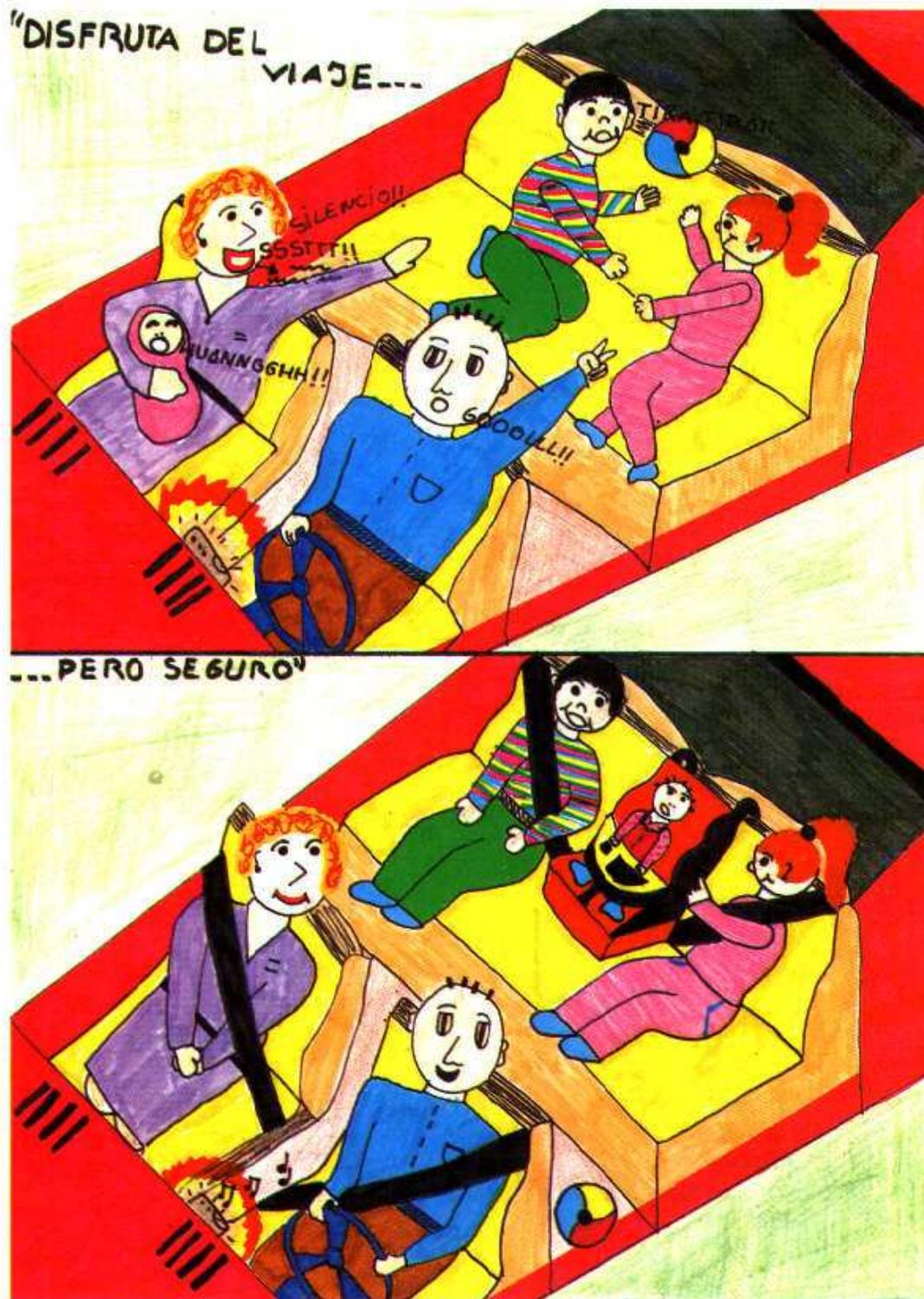


Guía de Prevención y Comportamiento Ante el Accidente de Tráfico



M.^a del Mar Valera Ortuño - 12 años



MINISTERIO DEL INTERIOR

 **Dirección Gral. de Tráfico**

© DIRECCIÓN GENERAL DE TRÁFICO
MINISTERIO DEL INTERIOR

Dirigido por: Dr. JUAN CARLOS GONZÁLEZ LUQUE

Colabora: Dr. F. JAVIER ÁLVAREZ

Profesor de Farmacología de la Universidad de Valladolid

Dibujos: JOSÉ PATIÑO

8.^a edición

N.I.P.O.: 128-01-024-6

Depósito Legal: M. 38.115-2001

Imprime: **GRAFICAS NACIONES, S.L.**

C/ Río Guadiana, 8

28110 Algete (Madrid)

Aunque las causas que originan los accidentes a menudo no pueden conocerse o consisten en la suma de diversos factores (entre los que indudablemente se encuentra el azar), existen una serie de precauciones a tener en cuenta (antes y durante la conducción) que hacen menos probable el accidente. De manera que, aún sin prevenir todos los accidentes de tráfico, se pueden evitar muchos de los que, desgraciadamente, ocurren.

Existen otras maneras de hacer prevención. El uso correcto de los cinturones de seguridad, del casco, del reposacabezas, de asientos adecuados para niños. Y también tras ocurrir un accidente es posible aun la actuación preventiva; en este momento es trascendental la asistencia que recibe un herido en el momento inmediato, el modo de actuar de quien auxilia en primer lugar a un accidentado, que no es otro que el conductor del vehículo más próximo al accidente.

A continuación se exponen, a modo de consejos, las ideas básicas de prevención del accidente de tráfico, referidas al conductor, que tienen más relevancia en el campo de la Seguridad Vial.

Esperamos que esta Guía sea útil para todos cuantos la lean, tanto para conocer como para transmitir sus contenidos.

PREVENCIÓN PRIMARIA DEL ACCIDENTE DE TRÁFICO

La conducción ha de realizarse en un adecuado estado físico

Antes y durante la conducción, tenga presente algunos consejos para encontrarse en un estado físico adecuado:

- Controle su alimentación si va a conducir durante un período largo de tiempo: tome alimentos variados, no coma en exceso, pero tampoco en escasa cuantía y nunca beba alcohol (ni siquiera en pequeñas cantidades). Es mejor realizar comidas ligeras y más frecuentes a lo largo del día que una o dos comidas copiosas.

