

COMPORTAMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE.

José Ramón Aguilar Reguero
Medico 061 Málaga

www.emergencias.es.org

COMPORTAMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE.

Las vías por la que el tráfico discurre han de ser un lugar de convivencia entre los usuarios que la comparten. Esta convivencia entre los usuarios exige que el uso compartido sea armónico, seguro, respetuoso y solidario, y la obligación de auxiliar a aquellos de sus usuarios que, a consecuencia de una emergencia estén necesitados de ayuda y colaboración.

INDICE

I. MEDIDAS A ADOPTAR

A. MEDIDAS EN RELACION CON LA SEGURIDAD DE LA CIRCULACION.

B. MEDIDAS EN RELACION CON LAS VICTIMAS: ¿A QUIEN ATENDER? EVALUACION DE LAS VICTIMAS.

II. ¿QUÉ HACER?: ACTITUDES PRIORITARIAS.
OBSERVACION DEL HERIDO HASTA LA LLEGADA DE LA AYUDA.

III. LAS LESIONES PRODUCIDAS POR LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO.

III.1. ATENCION Y CONDUCTA EN LAS DIFERENTES SITUACIONES.

A.1. LESIONES CRANEO-ENCEFALICA Y FACIALES.

A.2. LESIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL.

A.3. TRAUMATISMOS DE TORAX Y ABDOMEN.

IV. MOVILIZACION DE HERIDOS.

A. EXTRACCIÓN DE UN HERIDO DEL INTERIOR DEL VEHICULO SINIESTRADO.

B. MOVILIZACION DE HERIDOS FUERA DEL VEHICULO.

I. MEDIDAS A ADOPTAR.

Todo conductor o usuario de la vía que se vea implicado en un accidente de tránsito deberá:

- a) Detenerse lo antes posible, evitando crear un nuevo peligro para la circulación. Vuestra ayuda puede contribuir a aminorar los efectos del accidente y evitar que éstos se incrementen.
- b) Deberá hacerse una idea del conjunto de circunstancias y consecuencias del accidente, para establecer un orden de prioridad, según la situación, respecto a las medidas a adoptar. Es fundamental no precipitarse y mantener la calma en todo momento.
- c) Deberá auxiliar a los heridos y pedir auxilio sanitario a los servicios que existentes.
- d) Deberá avisar a la Autoridad y sus Agentes, informándoles del lugar del accidente cuando:
 - * hayan heridos o personas fallecidas
 - * sea necesario para restablecer la circulación por la vía
 - * lo solicite alguna de las personas implicadas en el accidente.

e) Deberá permanecer en el lugar del accidente hasta la llegada de la Autoridad o sus Agentes, evitando, modificar las huellas o cualquier otras pruebas que puedan ser útiles para determinar la responsabilidad de las consecuencias del accidente.

A. MEDIDAS EN RELACION CON LA SEGURIDAD DE LA CIRCULACION.

Los conductores de los vehículos implicados en el accidente, o si éstos no pudieran hacerlo, cualquier usuario de la vía, deberán:

- a) Parar el motor, quitando el contacto o desembornando la batería.
- b) Señalizar correctamente el vehículo o los vehículos accidentados o el obstáculo creado, con el fin de advertir a los demás conductores, usuarios de la vía. Si el accidente ha ocurrido de noche, iluminar el lugar del mismo, colocando el coche que ha de proyectar la luz, fuera de la carretera, de tal forma que enfoque el coche siniestrado.
- c) Colocar el vehículo accidentado fuera de la calzada o en el lugar donde cause menor obstáculo a la circulación. Esta operación NO se realizará:

- Si no se perjudica la seguridad de los heridos, no realizándola.
- Si el vehículo no interfiere en la circulación de la calzada.
- Si ha resultado muerta o gravemente herida alguna persona.
- Si hay incendio se debe usar el extintor o extintores de los vehículos implicados o mantas, tierra o arena, pero NUNCA agua. Cerca del coche siniestrado no se deben utilizar cerillas, ni fumar.

d) Pedir auxilio, si fuese preciso, utilizando el puesto de socorro más próximo, si la vía dispone de ellos; en caso contrario se deberá pedir a otros conductores.

