sanitaria permanecerá a una distancia de al menos 75 metros e informará al centro coordinador 061 para que a través del 112 se active a bomberos o los equipos de rescate, que son los encargados de realizar la valoración inicial de la escena: identificación de existencia y tipos de derrames, características del accidente, existencia de víctimas...
- Se debe realizar un rastreo perimetral de la zona del accidente ya que alguna víctima podría haber salido despedida del vehículo en el momento de la colisión.

En presencia de Bomberos y CFSE nos comunicaremos con ellos:

- **Cuerpos y Fuerzas de Seguridad (CFSE):** son los responsables de asegurar el perímetro del accidente y de realizar un rastreo perimetral de la zona.
- **Bomberos:** son los encargados de neutralizar los riesgos y estabilizar el vehículo/s. Contactaremos con el Mando de Bomberos para que nos informe si la "zona está segura de riesgos" y si el "vehículo está estable" para que el responsable sanitario pueda acceder con seguridad al interior.

2.2 Escena: mecanismo lesional del accidente

El Responsable Sanitario considerará como criterios de riesgo basados en el mecanismo lesional de un accidente de automóvil si:

- Alguna víctima ha fallecido o ha salido despedida del vehículo.
- Hay deformidad importante del vehículo.
- El accidente es de alta velocidad o con vuelco.

2.3 Situación: identificación de víctimas

El Responsable Sanitario en la valoración inicial de 360° identificará a la/s víctima/s y valorará el nivel de conciencia comunicándose verbalmente con ella desde el exterior. A continuación se mantendrá un contacto visual permanente con la víctima tranquilizándola, evitando que se mueva y reevaluando su nivel de conciencia.

El Responsable Sanitario informará al Mando de Bomberos sobre el estado de la/s víctima/s y le comunicará la necesidad de un abordaje emergente si hubiera una víctima inconsciente en el interior del vehículo.

3 ABORDAJE: ACCESO O APROXIMACIÓN A LA VÍCTIMA

Debemos insistir en la importancia de que el equipo de emergencias siempre asista protegido con su EPI (Equipo de Protección Individual): casco, gafas de protección, botas de seguridad, guantes de seguridad (bajo los cuales llevaremos los guantes asistenciales para contacto con la víctima) y mascarilla de alta filtración. Nos puede ser de utilidad una protección blanda de cara a protegernos de aristas y superficies con restos de cristales cuando busquemos apoyo en el acceso al vehículo (nos puede servir una manta o sábana). Estabilizado el vehículo, el Mando de Bomberos nos indicará el acceso más seguro y un bombero, que posteriormente creará espacio en el interior del vehículo para una mejor atención a la víctima, nos ayudará a acceder al interior del mismo. Una vez dentro, realizaremos unas medidas iniciales de seguridad y de creación de espacio interior para poder asistir a la víctima con seguridad.

3.1 Seguridad inicial

Las medidas iniciales de seguridad en el interior del vehículo son las siguientes:

- Desconexión de la llave de contacto del vehículo.
- Echar el freno de mano.
- Meter una velocidad en la caja de cambios.
- Colocación del protector de airbag en el volante del conductor y distancias de seguridad.

3.2 Creación de espacio interior

El Responsable Sanitario deberá posicionarse frontalmente a la víctima lo antes posible, permitiendo de esa forma una mejor asistencia y facilitando la labor del Bombero de Interior, responsable de los trabajos en el interior del vehículo para la creación de espacio y establecimiento de medidas iniciales de seguridad en el interior del habitáculo (ventanillas, llaves de contacto, airbags, burbuja de plástico de protección...)



Víctima y Sanitario protegidos con protección blanda. Detalle del espacio creado. Abordaje frontal a la víctima. Trabajo conjunto Sanitario-Bombero de interior.

Airbag:

Para saber si un vehículo dispone o no de airbags basta con buscar las inscripciones en sus recubrimientos plásticos. Las distancias de seguridad son distintas según la localización: 30 cm el de conductor, 50 cm el de acompañante, 15 cm el de asiento lateral y 40 cm el airbag de cortina. NUNCA pincharemos el airbag del conductor para desinflarlo o cortarlo, ya que su hinchado se produce por una reacción química que libera nitrógeno a una temperatura muy elevada (más de 270°C), lo que conlleva alto riesgo de abrasión.