- Utilice ropa y calzado cómodos.

- Tenga especial cuidado con la fatiga, el sueño y el estrés durante la conducción:

Los síntomas que aparecen con la fatiga y el sueño son disminución de la atención, de la concentración, de los reflejos, modificaciones en la percepción, cambios en los movimientos del cuerpo y aparición de sensación de malestar físico, con dolor de cabeza, sensación de mareos y dolorimiento de músculos (en cuello, espalda y brazos sobre todo).

La mayor parte de las veces el conductor intenta por todos los medios luchar contra la fatiga y el sueño con el mejor "arma" que éstas tienen: continuar en la actividad que las originó, continuar conduciendo.

En conclusión, siempre que se vaya a hacer un viaje, aunque sea corto, es necesario estar bien descansado, haber dormido adecuadamente la noche anterior y no tener precipitaciones, no tener prisas, pues no hay que olvidar que la actividad que se va a realizar -el conducir un vehículo- es extremadamente delicada y, por tanto, necesita de todo el cuidado y precaución posibles.

Si durante la conducción se observa algún síntoma de fatiga, somnolencia o sueño es preciso detenerse inmediatamente a

descansar y no continuar al volante. No se debe ceder ante esta decisión: el peligro está en querer seguir conduciendo "a ver si se pasa el sueño".

La fatiga y el sueño, sólo se combaten de una manera: descansando (y no precisamente al volante)

Una alimentación inadecuada puede perjudicar la conducción

El conductor debe saber reconocer los síntomas de la fatiga
y descansar en cuanto aparezcan

No tome alcohol

El alcohol está involucrado en un gran número de accidentes de tráfico. Entre un 30% y un 50% de ellos, tienen al alcohol como factor influyente o desencadenante. ¿Cuáles son los efectos del alcohol sobre la conducción?:

- Disminuye los reflejos
- Disminuye la visión y la percepción
- Disminuye la capacidad de movimientos
- Modifica las capacidades mentales de
 - * juicio
 - * razonamiento
 - * atención y concentración
 - * estado de ánimo
- Produce sueño y fatiga
- Aumenta la agresividad

El alcohol, además de contribuir a que se produzca el accidente de tráfico, hace que las consecuencias de ese accidente sean más graves: las lesiones ocasionadas por accidente en quienes han consumido alcohol son de mayor gravedad y mortales con más frecuencia.

**El alcohol es incompatible con una adecuada conducción,
aunque sea en pequeñas cantidades**

Cuidado con los medicamentos

- Antes de conducir o utilizar maquinaria peligrosa, procure conocer cómo "reacciona" ante la medicación que está tomando.

Si observa que ésta influye en sus reflejos, capacidad de concentración, le produce excesiva somnolencia, etc., indíqueselo a su médico y evite conducir.

- Recuerde que la "reacción" del organismo a los fármacos es más notable en los primeros días de tratamiento, y en especial en las primeras horas después de la ingesta del fármaco.

- Siga siempre las instrucciones del médico y farmacéutico sobre cómo utilizar los medicamentos: utilícelos el tiempo y a la dosis que le han indicado.

- Nunca utilice medicaciones "recetadas" para otros, lo que a ellos les puede ir bien, a usted le puede ocasionar problemas.

- Nunca utilice fármacos de manera continuada sin el control de su médico y/o farmacéutico.

- Recuerde que tomar alcohol y fármacos conjuntamente incrementa los efectos adversos (mayor sedación y somnolencia, pérdida de reflejos, etc).

- Si tiene que conducir de manera habitual, recuérdesele a su médico. Él tratará de encontrar la medicación que menos interfiera con su capacidad de conducción.

- Si tiene algún tipo de duda sobre la medicación que está tomando, o si observa que interfiere con su capacidad de conducción, hágaselo saber a su médico.

- Tenga en cuenta que el conducir bajo el efecto de sustancias que interfieren con sus condiciones psicofísicas (alcohol, drogas de abuso, algunos fármacos) es un gran riesgo para usted, sus acompañantes y el resto de conductores.

6

- El alcohol potencia la toxicidad de una gran cantidad de fármacos. Por principio, no debe tomarse alcohol y fármacos, ni siquiera una caña o un vaso de vino.

Al tomar medicamentos hay que pensar en la conducción de vehículos

Los efectos de las drogas de abuso

- Todas estas sustancias producen importantes efectos sobre el cerebro, interfiriendo de una manera marcada con las condiciones psicofísicas necesarias para una óptima conducción de vehículos.
- Especialmente grave puede ser el conducir bajo el efecto de drogas estimulantes (cocaína, anfetamina), pues en estos casos el exceso de sobrevaloración y confianza hace que el individuo sea incapaz de valorar y reconocer sus limitaciones y modifique la percepción de riesgo.
- Todas las drogas interfieren con la capacidad de conducción de vehículos, independientemente de su frecuencia de consumo.
- No hay alternativa: no se debe consumir drogas y conducir. Si conduce bajo el efecto de estas sustancias está poniendo en peligro su vida, la de sus acompañantes y la de otras personas.

Todas las drogas interfieren con la capacidad de conducción de vehículos, independientemente de su frecuencia de consumo

COMPORTAMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE DE TRÁFICO

La atención de los heridos en accidente de tráfico ha de ser totalmente profesional. Desde el momento del accidente, debe ponerse en marcha un dispositivo eficaz que permita la coordinación de servicios y la atención correcta. La asistencia sanitaria debe llegar en unos pocos minutos y estar adecuadamente dotada, tanto en medios humanos como materiales.

