



Autores: Javier Martín Montes y Pedro Morales Criado. Técnicos de Emergencias de SAMUR-PC

CASO CLINICO SAMUR de USVB. ACTUACIÓN EN METRO DE MADRID.

Recibimos aviso en la USVB con código “arrollado de Metro” en la estación de metro de Pueblo Nuevo, nos comunica la central que nos activan como recurso más cercano y que el SVA viene de lejos,. Desde Metro la información es muy confusa, comunican que se trata de un varón de unos 24 años que se encuentra en las vías, pero se desconoce el estado.

PREGUNTA 1: ¿Cuál de estas acciones a adoptar sería la correcta?

- A. Como estamos relativamente cerca no pedimos más información y esperamos a llegar para obtenerla y así no interrumpimos a la Central.
- B. Informamos a la Central que somos un SVB y que debe enviar una USVA.
- C. Llamamos directamente a la Central por teléfono para obtener más información y así no bloqueamos las comunicaciones por radio..
- D. **Solicitamos permiso a la central para llamarles por teléfono para obtener más información, mientras repasamos el protocolo de actuación conjunta con metro de Madrid.**

PREGUNTA 2: A nuestra llegada el personal de seguridad nos hace señas desde la boca de metro, bastante alterados. ¿Qué es lo primero que debemos de hacer?

- A. Detenemos la unidad lo más cerca posible y descendemos rápidamente al andén para hacer una primera valoración.
- B. Detenemos la unidad lo más cerca posible del lugar del incidente, nos bajamos de la unidad con todo el material que creamos conveniente para la intervención y bajamos rápidamente para hacer una primera valoración.
- C. **Detenemos la unidad en zona segura y que nos facilite la logística del aviso, informamos a la central, y nos entrevistamos con seguridad de metro para obtener la mayor información sobre el incidente y actuar en consecuencia.**
- D. Esperaremos la llegada de la USVA para bajar juntos a atender al paciente.

PREGUNTA 3: Al entrevistarnos con seguridad de metro nos comentan que el paciente está en las vías pero desconocen gravedad y que hay bastante gente arremolinada en el andén y muy nerviosa. ¿Qué valoraríamos como primera prioridad en este caso?

- A. Solicitaríamos policía en el punto por presión social y no accederíamos al andén bajo ningún concepto hasta la presencia policial.

- B. Solicitaríamos policía en el punto, pero iríamos acercándonos rápidamente junto con personal de seguridad de metro al andén, porque son ellos los encargados de tu protección en estos casos.
- C. No Solicitaríamos policía hasta nuestra llegada al andén, y así podríamos valorar in situ la necesidad de la misma.
- D. No solicitamos policía ya que no tienen competencia dentro del Metro.

PREGUNTA 4: Una vez que nos encontramos en el andén de la estación ¿a través de que vía de comunicación transmitiremos a la Central de Comunicaciones toda la información que consideremos relevante?

- A. No hay cobertura de la red Tetra.
- B. A través de la emisora portátil de red tetra, de la cual disponemos. Utilizando la cobertura SAMUR METRO o a través de telefonía móvil si hay cobertura.
- C. Es imposible comunicar con la Central de Comunicaciones en el interior de Metro, hay que salir al exterior.
- D. Por medio de la telefonía fija que existe en las garitas de las estaciones.

PREGUNTA 5: A nuestra llegada al andén nos encontramos un varón en decúbito supino en una de las vías, no ha sido arrollado, el tren ha podido detenerse antes de hacerlo, está acompañado por una mujer que nos grita que es policía nacional de paisano y nos pide insistentemente que bajemos a atender al paciente. ¿Cómo actuaríamos en la siguiente situación?

- A. Esta mujer se constituye en autoridad y debemos seguir sus instrucciones.
- B. Como hay un tren detenido en la vía donde está el paciente entendemos que la circulación está cortada en dicha vía y podremos bajar a valorar al paciente.
- C. Al no estar presente el jefe de sector de METRO, no bajaremos a las vías bajo ningún concepto
- D. Pediremos al personal de seguridad de metro que localice al jefe de sector y haga acto de presencia en el andén o que confirme el corte de circulación de trenes en ambos sentidos para poder bajar a valorar al paciente.

PREGUNTA 6: En este mismo supuesto una vez que el jefe de sector nos autoriza a entrar en las vías y si el paciente estuviera en el interior de una interestacion (túnel) ¿Por dónde transitaríamos por el interior de dicho túnel?

- A. Intentaremos circular entre las dos vías por ser el sitio más regular, procurando no tocar los raíles por precaución ante posibles descargas eléctricas.
- B. Intentaremos circular entre los dos raíles que conforman la vía, sobre las traviesas ya que los raíles no llevan corriente eléctrica y ser el firme más regular.
- C. Intentaremos circular lo más pegados posibles a las paredes del túnel como medida de seguridad.

- D. No accederemos nunca a las intersecciones, siempre esperaremos que bomberos nos saquen al paciente a la zona de atención sanitaria.

PREGUNTA 7: Informamos a la central que vamos a acceder a las vías y procedemos a valorar al paciente.