Otra precaución con los airbags de conductor es la derivada de la "doble etapa" que supone la posibilidad de un rehinchado del airbag de conductor; aunque veamos la bolsa deshinchada a nuestra llegada al siniestro siempre colocaremos el protector de airbag en el volante como precaución. Los airbags de acompañante, lateral y cortina son activados por botellines de gas a presión; una vez inflada la bolsa, se desinflará y si fuese necesario podríamos cortarla, aunque lo mejor es ponerla hacia un lado para poder trabajar sin molestias. Todas las precauciones con los "airbags" son pocas ya que aún desconectando la batería del vehículo, los condensadores de la "Unidad de Control Electrónica" que controla la activación de los airbags está operativa, no quedando neutralizada hasta transcurrir aproximadamente 20 minutos.



Inscripción en recubrimientos plásticos

Vehículos Híbridos:

La identificación desde el exterior de estos vehículos se hará observando la parte trasera, al lado del modelo del vehículo aparecerá la palabra "Hybrid" o simplemente la letra "h".

Todos los vehículos híbridos combinan un motor eléctrico con uno térmico (gasolina/diesel), el funcionamiento eléctrico lo consigue por medio de unas baterías acumuladoras de alta tensión que van desde 144 voltios hasta 650 voltios en corriente alterna. Esta batería es independiente de la usual de 12 voltios que llevan todos los vehículos, va situada en el maletero del vehículo y su cableado y/o carcasa es de color naranja (común a todos los fabricantes).

Realizaremos los mismos pasos que si fuese un vehículo normal como medidas iniciales de seguridad, teniendo en cuenta además lo siguiente:

- Quitaremos la llave de contacto en los vehículos que dispongan de ella.
- No meteremos una velocidad en la caja de cambios, pondremos la palanca en punto muerto o posición "Neutra".

Miraremos el salpicadero para cerciorarnos de que el vehículo está apagado, si está arrancado aparecerá la palabra "Ready" (preparado), comenzando el vehículo a rodar con pisar el pedal del acelerador. Debemos localizar el botón con la inscripción "start/stop" y pulsarlo hasta que desaparezca la palabra "Ready".



No debemos olvidar que un motor eléctrico no hace ningún ruido ni vibración hasta que no está en movimiento el vehículo, con lo cual debemos estar atentos a las indicaciones del salpicadero y bajo ningún concepto nos acercaremos a este tipo de vehículos desde la parte frontal previniendo el riesgo de atropello.



El Responsable Sanitario informará al Mando de Bomberos sobre la gravedad de la víctima y si está o no atrapada.

4.1 Gravedad o triage

El objetivo del triage es identificar a una víctima crítica o inestable que requiere una excarcelación de emergencia. Hay distintos métodos de triage según la cualificación del Responsable Sanitario. Uno de los más recomendados es el método START (Simple Triage y Rápido Tratamiento), método funcional que asigna la prioridad de asistencia médica atendiendo al estado de las funciones vitales básicas que presenta la víctima. Tiene una alta sensibilidad en la detección de heridas graves e incorpora dos tratamientos básicos (control de la vía aérea en víctimas inconscientes y control de hemorragias), al considerar que el retraso de las mismas puede conducir, en muchos casos, al fallecimiento prematuro de la víctima. En pacientes inestables conscientes el Responsable Sanitario informará al Mando de Bomberos refiriéndose a la víctima como "paciente rojo con problema en A/B/C/D".



4.2 Identificación de atrapamiento

El Mando de Bomberos recibirá información de zonas anatómicas atrapadas por elementos del vehículo, así como de deformidades en extremidades u otras lesiones menores que se deberán tener siempre en cuenta en el momento de la excarcelación. Hay que distinguir entre atrapamiento mecánico y físico de la víctima.

Atrapamiento mecánico: es aquel en el que el vehículo se encuentra dañado de tal manera que los ocupantes no pueden salir al estar las puertas bloqueadas por la deformación de la estructura del vehículo. Puede ser que no haya heridas o que las lesiones que presenten sean leves.