B. MEDIDAS EN RELACION CON LAS VICTIMAS: ¿A QUIEN ATENDER?.

EVALUACION DE LAS VICTIMAS.

Al encontrarse ante un accidente de tráfico, lo primero que se debe hacer es observar el número de heridos que hay, y realizar una valoración elemental de cada uno de ellos,

para reconocer al más necesitado de cuidado inmediato. Esta valoración ha de ser sistemática y precisa.

Tres son las preguntas que debe hacerse el auxiliador para valorar al accidentado:

a) ¿ EL HERIDO RESPIRA ?

Para conocerlo, hay que observar si su torax se mueve e intentar percibir el aire espirado. Para comprobarlo, el auxiliador colocará su mejilla encima de la boca y nariz del herido y vigilará su pecho. Si el herido respira, el auxiliador verá el pecho moverse, oirá la respiración y sentirá el aire espirado sobre su mejilla.

Conviene también, saber cómo respira: si se trata de una respiración ruidosa o muy dificultosa, indica que el individuo se encuentra con las vías aéreas parcialmente obstruidas. Es importante conocer el ritmo y la frecuencia de respiración. Ésta ha de ser rítmica y con una frecuencia aproximada de 15 a 20 respiraciones/minuto en el adulto.

b) ¿ CUAL ES EL ESTADO DE LA CIRCULACIÓN SANGUINEA?. ¿ TIENE HEMORRAGIAS IMPORTANTES?.

En segundo lugar, es necesario conocer el estado de circulación sanguínea del herido mediante la exploración, por este orden, de:

* **EL PULSO ARTERIAL:** se debe buscar a la altura de las arterias carótidas situadas superficialmente a ambos lados de la línea media del cuello. El auxiliador procederá de la siguiente forma:

- Se colocará al lado de la víctima;

- Situará los dedos índice y medio en la línea media del cuello (a la altura de la laringe), deslizándolos unos dos centímetros a uno de los lados y
- Presionará con los dedos suavemente, intentando localizar el pulso.

Conviene señalar que NO se deben palpar ambas carótidas a la vez, puesto que si se interrumpe o dificulta el paso de sangre al cerebro, puede ponerse en peligro al herido.

De la misma forma, es posible explorar el pulso en otras arterias del cuerpo, fundamentalmente en la arteria radial (a su paso por la muñeca) y en la arteria femoral (a su paso por la zona media de la ingle). Pero el pulso carotídeo es el que mayor importancia y significado posee, y el que se debe buscar en primer lugar.

Del pulso hay que obtener dos datos muy importantes, fundamentalmente:

- Si existe bombeo de sangre desde el corazón
- Cuál es la frecuencia cardíaca del herido, (en un adulto, en situación de reposo es de 60 a 80 latidos por minuto).

*** LAS HEMORRAGIAS Y MANIFESTACIONES DEL SHOCK.** Las heridas que producen hemorragias no son siempre tan graves como pueden parecer a primera vista. En un primer momento, se debe controlar a los heridos que sangran muy abundantemente, pero el resto de las hemorragias de menor cuantía, no suponen riesgo para la vida del individuo.

El estado de shock es aquel en el que existe una pérdida o disminución de la circulación sanguínea que ocasiona una insuficiente perfusión de los tejidos del cuerpo. Algunos de los signos y síntomas orientadores para su reconocimiento son:

- Palidez y sudoración,
- Pulso rápido y débil,
- Respiración rápida y superficial,
- Ansiedad,
- Sensaciones de debilidad, vértigos, náuseas y vómitos.

c) ¿ESTA CONSCIENTE?

En tercer lugar, siempre hay que determinar el nivel de consciencia de la víctima. Un herido inconsciente, además de mayor gravedad, tiene un riesgo de sufrir mayores consecuencias, que pueden ser evitables con sólo adoptar algunas precauciones.