Sin embargo, independientemente de todo ello, los primeros diez minutos tras el accidente constituyen un período fundamental para los heridos. En este momento, quienes auxilien a los accidentados deben intentar mantener dos objetivos:

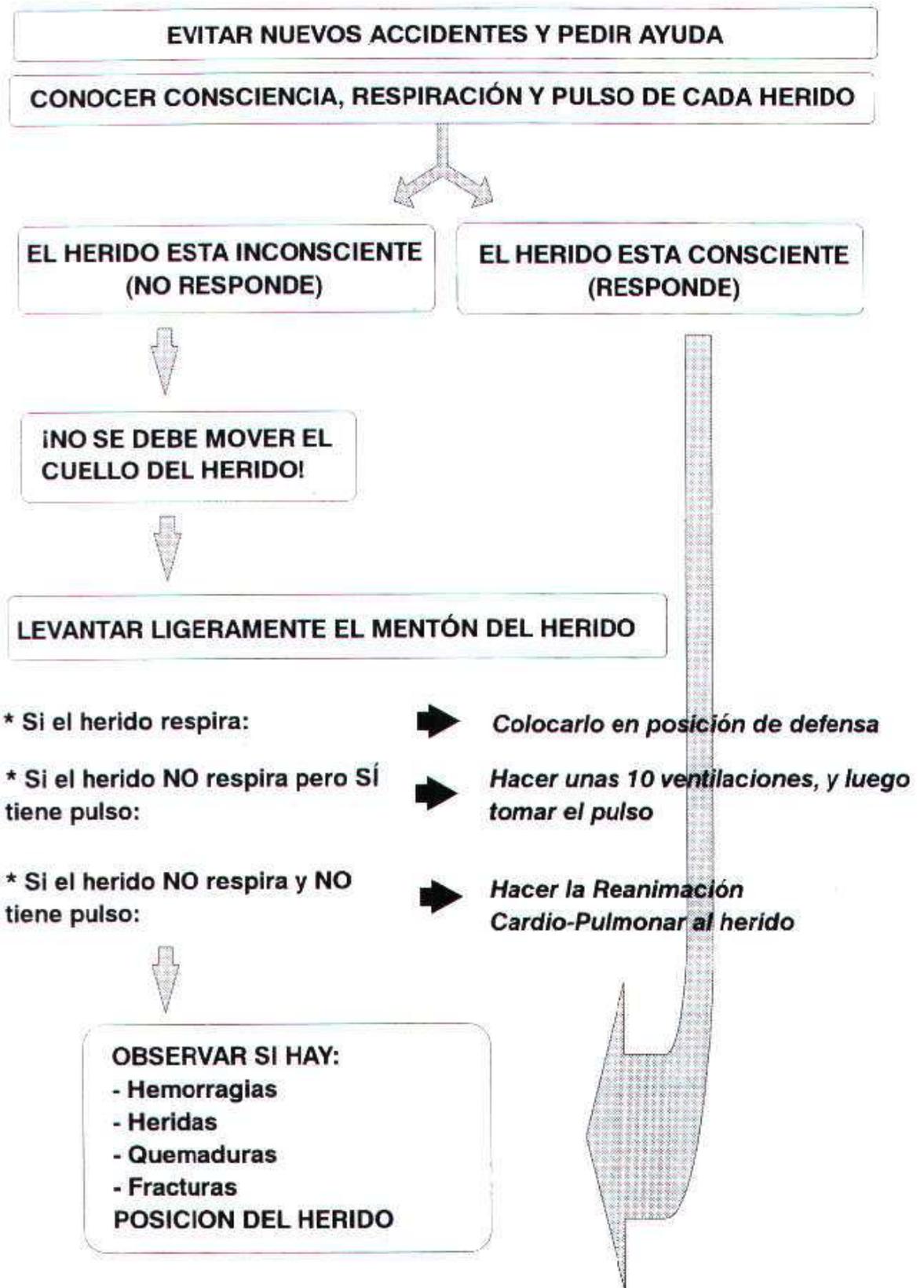
1. **Evitar que se efectúen actuaciones inadecuadas** sobre los heridos, tales como por ejemplo la movilización de cuello y columna del lesionado, manipulación de heridas, dispensación de alimentos, líquidos o medicamentos de cualquier tipo, etc.
2. **Procurar una serie de atenciones prioritarias** que están indicadas en circunstancias concretas. Estas actuaciones deben limitarse en todo momento a aquellas recomendadas para personal no profesional; de esta manera se obtiene la eficacia prevista sin responsabilidad del auxiliador. Siempre será preciso conocer suficientemente la técnica a emplear antes de proceder a su utilización; de lo contrario, mejor será no efectuarla.

Estas atenciones, debidamente ejecutadas, permiten evitar ciertas complicaciones, incluso mortales, sufridas por los accidentados.

Hay que olvidar la obsoleta idea de que lo mejor ante un accidente de tráfico es no hacer nada. Lo mejor, es conocer cuándo hay y cuándo no hay que actuar. La actitud del auxiliador ha de ser siempre activa, evaluando en lo posible a los heridos y ayudando a mantener el orden en el lugar del accidente.

En la página siguiente se expone el **esquema general de actuación**, esquema que se irá desarrollando a lo largo del texto.

ACTUACIÓN ANTE UN ACCIDENTE



1º EVITAR NUEVOS ACCIDENTES Y PEDIR AYUDA

Antes de proceder a examinar la situación de las víctimas de un accidente de tráfico, es necesario tener presentes algunas precauciones encaminadas a mantener la seguridad de la circulación vial:

- Estacionar el vehículo que se conduce en lugar seguro, donde no perjudique la circulación y, fuera de la calzada, cuando sea posible. Parar el motor, cortar el encendido e inmovilizar el vehículo.
- Cortar el encendido de los demás vehículos implicados.
- Colocar los dispositivos de preseñalización de peligro y poner en funcionamiento la señalización de avería y la luz que en cada circunstancia sea obligatoria del vehículo propio.

Pedir inmediatamente auxilio sanitario.

2º CONOCER EL ESTADO DE CONSCIENCIA, RESPIRACIÓN Y PULSO DE CADA HERIDO

Observe cuidadosamente el número de vehículos implicados y cuántos heridos hay. Es necesario conocer, de modo básico, el estado de los mismos para proceder a continuación a atenderles según las características observadas.

Acérquese cuanto sea posible a los heridos y proceda a efectuar la evaluación primaria de cada uno de ellos.

La evaluación primaria consiste en observar, por orden, tres aspectos básicos del herido:



Figura 1. En primer lugar observe la respuesta del herido: ¿responde a sus preguntas?

1. ¿El herido responde a nuestras preguntas?

Haremos preguntas sencillas para conocer si responde o no (¿cómo se llama?, ¿qué le ha sucedido?, ¿cómo se encuentra?). En ocasiones la respuesta existe, pero no es normal: el herido está desorientado o contesta incoherentemente (Figura 1)

2. ¿El herido respira? ¿cómo lo hace?