Atrapamiento físico: la víctima está atrapada físicamente por elementos estructurales que la tienen retenida, encajada, cogida o confinada. Está físicamente inmovilizada/lesionada.

Tras recibir información sobre el estado de la víctima, el Mando de Bomberos consensuará con el Responsable Sanitario las dos posibles vías de extracción en función de la estabilidad de la víctima.

5.1 Plan de Excarcelación con víctima inestable (Plan de Emergencia)

Se utilizará la vía de extracción más rápida dada la inestabilidad de la víctima.

Desde un primer momento el Mando de Bomberos habrá previsto y consensuado con el Responsable Sanitario el plan de emergencia. La realización de tareas por parte de los bomberos para la consecución de este plan será prioritario.

El **Plan de Emergencia** se define como el hueco mínimo a crear para extraer al accidentado en caso de empeoramiento repentino o de riesgo vital inminente desde un primer momento. Los casos más comunes de planes de emergencias son las puertas del vehículo, aunque suponga una rotación del eje espinal de la víctima de 90° durante la extracción, puede salvar la vida del accidentado por su mejor atención en el exterior.

5.2 Plan de Excarcelación con víctima estable

El Mando de Bomberos velará por que se cree el mayor espacio posible para extraer con seguridad al accidentado en situación estable.

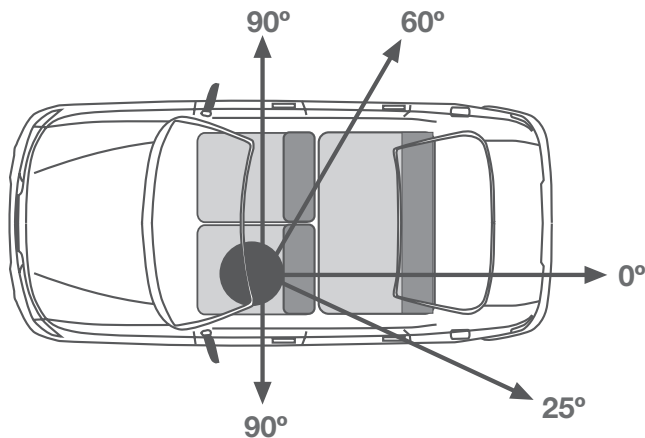
En esta situación de estabilidad de la víctima, se trabajará para crear un espacio en el interior del vehículo que permita en la extracción una posición cómoda para todos los intervinientes dando más estabilidad y seguridad a la víctima. El espacio creado en el exterior del vehículo también será mayor (retirada de puertas, techo, maleteros...)

Ante una víctima estable, el Mando de Bomberos se marcará como vía de extracción primordial la que respete el ángulo de 0° del eje espinal de la víctima, siendo en la mayoría de los casos la parte posterior del vehículo. Ante la posibilidad de varias vías de extracción posibles nos decantaremos por la que presente un menor ángulo de movilización para el eje espinal de la víctima.

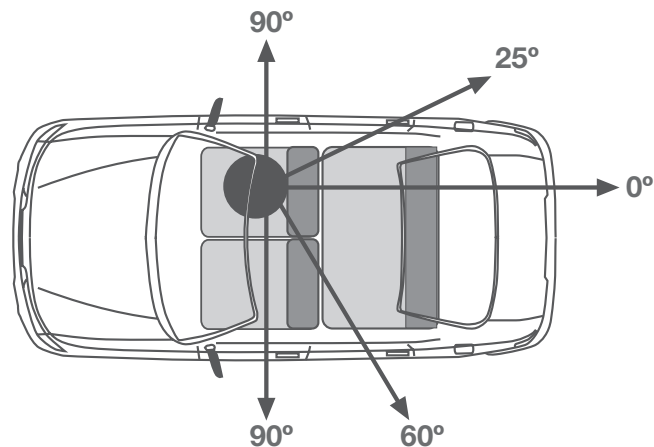
Desde el primer momento, el Mando de Bomberos informará al Responsable Sanitario del plan alternativo de emergencias, en el supuesto de que la víctima se inestabilice durante el proceso de excarcelación.