Un modo sencillo de evaluar el estado de consciencia del accidentado es averiguando y observando si mantiene los ojos abiertos, si hace algún tipo de respuesta verbal (Escala de coma de Glasgow).

Si no realizase alguno de los aspectos antes citados, habría que estimularle hablándole (estimulación auditiva), tocándole (estimulación táctil), pellizcándole (estimulación dolorosa) o tocándole las pestañas para comprobar la existencia de reflejo parpebral, en busca de respuesta.

Ante una persona inconsciente, siempre debemos pensar en la posibilidad de que exista daño cerebral, más o menos importante. Existe un modo de conocer si el tejido nervioso del accidentado se encuentra dañado, simplemente observando sus pupilas. Cuando las pupilas son desiguales en tamaño, o no reaccionan a la luz, o están muy dilatadas, pueden ser signos de daño cerebral y suponen la necesidad de atención médica inmediata.

II. ¿QUÉ HACER?: ACTITUDES PRIORITARIAS. OBSERVACION DEL HERIDO HASTA LA LLEGADA DE LA AYUDA.

En el punto anterior, se explicó cómo poder evaluar el estado físico de un herido, haciéndose preguntas acerca de su respiración, circulación sanguínea y estado de consciencia.

Según sea la respuesta a estas preguntas, será también la actitud a tomar por el auxiliador.

El estado de respiración y de circulación indican la necesidad o no de hacer una reanimación cardio-respiratoria; la pérdida de consciencia supone la necesidad de observación constante del herido, en previsión de la posible necesidad de reanimación. Ante un herido por accidente de tráfico, siempre surge la misma pregunta: ¿qué hacer?. El diagrama que figura a continuación, constituye, a modo de "árbol de decisión", el A.B.C. para reanimar a un herido. El cómo se debe hacer, es pregunta aclarada en los talleres de R.C.P. y 1º auxilio

A. EL HERIDO INCONSCIENTE.

En los accidentes de tráfico es frecuente encontrar heridos en estado de inconsciencia o de semiinconsciencia, y de la actitud que se tome puede depender la vida del accidentado, o que sufra una serie de secuelas que condicionen su vida para el futuro, por lo que es importante tener unas ideas muy claras y concisas a la hora de actuar. Son por ello los primeros a los que hay que auxiliar.

Es un horror nada infrecuente, considerar como fallecido a quien está inconsciente. Siempre que se dude si un accidentado permanece vivo, hay que actuar como si se tuviera la seguridad de que lo está.

Un 10% de los pacientes inconscientes que han padecido un accidente de tráfico tienen lesión de la columna cerebral a nivel cervical. Puede existir fractura de alguna vértebra cervical sin que se haya lesionado la médula espinal, y que un movimiento, giro o rotación del cuello del herido termine produciendo este daño medular que puede tener consecuencias fatales. Por eso, la ausencia de manifestaciones de daño en la médula espinal (por ejemplo, no sentir o no poder mover alguna parte del cuerpo) no quiere decir que el herido no las pueda presentar si no se tiene precaución al atenderle.

Por ello, ante todo herido inconsciente o semiinconsciente que tenga signos de traumatismo por encima de la clavícula, hay que actuar como si tuviera una lesión en médula espinal hasta que no se demuestre lo contrario.

Si hay que reanimar a un accidentado inconsciente con traumatismo cervical, para realizar la maniobra de apertura de la vía aérea se ejecutará la triple maniobra.