- observe si el tórax se mueve

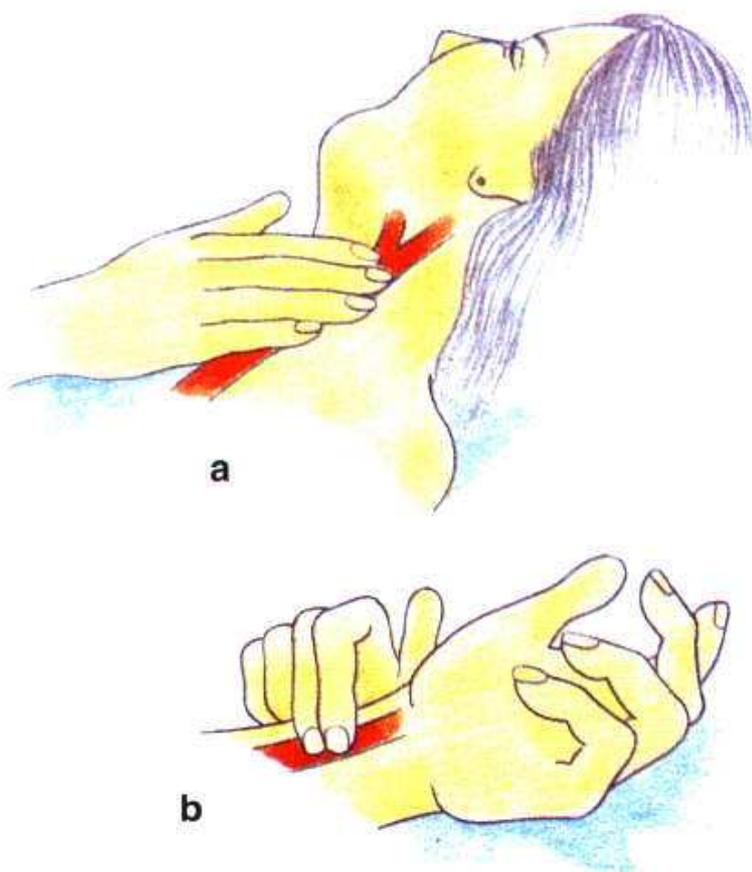


Figura 2a): Pulso carotídeo. 2b): Pulso radial. No presione las carótidas de ambos lados a la vez.

- intente percibir el aire espirado por la víctima (acerque su mejilla por ejemplo)
 - compruebe si se trata de una respiración ruidosa (como un ronquido) o anómala (por ejemplo una respiración "a salvas", con períodos de ausencia de movimientos respiratorios).

3. ¿Cuál es el estado de su circulación sanguínea? ¿Tiene pulsos?

- Busque el pulso carotideo (fig. 2a) primero de un lado y luego del otro, para determinar si hay latido cardíaco. El

pulso carotideo debe ser explorado siempre que sea accesible.

- Si no tiene acceso al carotideo, o quiere determinar la frecuencia cardíaca, busque el pulso radial (fig. 2b).

En condiciones normales, el corazón de un adulto sano late a un ritmo de aproximadamente 60 a 80 veces por minuto, pero hay que tener presente que en los niños la frecuencia cardíaca es mayor (alrededor de 100 latidos por minuto) y que muchos accidentados tendrán frecuencias cardíacas elevadas por motivo

de la situación de estrés y nerviosismo que se acompaña al accidente.

3º ¿QUÉ HACER?

Las actuaciones prioritarias son las que se efectúan sobre los heridos que no responden. Son prioritarias respecto a cualquier otra actuación.

Ante un herido que no responde a nuestras preguntas, deberemos, por orden:

1. Mantener en todo momento protegido el cuello de posibles movimientos bruscos que pudieran producirse. Ante un accidentado de tráfico, especialmente si se encuentra inconsciente, siempre hay que sospechar lesión vertebral-medular, por lo que el movimiento del cuello puede ser fatal o agravar lesiones existentes.

Ante la falta de un collarín cervical, es posible colocar ropa o arena al lado (nunca debajo) del cuello y cabeza del herido o, simplemente, mantener nuestras manos y nuestros antebrazos extendidos a ambos lados de la cabeza y cuello de la víctima, vigilando que nadie los movilice inadecuadamente.

2. Mantenga abierta la vía aérea del herido. Puesto que los

heridos inconscientes es frecuente que presenten asfixia por obstrucción de la vía aérea tras la "caída" de la lengua hacia atrás, es preciso mantener elevado el mentón de los mismos como se muestra en la figura 3. Haga la técnica sujetando la frente del accidentado de manera que el cuello no se "doble" hacia atrás. En esta posición evaluaremos la respiración del herido (véase apartado 1º).



Figura 3. Elevación del mentón de la víctima inconsciente para facilitar su respiración.

3. ¿Qué hacer si el herido no respira?

Haga diez ventilaciones en un minuto.

Técnica de la ventilación artificial:

Mediante su aire espirado, el auxiliador mantiene la ventilación del herido. Este aire, aunque menos oxigenado que el aire ambiente, es suficiente para que se produzca el necesario intercambio de gases en el pulmón. El aire puede introducirse por la nariz del herido (en caso de que la boca del herido permanezca cerrada, por ejemplo por una fractura facial), por la boca y la nariz (en el caso de niños pequeños) o sólo por la boca, lo que constituye la técnica más habitual.



Figura 5. Limpieza de la boca. Tirar con suavidad de la mandíbula hacia arriba y adelante. Con los dedos índice y medio limpiamos la boca de cuantos cuerpos extraños puedan impedir el paso de aire. Realice la maniobra con el sujeto de lado.



Figura 4. Triple maniobra modificada: el pulgar abre la boca y el resto de dedos apoyados en la rama horizontal de la mandíbula elevan ésta.

Los pasos para efectuar la técnica del boca a boca son los siguientes:

- Colocar a la víctima en posición de "decúbito supino" (boca arriba).
- Mantener unas vías respiratorias permeables (sin obstrucción). Puesto

que la hiperextensión del cuello es peligrosa para estos heridos, es preferible efectuar la técnica expuesta en la figura 4.

c) Limpiar la boca. En el caso de que observe que la boca del herido tiene cuerpos extraños (piezas dentarias, coágulos sanguíneos, etc), deberá previamente retirarlos para que la ventilación sea eficaz (figura 5). Es preferible que esta maniobra sea realizada con el herido en posición lateral.