COCHE 5 PUERTAS

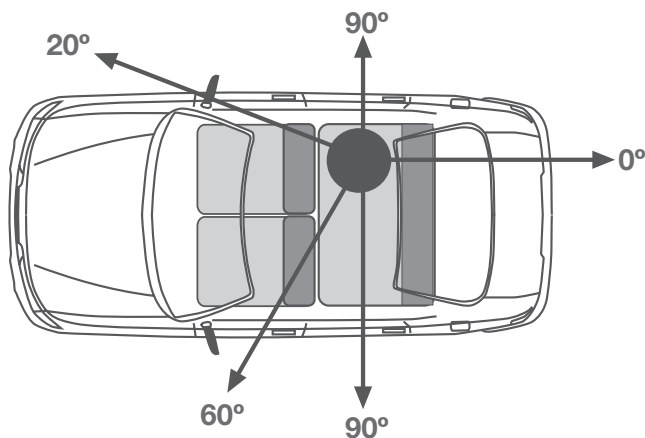
CONDUCTOR VEHÍCULO



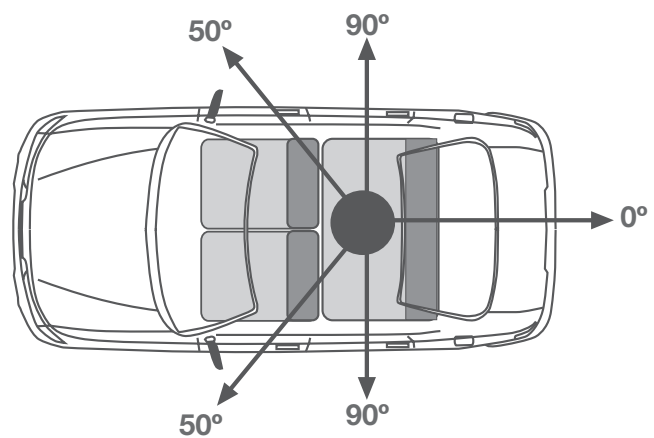
ACOMPAÑANTE DELANTERO



ACOMPAÑANTE TRASERO



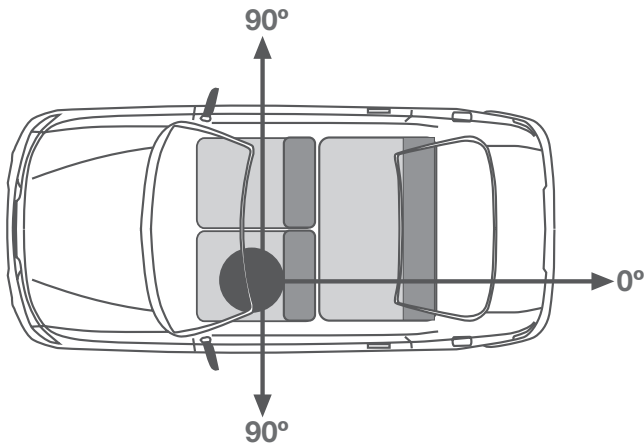
ACOMPAÑANTE CENTRAL



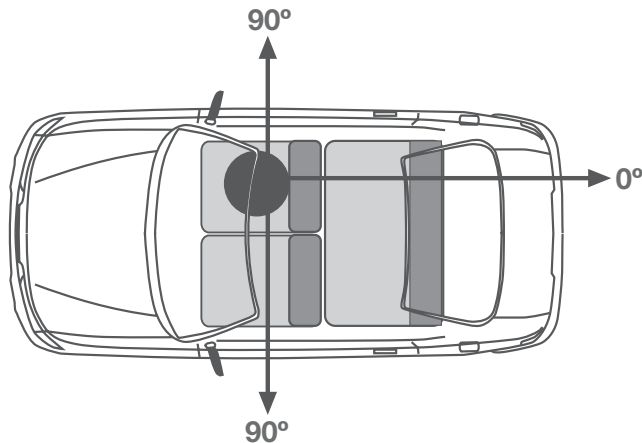
NOTA: En la extracción de acompañante trasero a 90°, se considera más ventajosa la extracción por la puerta más lejana.