Ante un accidentado con signos de poder sufrir una lesión medular, lo mejor NO moverle y estabilizar su cuello; sin embargo si tiene vómitos habrá de colocarle en la denominada "posición de defensa".(figuras). Para ello situarse junto al lesionado y flexionar la rodilla más cercana en ángulo agudo, llevando el pie correspondiente hasta cerca de la región glútea. A continuación, colocar el brazo del mismo lado que flexionó la pierna, pegado al costado del herido, y la mano de la región glútea. Seguidamente, tirar con

suavidad de la otra mano del herido hacia el auxiliador, de modo que el cuerpo de la víctima ruede ligeramente sobre sí mismo. Finalmente, colocar la cabeza del herido hacia atrás, haciendo descansar su cara sobre su mano para poder mantener esta posición. Retirar la otra mano del accidentado de debajo del cuerpo, echándola hacia su espalda.

Por último, es necesario tener presentes otra serie de consideraciones más:

- * NO trasladar ni mover a un herido inconsciente del lugar del accidente hasta que no haya personal y medios adecuados para ello.
- * NO quitar el casco, al herido inconsciente, a no ser de que exista parada cardio-respiratoria, y MUY importante, sepas hacerlo.
- * NO dar nunca de beber a un herido inconsciente.
- * Se puede tapar, con una manta, por ejemplo, a la víctima para impedir que pierda excesivamente su temperatura corporal.
- * Se debe mantener una observación continua del accidentado inconsciente, con el fin de controlar sus funciones vitales y proceder, en caso necesario y sin pérdida de tiempo, a realizar la reanimación cardio-respiratoria.

III. LAS LESIONES PRODUCIDAS POR LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO.

Es algo muy importante, el conocer cuáles son las lesiones que con mayor frecuencia se dan en los accidentes de tráfico, para saber qué hacer ante cada circunstancia lesional particular, teniendo en cuenta las medidas concretas de carácter preventivo, adecuadas a dicha situación.

Las lesiones que se observan en los accidentes de tráfico se pueden producir por dos diferentes mecanismos:

-Directo: cuando éstas se deben al impacto directo del sujeto con el vehículo, el suelo o algún obstáculo.

-Indirecto: las lesiones no dependen de ningún impacto, sino que se originan como consecuencia de la aceleración y deceleración que sufre el cuerpo en el accidente. Los órganos internos se desplazan bruscamente, desgarrándose de las estructuras que los rodean y dañándose en su interior. Encéfalo, bazo y grandes vasos son las vísceras más frecuentemente dañadas por este mecanismo.

Para dar una idea de la importancia de la deceleración brusca, se señalan a continuación dos datos bien conocidos en Medicina del Tráfico:

1. El incremento del peso de las vísceras del cuerpo tras la detención repentina, por ejemplo, tras un choque, se estima que el hígado (peso en reposo= 1`5 kG.) tras un choque a 100 Km/h, pesa unos 47`6 Kg.; el encéfalo (peso en reposo=1`5 Kg), en la misma situación descrita anteriormente, pesa unos 42Kg.; el riñón y el corazón (peso=0`3 Kg cada uno) pesan tras el choque unos 3`4 Kg.(Tabla tomada de S. Sánchez Serrano; en JANO, 1985; pág.649). Este incremento de peso se debe, a que la energía cinética está determinada por la masa del cuerpo multiplicada por el cuadrado de la velocidad.
2. El cuerpo, en su deceleración a determinada velocidad, sufre un impacto de una fuerza proporcional a la velocidad que llevaba. Podemos comparar esta fuerza con la que sucede cuando alguien cae desde una determinada altura, por ejemplo:

VELOCIDAD DEL VEHICULO ALTURA DE CAIDA

100 Km/h	12 ^a planta
75 "	7 ^a "
50 "	3 ^a "

Uno de cada tres heridos en accidente de tráfico resulta "politraumatizado", es decir, sujeto en el que se ha producido simultáneamente más de una lesión a consecuencia del accidente. El número de lesiones, el lugar de producción y la

intensidad de cada una de ellas, son factores que van a determinar la gravedad del herido.

Las lesiones que se producen, con mayor frecuencia se localizan en:

1. REGION CRANEO-ENCEFALICA. Suponen el 70% del total de fallecidos por accidente de tráfico.
2. EXTREMIDADES INFERIORES.
3. REGIONES TORACICA Y ABDOMINAL.
4. EXTREMIDADES SUPERIORES.
5. COLUMNA VERTEBRAL.