Figura 6. Boca a boca en un adulto. La boca del auxiliador sella la del herido y con la mejilla taponan los orificios nasales del mismo. Las manos deben permanecer elevando la mandíbula mediante la técnica de la triple maniobra modificada.

d) Aplicar la boca alrededor de la boca del herido, cubriéndola totalmente, y espirar (soplar) el aire dentro de la misma (figura 6)

e) Permitir la salida del aire de los pulmones de la víctima.

En niños, se debe cubrir a la vez la boca y la nariz del herido con la boca del auxiliador, tal y como se muestra en la figura 7. Además, el aire introducido en las vías aéreas del niño, especialmente si es un recién nacido o lactante, ha de ser echado con cuidado, sin fuerza; prácticamente con el aliento del reanimador es suficiente. Tampoco debe extender el cuello del niño.

Tras efectuar diez ventilaciones aproximadamente en un minuto, proceda de nuevo a valorar los pulsos y la respiración del accidentado. Si continúa en asfixia, repita el ciclo ventilatorio.



Figura 7. Ventilación en niños. El auxiliador utiliza boca y nariz del herido simultáneamente.

4. ¿Qué hacer si el herido no respira y no tiene pulso?

Deberá realizar la Reanimación Cardio-pulmonar a la víctima:

Técnica de Reanimación Cardio-Pulmonar:

La reanimación cardio-Pulmonar tiene tres objetivos:

- Mantener unas vías aéreas permeables (sin obstrucción).
- Restablecer una ventilación adecuada.
- Restablecer una circulación sanguínea adecuada.

Los dos primeros objetivos se consiguen mediante las técnicas ya explicadas en el

apartado anterior.

Restablecer una circulación adecuada:

Los pasos a seguir para efectuar un adecuado "masaje cardíaco" son: (figura 8a)

- a) Colocarse de rodillas a un lado del herido
- b) Localizar el esternón. (El esternón es el hueso situado en la parte delantera del pecho desde la zona de unión de las clavículas -extremo superior-, hasta la zona de unión de las costillas -extremo inferior-).
- c) Apoyar la parte posterior de la palma de una mano sobre el tercio medio del esternón, y la otra mano sobre la primera.
- d) Comprimir en la zona indicada de modo que el esternón se hunda en el tórax 4 ó 5 centímetros.

Ritmo de reanimación: Si el auxiliador está sólo, procederá a efectuar 15 compresiones torácicas seguidas de 2 ventilaciones de modo sucesivo, hasta que se recobre la respiración espontánea y el pulso del herido o, si no, hasta llegar la ayuda

sanitaria. Si hay dos auxiliadores, el ritmo es de cinco compresiones seguidas de una ventilación. El masaje cardíaco se dará con una frecuencia de entre 60 y 80 por minuto.

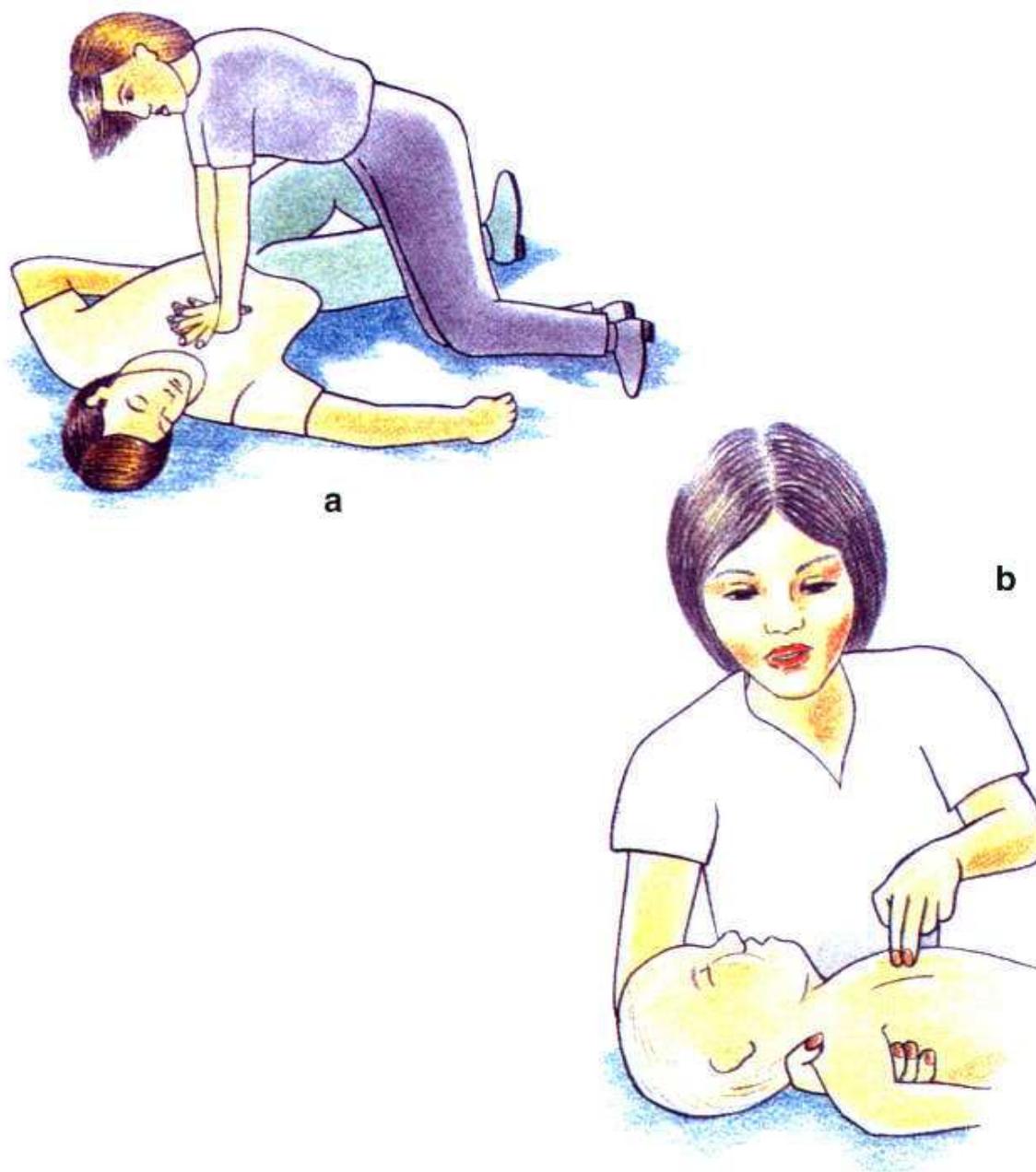


Figura 8. Masaje cardíaco en adultos (figura 8a) y en niños (figura 8b). En adultos es preciso que el auxiliador se coloque perpendicularmente sobre el esternón del herido, manteniendo en todo momento los brazos sin flexionar. El cuerpo del auxiliador se echa sobre la víctima como un bloque, aprovechando la fuerza del propio peso corporal.