COCHE 3 PUERTAS

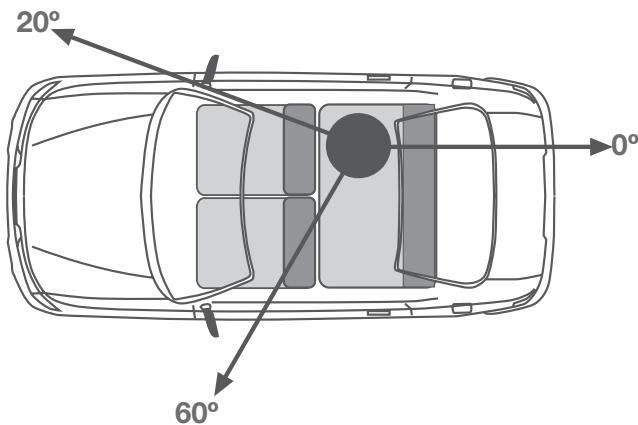
CONDUCTOR VEHÍCULO



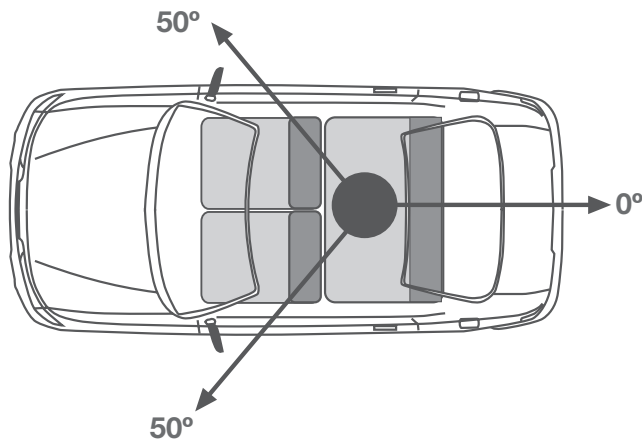
ACOMPAÑANTE DELANTERO



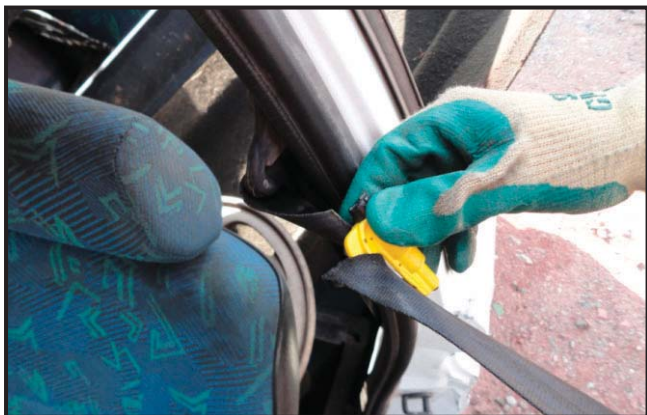
ACOMPAÑANTE TRASERO



ACOMPAÑANTE CENTRAL



* Si los equipos de rescate aún no han llegado, el vehículo es estable y la inestabilidad de la víctima lo requiere podemos emplear para la liberación de los pies atrapados por pedales el siguiente medio de fortuna :



- Cortar el cinturón de seguridad cogiendo la mayor longitud posible de él.
- Atar un extremo al pedal que queremos desplazar.
- Atar el otro extremo a la puerta.
- Abrir la puerta controladamente usando esta como palanca para doblar el pedal.



NOTA: NO use esta técnica si no está seguro de los resultados y no es estrictamente necesario.



Es el conjunto de actividades terapéuticas básicas, previas al rescate, que permiten evitar las causas de muerte salvable (hemorragia, asfixia y shock), teniendo prioridad al rescate. Consiste en una evaluación primaria rápida por parte del Responsable Sanitario empleando el **ABCD** del paciente traumatizado, teniendo especial consideración en estos pacientes con la **inmovilización previa** y las **medidas de seguridad** durante todo el proceso de la excarcelación.