Sin embargo, según la gravedad de las mismas, siguiendo un orden decreciente se clasifican en:

1. REGION CRANEO-ENCEFALICA.
2. COLUMNA VERTEBRAL.
3. REGIONES TORACICA Y ABDOMINAL.
4. EXTREMIDADES INFERIORES.
5. EXTREMIDADES SUPERIORES.

A. ATENCION Y CONDUCTA EN LAS DIFERENTES SITUACIONES.

A.1. LESIONES CRANEO-ENCEFALICA Y FACIALES.

Cualquier traumatismo sobre la cabeza, cara o cuello, pueden tener graves consecuencias para el accidentado. El cráneo contiene dentro de sí parte del sistema nervioso central: el encéfalo.

El brusco desplazamiento que realiza el encéfalo dentro del cráneo tras la deceleración originada por un accidente, ocasiona lesiones en zonas del cerebro, cerebelo, protuberancia o bulbo raquídeo, que suponen un deterioro grave, y a veces irreversible de las funciones del sistema nervioso.

Al encontrarse con un herido que ha sufrido un traumatismo craneo-encefálico, es posible observar alguno de los signo y síntomas referidos a continuación, ante los que es preciso proceder según se explica en cada caso:

1. Lesiones y heridas en la cabeza, cara o cuello son signos inequívocos de haber padecido un T.C.E.(Traumatismo Craneo-Encefálico). Las heridas del cuero cabelludo sangran en abundancia, lo que puede dar la impresión de extrema gravedad. La actitud del auxiliador habrá de limitarse en este caso a colocar un apósito o vendaje sobre la herida hasta la llegada del personal de la ambulancia.
2. Otro tipo de hemorragias que podemos encontrar son las exteriorizadas, es decir, aquellas que se hacen visibles exteriormente, teniendo un origen interno. Se trata de hemorragias por oído (otorragias) y nariz (epístaxis), y son importantes porque pueden significar una fractura de craneo. La actitud del auxiliador ante esta situación ha de ser pasiva: no taponar nunca estas hemorragias y atender sólo el estado del herido: respiración, circulación sanguínea y estado de consciencia.
3. Los lesionados craneo-encefálicos, se encuentran en numerosas ocasiones inconscientes, como consecuencia de las lesiones encefálicas. La actitud correcta del auxiliador en estos casos, será atender el estado respiratorio del herido, vigilando la posible obstrucción de las vías aéreas por la propia lengua del accidentado, por restos de sangre y secreciones o por cuerpos extraños. También debe observarse la situación cardiocirculatoria del accidentado (pulso, presencia de shock, coloración de piel y mucosas, etc.). Se actuará de acuerdo con las explicaciones hechas anteriormente, en cada uno de estos casos.
4. No mover al herido en ningún caso, sobre todo si se encuentra inconsciente, por el riesgo de lesiones en la columna vertebral cervical.

Se debe sospechar lesión vertebral-medular en cualquier accidentado que: esté inconsciente y tenga señales de golpes en la cabeza; sea conductor o pasajero de

motocicleta o ciclomotor; haya manifestado en algún momento, no sentir o poder mover alguna parte de su cuerpo.

En estos casos, hay que inmovilizar la lesión del cuello y no trasladar al herido en vehículo particular. Tan sólo si hubiese vómitos, se le colocará en posición de defensa. Si lleva casco, no se le debe quitar ni permitir que alguien se lo retire, salvo que se encuentre en parada cardio-respiratoria, y siendo imprescindible para reanimarlo (según características del casco).

A.2. LESIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL.

Las funciones que desempeña la columna vertebral son: ser sostento del sistema esquelético del individuo, manteniendo la posición y permitiendo la deambulación; y contener y proteger en su interior a la médula espinal. Ésta es la parte del sistema nervioso central que recorre a modo de cordón el interior del conducto que forman las vértebras unidas entre sí.