En los niños: utilizar sólo una mano o sólo dos dedos (si es un bebé) y realizar mayor número de compresiones (figura 8b). La

compresión es de menor intensidad, hunda el tórax del niño sólo uno o dos centímetros.

Aún cuando el herido haya recuperado su frecuencia cardíaca espontánea, no se debe abandonar la respiración artificial si:

- la respiración espontánea aún no es posible;
- la circulación sanguínea no es adecuada

4º LA EVALUACIÓN SECUNDARIA DE LOS HERIDOS

Consiste en el conjunto de exploraciones a realizar sobre aquellos heridos que responden normalmente o sobre los que ya se ha efectuado tanto la evaluación inicial como las actuaciones prioritarias pertinentes.

Está constituida por las siguientes observaciones:

1. Valoración de hemorragias externas.
2. Valoración de heridas y quemaduras.
3. Valoración de fracturas.
4. Posición del herido.
5. Movilización de los heridos.
6. Reevaluación periódica del herido.

1. Valoración de hemorragias externas.

Hay que controlar a aquellos heridos que sangran muy abundantemente; aquellas pérdidas de sangre que precisan de una actuación inmediata son las que se producen como consecuencia de una sección o rotura parcial de arterias importantes.

¿Qué hacer si el herido sangra abundantemente?:

Se realizará, por orden:

- a) Presión directa, con la mano o el puño, sobre la herida, mediante una gasa estéril si es posible, aunque un pañuelo, un plástico o un trozo de tela es asimismo utilizable. Si dispone de guantes quirúrgicos, utilícelos.

b) Además de la presión directa, mantener elevada la zona de hemorragia.

c) Además de la presión directa en el foco de sangrado, hacer presión en el trayecto de la arteria, por encima del lugar de

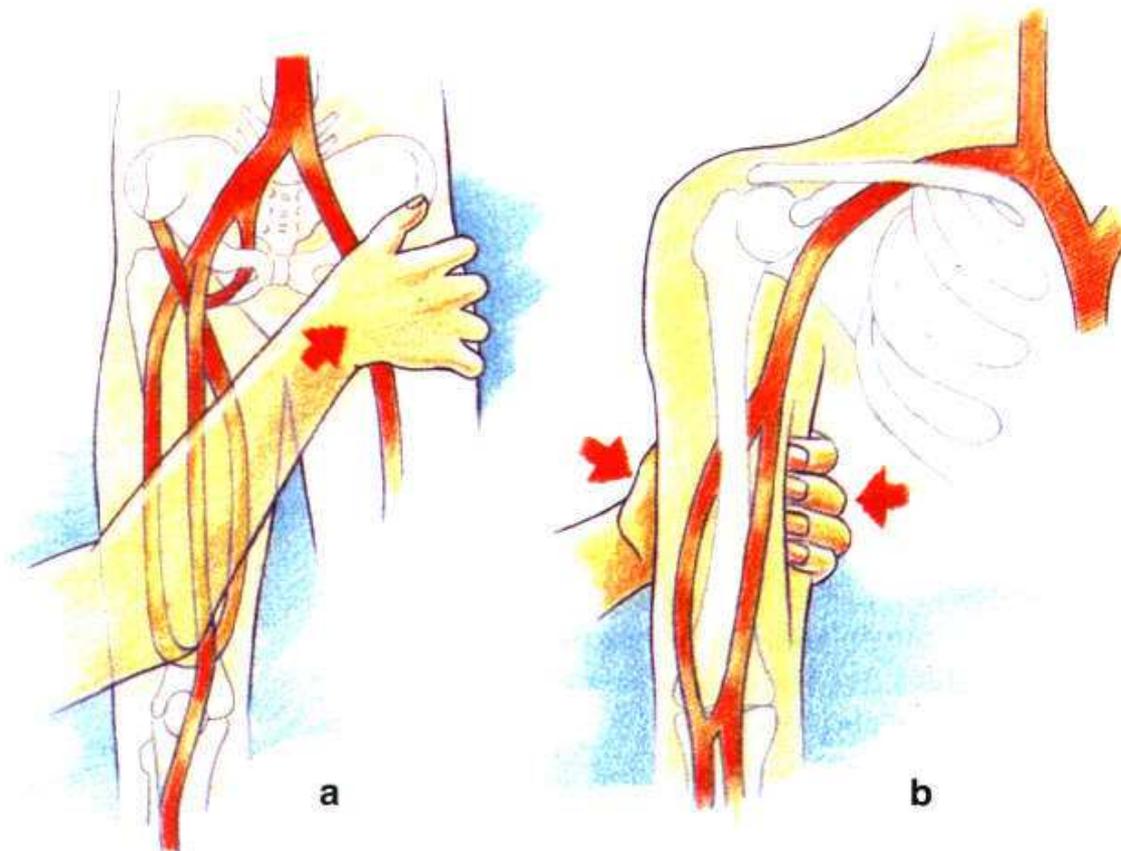


Figura 9. Presión en el trayecto de la arteria En caso de hemorragias abundantes, además de la presión sobre el foco de sangrado, se comprime el trayecto arterial. 9a). Presión femoral (a la altura de la ingle), para hemorragias de la extremidad inferior. 9b). Presión humeral (en el brazo), para hemorragias de la extremidad superior. Al presionar con fuerza, la arteria queda comprimida entre la mano y el hueso, reduciéndose el paso de sangre y, por tanto, la pérdida de sangre por la herida.

sangrado. Los puntos de presión más comunes (figura 9) son: la raíz del muslo y el pliegue del codo (o el brazo).

d) Sólo en caso de amputación puede ser preciso el uso de un torniquete. Consiste en la aplicación de un pañuelo, venda, tela

o goma sobre una extremidad de manera que comprima con tal fuerza la arteria sobre el hueso, que impida el paso de sangre por ésta. Se trata de un procedimiento que implica riesgos vitales para el herido, por lo que su utilización ha de ser muy selectiva.