6.1 Valoración Primaria: ABCD

Según la cualificación del Responsable Sanitario, la valoración primaria será más o menos completa en base a su marco de competencias. A continuación se desarrollan las medidas básicas que debe realizar todo Responsable Sanitario en la evaluación primaria:

- A Evaluación de la vía aérea con control cervical:** se realizará una inmovilización manual de cabeza y cuello en todo momento y se colocará un collarín cervical rígido. En pacientes inconscientes se realizará una elevación mandibular, una inspección de la cavidad oral con extracción de objetos o aspiración si fuera necesario y se colocará a continuación una cánula orofaríngea.
- B Ventilación:** se inspeccionará el tórax para evaluar frecuencia respiratoria, asimetrías, heridas o contusiones. Se colocará mascarilla reservorio a 15 lpm .
- C Circulación:** se controlará la hemorragia externa mediante compresión y vendaje. Se valorará el estado hemodinámico mediante la presencia de pulsos periféricos en ambos miembros superiores, la frecuencia cardíaca y los signos de hipoperfusión (palidez, sudoración, frialdad cutánea).
- D Neurológico:** se valorará la Escala de Coma de Glasgow, la ausencia de movilidad o pérdida de fuerza de algún miembro y el tamaño, simetría y reactividad de las pupilas.

6.2 Inmovilización previa del paciente atrapado

Está dirigida por el Responsable Sanitario y tiene como objetivo estabilizar lesiones existentes y evitar lesiones secundarias que agravarían más su estado. Los dispositivos inmovilizadores más utilizados en el interior del vehículo son el collarín cervical rígido y la tabla espinal corta.

6.3 Seguridad de la víctima

Durante todo el proceso de la excarcelación, el Responsable Sanitario se encargará de la seguridad de la víctima insistiendo en el uso correcto de las protecciones y parando cualquier maniobra del equipo de rescate si supone un riesgo para la seguridad del paciente. Durante la asistencia sanitaria a la víctima en el interior del habitáculo, el Responsable Sanitario irá reevaluando e informando periódicamente al Mando de Bomberos sobre el estado del paciente, sobre todo si hay empeoramiento, de cara a activar el plan de emergencia.

Durante la excarcelación, el **Responsable Sanitario** contactará con el **Mando de Bomberos** y dirigirá al equipo en la movilización y extracción de la víctima.

La maniobra de excarcelación ha de tener presente que la víctima estable debe pasar de la posición inicial (en la que es encontrada por los equipos de rescate), hasta la **posición decúbito supino alineado**, por lo que será necesario el planteamiento de una estrategia para conseguirlo.

Cuando técnicamente sea posible, se deslizará a la víctima sobre la tabla espinal. Esta maniobra requiere una buena coordinación por parte de todo el equipo que la lleva a cabo. Mientras el **Responsable Sanitario** (que es quien dirige la maniobra) realiza el control cervical, otro miembro del equipo de rescate controla la región dorsal, un tercer miembro la zona lumbar y un cuarto las extremidades inferiores.

Durante la extracción, se debe **controlar en todo momento el material** que se ha colocado al paciente, evitando desconexiones del oxígeno, pulsioxímetro, etc.

Una vez finalizada la maniobra de colocación de la víctima sobre la tabla espinal, se puede descansar ésta sobre el vehículo (si queda estable) o en el suelo para **proceder a inmovilizar al paciente sobre la tabla** (cintas, arnés araña...), así como para colocar férulas que no se hayan podido colocar a la víctima en el interior del vehículo.

Cuando estén colocadas las inmovilizaciones, el **Responsable Sanitario** pasará a controlar de nuevo a la víctima desde la cabeza.