Los mecanismos de fractura de la columna vertebral son el movimiento brusco de la columna, ocasionado por el accidente (por ejemplo, tras una repentina detención del vehículo, o tras un impacto por detrás) y los golpes de la cabeza contra el parabrisas o contra el suelo en los accidentes de vehículos de dos ruedas, y en los casos en los que los ocupantes o conductor salen despedidos al exterior del vehículo.

Si el traumatismo es lo suficientemente intenso como para dañar la estructura de la vértebra, puede acompañarse una lesión de la médula espinal que transcurre por su interior. Dependiendo de la altura de la columna a la que se lesione la médula, aparecerán unos u otros signos clínicos:

1. a nivel cervical: pérdida de sensibilidad y parálisis de las extremidades superiores e inferiores (TETRAPLEJIA).
2. a nivel torácico o lumbar: parálisis de las extremidades inferiores y pérdida de la sensibilidad en la parte del tronco junto a problemas en la defecación y micción (PARAPLEJIA).

En caso de lesión vertebral se actuará de la siguiente forma:

1. No sentar, doblar, inclinar o mover al herido que se encuentre inconsciente y con signos de haber sufrido traumatismo por encima de la clavícula. Si fuera necesario (por vómitos), se mantendrá la precaución de no mover su cabeza, flexionándola o rotándola, e inmovilizar la región del cuello.
2. En principio, nunca se debe mover ni trasladar a un accidentado. Tan sólo se hará si aparecen vómitos o precisa de reanimación cardiocirculatoria.
3. Los signos y síntomas de lesión medular no siempre aparecen inmediatamente después de suceder el accidente, por lo que se deberá mantener en todo momento una estricta observación de los heridos en busca de la aparición y/o presencia de los siguientes signos y síntomas:
 - a) parálisis de alguna parte de su cuerpo,
 - b) ausencia o modificación de reflejos,
 - c) ausencia o modificación de la sensibilidad de alguna parte del cuerpo, o
 - d) emisión involuntaria de orina o/y heces.

El adecuado uso del reposacabezas (colocado a la altura suficiente) evita en gran manera la aparición y consecuencias de este tipo de lesiones en los accidentes de tráfico.

A.3. TRAUMATISMOS DE TORAX Y ABDOMEN.

Estos traumatismos son causa de importantes complicaciones médicas y ponen en peligro la vida del accidentado. Por desgracia, poco se puede hacer en el lugar del accidente por estos heridos debido a las características y gravedad de las lesiones. Sin embargo, es conveniente dar algunas ideas acerca de lo que hay que hacer en el caso de encontrarse con accidentados que tengan heridas en tórax o abdomen.

Los principales mecanismos de producción de estas lesiones son:

1. la fuerza ejercida por el volante u otras estructuras del vehículo sobre el individuo,
2. el cinturón de seguridad, siendo como consecuencia, en la mayoría de las ocasiones, por su mala colocación y/o uso,
3. los atropellos a peatones, y
4. la aceleración-deceleración.

Los traumatismos torácicos y de abdomen pueden ser: cerrados (si no hay rotura de los tejidos de la piel) o abiertos (se produce una comunicación entre el interior del torax o abdomen y el exterior).

Ante un traumatismo torácico o abdominal se deben tener presente las siguientes consideraciones:

1. Lo primero es siempre solicitar auxilio, pedir ayuda médica y avisar a una ambulancia.
2. Un herido con un traumatismo abierto de torax, generalmente sufre dificultad respiratoria, por ello se le colocará en posición ligeramente incorporada, si está consciente y no vomita.
3. Ante un traumatismo abierto, habrá que tener cuidado de no tocar ni manipular la herida; únicamente se colocará un apósito o venda en la zona.
4. Habrá que vigilar la presencia de signos y síntomas de shock, lo que supondría el agravamiento de la víctima y la necesidad de atención médica adecuada inmediata.