No olvide que un torniquete no debe ser aflojado nunca sin la presencia de asistencia médica adecuada.

No olvide que las hemorragias por orificios naturales (oído, nariz) constituyen indicios de gravedad y no deben ser taponadas.

2. Valoración de heridas y quemaduras.

La actuación a realizar sobre heridas y quemaduras tiene un carácter notablemente menos trascendente que el de las actuaciones prioritarias.

No debe manipular las heridas, intentar su limpieza o retirar posibles restos que hayan quedado adheridos en la misma. En todo caso, mantenga tapadas las heridas si tiene apósitos estériles. Sobre las quemaduras es conveniente mantener la zona tapada y humedecida, evitando en todo momento la utilización de pomadas, cremas u otros remedios. Mantenga la extremidad quemada hacia arriba.

Como norma general nunca dé bebida o medicación alguna a un herido. Sólo aquellos accidentados en los que se hayan producido quemaduras o hemorragias pueden precisar agua, pero antes de administrársela cerciédose de que estén plenamente conscientes y no vomiten.

3. Valoración de fracturas.

Tampoco es necesario que actúe ante una fractura. Puede intentar sólo la inmovilización de la fractura, pero nunca la reducción de la misma. Colocar el brazo en cabestrillo puede ser un buen modo de inmovilizar las fracturas de la extremidad superior. En cambio, tenga especial cuidado en las fracturas de la extremidad inferior, puesto que con frecuencia se asocian a lesiones pélvicas. Procure no juntar ni separar las piernas de los heridos que presenten fracturas de extremidad inferior.

4. Posición del herido.

Las figuras 10 y 11 explican cuál es el modo más correcto de colocar a un herido según sea su estado.

En el caso de heridos inconscientes, como norma general la posición más segura es la denominada "de defensa" o decúbito lateral estable. En esta posición se evita la asfixia del herido por secreciones, cuerpos extraños o la propia lengua. Sin embargo, deberemos mantener en todo momento alineados cabeza-cuello-tronco para evitar agravar lesiones cervicales. Lo mejor es realizar la maniobra de colocación del accidentado en posición de defensa entre dos auxiliadores.

En el caso de heridos que han perdido líquidos corporales (hemorragias, quemaduras), una buena alternativa es la colocación de herido con sus piernas por encima del nivel de la cabeza, para mantener el aporte de sangre al encéfalo. Si es posible aprovechar una pendiente, colocaremos al herido además de lado.

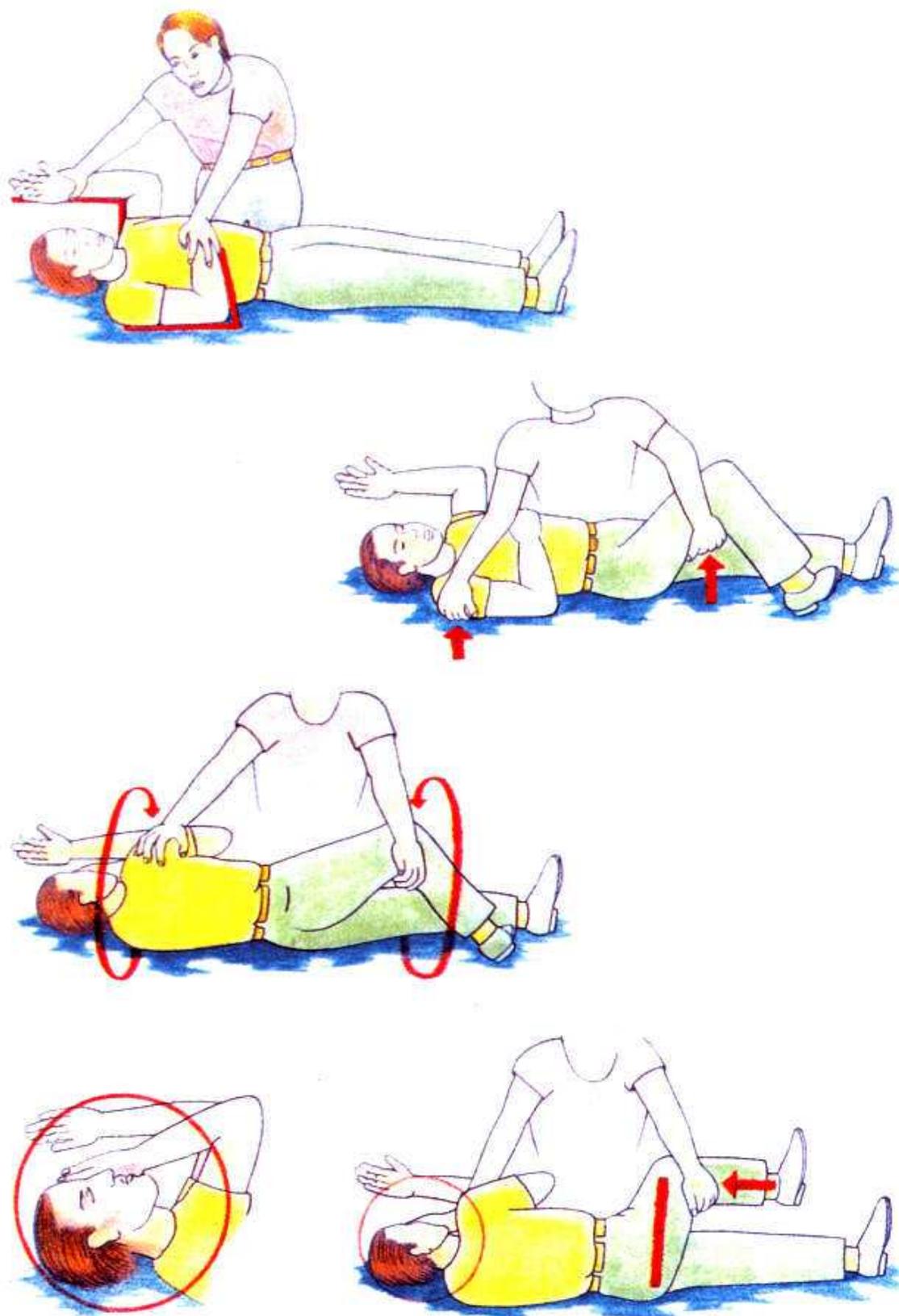


Figura 10. Posición de defensa o decúbito lateral estable para heridos inconscientes: se realiza en varios pasos; conviene que un segundo auxiliador mantenga inmovilizado el eje cabeza-cuello-tronco en el momento de rotar el cuerpo del herido. Los heridos inconscientes deben ser mantenidos con "protección cervical", por ejemplo con ropa a ambos lados del cuello.