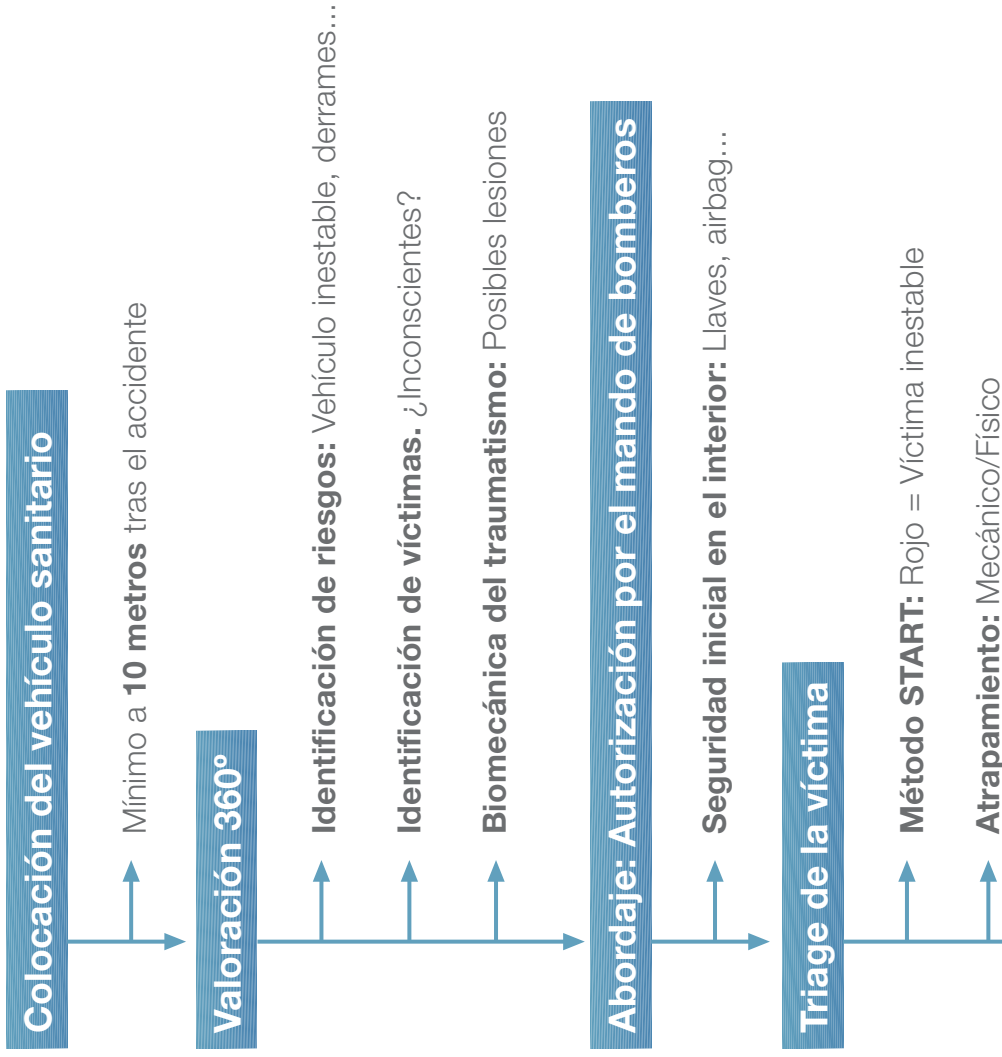
En la extracción de una víctima inestable pasa a un segundo plano tanto la extracción en ángulo de 0° con el eje espinal como la colocación de férulas y correas de fijación, primando la extracción en el menor tiempo posible tras una inmovilización básica del eje espinal. En la mayoría de los casos es suficiente con la utilización de un collarín cervical rígido, una tabla espinal corta y una tabla espinal rígida larga. Sólo en los casos en que la vía más rápida sea una extracción con elevación de la víctima se utilizarán dispositivos con cintas de fijación como son los chalecos de inmovilización y extracción (Kendrick).



*Tras la extracción de la víctima, el **Responsable Sanitario deberá prealertar al hospital de destino** ('centro útil'), con la finalidad de que el paciente reciba los cuidados definitivos en el menor tiempo posible según el concepto de la '**Hora de Oro**'.



ALGORITMO DE COMUNICACIÓN BOMBERO-SANITARIO



Plan excarcelación

Plan de emergencia si víctima inestable

Valoración primaria

ABCD

Inmovilización

Creación espacio interior y exterior

Seguridad de la víctima: Vibraciones, cortes y protecciones

EXTRACCIÓN DE LA VÍCTIMA



GUÍA DE RESCATE SANITARIO EN ACCIDENTES DE TRÁFICO



Emergencias Sanitarias
CONSEJERÍA DE SALUD