IV. MOVILIZACION DE HERIDOS.

Cuando se intenta auxiliar a los ocupantes de un vehículo accidentado, con frecuencia se observa que alguno de ellos ha quedado en el interior del mismo, de manera que resulta difícil el acceso a él.

Pueden plantearse dos tipos diferentes de situaciones: que el conductor o alguno de los ocupantes se encuentre "prisionero" en el interior del vehículo por alguna de las partes de éste (volante, salpicadero, etc.), o que la víctima pueda ser extraída del vehículo teóricamente sin dificultad.

En el primero de los casos, los heridos requieren la ayuda inmediata o rápida, pero la liberación de éstos debe hacerse siempre por personal adecuadamente adiestrado y pues actuar sin medios materiales y sin conocimientos y experiencia, supondría producir una serie de daños en la víctima, que agravaría aún más su estado físico. El comportamiento adecuado sería:

1. Pedir ayuda especializada (ambulancia, bomberos, Autoridad o sus Agentes).
2. Intentar acceder a la proximidad de las víctimas para conocer su estado.
3. Preguntar cómo se encuentran para conocer su grado de consciencia. Tranquilizarles explicándoles que la ayuda viene en camino.
4. Observar la situación de los heridos y realizar aquellas maniobras prioritarias que sea factibles.

5. Impedir que alguien, sin medios ni conocimientos intente liberar a estos heridos.

En el segundo caso, la actitud es diferente: no siempre es necesario mover a las víctimas del interior del vehículo. Como norma general, no se debe mover nunca a los heridos, a no ser, que resulte imprescindible para su reanimación o cuando haya sospecha de lesión vertebral o medular, para inmovilizar al herido. Para ello se ha de tener presente una serie de consideraciones previas:

1. Nunca se moverá un herido cuando sólo haya un auxiliador.
2. Al menos se precisarán tres auxiliadores para mover adecuadamente a un herido.
3. Al herido hay que moverle como si fuese un bloque rígido.

Hay dos métodos a utilizar para mover el herido, según se encuentre en el interior del vehículo o haya quedado en el exterior del mismo (calzada, arcén, etc.).

A. EXTRACCIÓN DE UN HERIDO DEL INTERIOR DEL VEHICULO SINIESTRADO.

Siempre es preferible esperar a que con ayuda especializada, el ocupante del vehículo pueda ser extraído sin dificultad, mediante el corte de la chapa, la retirada de las puertas, etc. Sin embargo, es bueno conocer de qué manera hay que sujetar y movilizar al sujeto desde el interior del vehículo, para no provocarle más lesiones. Los pasos a seguir son:

1. Observar y cerciorarse de que el cuerpo de la víctima está libre de hierros, volante u otros obstáculos.
2. Colocarse detrás de la víctima, para poderla sujetar con los brazos de este modo: pasando el brazo por debajo del brazo y la axila del herido, sujetar su muñeca contraria con las manos; el otro brazo, pasando por debajo de la axila del lado opuesto, permitirá sujetar la mandíbula del herido tal y como muestra la figura adjunta.
3. Una vez agarrado de este modo el accidentado, y siempre evitando que su cuello se mueva, se procederá a extraerlo del vehículo.

B. MOVILIZACION DE HERIDOS FUERA DEL VEHICULO.

Lo mejor es utilizar los métodos denominados "auxiliadores alternos", ya que dan más seguridad. Pueden intervenir tres o más auxiliadores, precisándose que la víctima esté en decúbito supino.

Tal y como se indica gráficamente, los socorristas se colocarán de rodillas a los lados del herido y procederán así:

1. Un auxiliador colocará sus manos debajo de la cabeza-cuello y espalda de la víctima;
2. Otro colocado al mismo lado del anterior, pondrá sus manos debajo de los glúteos y rodillas;
3. El tercero, se colocará al lado opuesto y sujetará la espalda y los muslos;
4. Enlazarán sus manos y a la vez, levantarán con suavidad a la víctima, cuando uno de ellos lo indique con su voz.