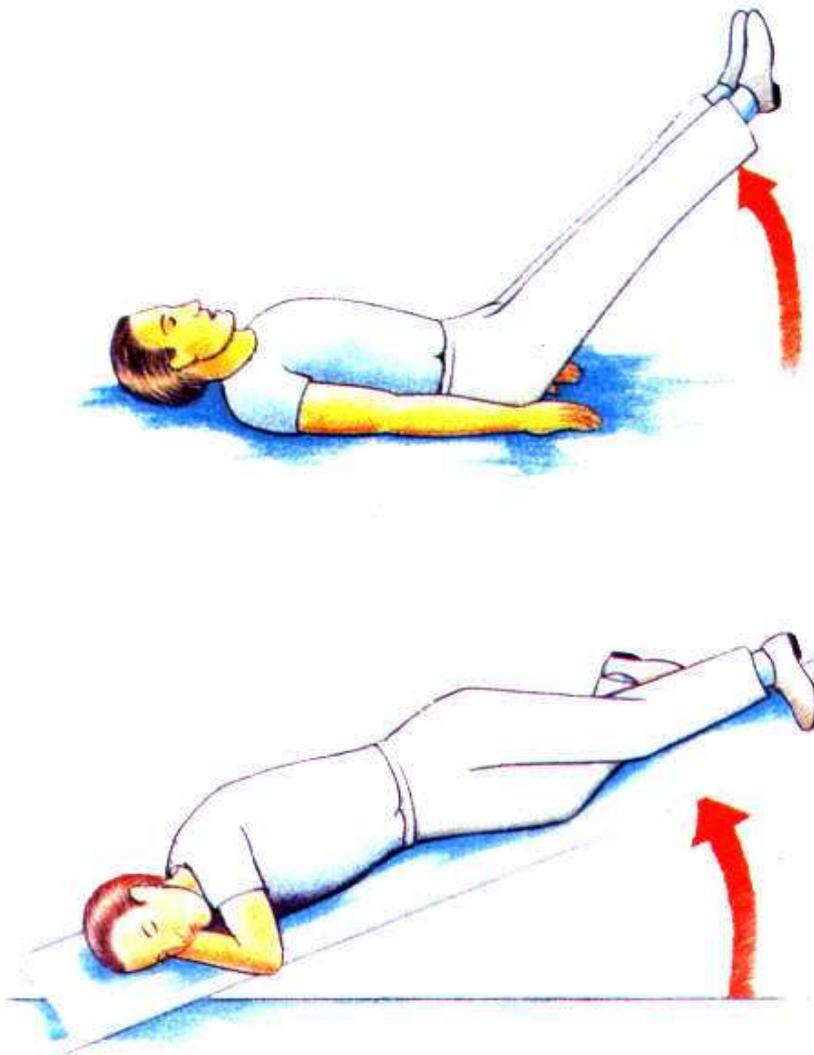


Figura 11. Posiciones "anti-shock" en heridos que han sufrido hemorragias o quemaduras graves.

5. Movilización de los heridos.

Recuerde que, como norma general, nunca hay que mover a un herido, y menos aún trasladarle por nuestra cuenta al Hospital. El transporte de heridos en accidente de tráfico debe hacerse en vehículos especiales para tal fin (ambulancias, transporte aéreo) y por personal profesional. Naturalmente, existen algunos casos en los que puede que no haya otro remedio. Por ejemplo, si el vehículo se incendia y sus ocupantes se encuentran en el interior, o si el auxiliador está sólo y no puede solicitar ayuda alguna.

En todo caso, no olvide que, si hubiera que trasladar a un herido, es fundamental inmovilizar el eje cabeza-cuello-tronco, y procurar dejar a la víctima en la posición más adecuada en cada caso. Tampoco debe olvidar que, cuando un herido se encuentra atrapado, sólo la ayuda especializada podrá liberarlo sin ocasionarle mayores lesiones.

6. Reevaluación periódica del herido.

La evaluación de todos y cada uno de los heridos debe mantenerse en todo momento hasta que acuda la ayuda sanitaria. Es frecuente que la situación de un accidentado pueda cambiar en unos pocos minutos. No deje de estar alerta por si fuera precisa su ayuda.

OTROS CONSEJOS IMPORTANTES

- Recuerde que la utilización del cinturón de seguridad, tanto por los ocupantes de asientos delanteros como por los de asientos posteriores, reduce la mortalidad casi a la mitad en caso de accidente de tráfico. No olvide que el cinturón debe ir colocado adecuadamente, de modo que no cruce el cuello del ocupante del vehículo. Los niños, deben viajar seguros: utilice los dispositivos adecuados a su edad; si les enseña a viajar siempre sentados y sujetos, protegerá su salud.
- Si utiliza motocicleta o ciclomotor, tenga en cuenta que la utilización del casco reduce la mortalidad y las lesiones graves a la mitad y que evita importantes secuelas neurológicas.
- No retire el casco a los heridos en accidente de motocicleta o ciclomotor.
- No dé nunca medicamentos a los accidentados. Ni siquiera para quitar el dolor.
- Tape, pero no en exceso, a los accidentados.
- Acompañe, tranquilice y anime siempre a los heridos y víctimas de los accidentes de tráfico.

CONSEJO FINAL: SI NO SABE COMO ACTUAR ANTE UN HERIDO, ES MEJOR QUE NO HAGA NADA





MINISTERIO
DEL INTERIOR

 *Dirección Gen. de Tráfico*