VALORACION DEL PACIENTE: Paciente consciente, poco colaborador y muy nervioso, no para de repetir que "esta vida es una mierda", en la estimación inicial de gravedad las constantes vitales son:

- FC Taquicárdico (128 lpm)
- FR Taquipneico(hiperventilando) 32 rpm
- Simetría y expansión torácicas normales
- TA Mayor de 80, con buen pulso radial (lleno, fuerte y rítmico)
- SATO₂ 97%
- Relleno capilar menor de 2 segundos
- GLASGOW-15
- PUPILAS Isocóricas, medias y reactivas
- AVDN Alerta

No hay ninguna hemorragia que comprometa la estabilidad hemodinámica del paciente y procedemos a colocar collarín cervical y mantener en todo momento la alineación (cabeza-cuello-tronco) con control manual en todo momento.

A la entrevista con el paciente nos refiere hormigueo en ambas manos y agarrotamiento, encontrarse muy nervioso y deprimido y que ha tenido un problema con su pareja y quería acabar con todo.

Después de esta primera valoración al informar a la central ¿qué recurso/s cree oportunos para este incidente?

- A. Anularíamos el SVA al no impresionar de gravedad y a la estimación inicial de gravedad estar los signos vitales dentro de la normalidad, haciéndonos nosotros cargo.
- B. Mantendríamos el SVA que viene de camino para valoración, ya que a la valoración inicial algunos signos vitales no están dentro de la normalidad e informaríamos de ser susceptible de código especial y procediendo a activar el ROMEO.
- C. Anularíamos el SVA al no impresionar de gravedad y aunque a la estimación inicial algunos signos vitales no están dentro de la normalidad, pero activaríamos el ROMEO por ser susceptible de código especial.
- D. Mantendríamos el SVA que viene de camino para valoración ya que a la valoración inicial algunos signos vitales no están dentro de la normalidad y nos impresiona de gravedad.

PREGUNTA 8: ¿Qué código especial sería susceptible de activación en esta intervención?

- A. Código 33
- B. Código 15

C. Código 100

D. No es susceptible de ningún código especial.

PREGUNTA 9. Dentro del código 100 (Actuación coordinada para la prevención la prevención del suicidio) ¿Qué tipo de recurso/s tienen que trasladar a este paciente al hospital?

A. En soporte vital avanzado por el estado del paciente, junto con el psicólogo de guardia, al ser ambos los responsables de la transferencia de la información al psiquiatra de guardia.

B. En soporte vital básico por el estado del paciente.

C. En ambulancia psiquiátrica con orden de traslado forzoso cursada por SVA.

D. En soporte vital básico por el estado del paciente, junto con el psicólogo de guardia haciéndose este responsable de la transferencia de la información al psiquiatra de guardia.

PREGUNTA 10. ¿A qué hospital u hospitales se podrá derivar a este paciente?

A. Al hospital de referencia del punto de intervención por ser un paciente traumático.

B. Al hospital que corresponda por el domicilio del paciente por ser un paciente traumático.

C. A la unidad de psiquiatría del Gregorio Marañón, al tratarse este hospital el de referencia para este tipo de casos.

D. A la unidad de psiquiatría de la fundación Jiménez Díaz, al tratarse este hospital el de referencia para este tipo de casos.

COMENTARIOS:

En este tipo de intervenciones, de actuaciones conjuntas con metro, Renfe, etc. Consideramos importante ir repasando el protocolo de dichas actuaciones con el equipo de camino a la intervención, en la medida de lo posible, para a la hora de actuar no pasarnos nada por alto. También solicitaremos la mayor información a la Central por medio de los medios que disponemos.

La valoración de la escena es fundamental en todo tipo de actuaciones, pero en este caso al tratarse de un incidente en el Metro debemos ser especialmente exigentes con la Seguridad del Equipo a la hora de abordar al paciente, y obtener la máxima información por parte de personal de Seguridad del Metro, Jefe de Sector, testigos, etc...

No accederemos nunca al lugar de intervención sin la Seguridad del Equipo no está garantizada, en este caso tanto al andén como a las vías.

No se debe acceder a las vías sin conocimiento y autorización del Jefe de Sector u otro agente de Metro, que garantice la detención del tráfico de trenes antes de nuestro acceso a las vías.

En caso de necesitar acceder al interior de las interceptaciones (túneles), se debe circular entre los raíles que conforman la vía, sobre las traviesas, evitando siempre circular en el espacio existente entre las dos vías. Dicho espacio tiene el firme (basalto) irregularmente asentado, y existen en él registros, sumideros, etc., lo que hace peligroso transitar por esta zona. Los raíles y traviesas no tienen tensión eléctrica. Los cables situados en las paredes laterales de la interestación, no representan peligro, andando normalmente por el túnel.

En este caso al tratarse de la parada de metro de Pueblo Nuevo (L-7) tiene la cobertura Tetra, aprovechamos para hacer un pequeño recordatorio de las líneas que tienen cobertura TETRA: **L3, L7, L8, L10, L11 y L12. Además Metro Ligero (L1).**

En este caso finalmente es un intento autolítico, no queremos incidir tanto en el protocolo de la atención inicial al trauma, que debemos de todas formas, aplicar en este caso y si centrarnos más en hacer un pequeño recordatorio de la activación del **CODIGO: 100** (Protocolo de actuación coordinada para la prevención del suicidio)

Este protocolo será de aplicación a personas mayores de edad (18 años o más) con ideación o conducta suicida.

Afecta a todos aquellos pacientes cuyos traslados se deban a atenciones en las que ha intervenido una unidad de SVA (directamente o a requerimiento de una unidad de SVB o cualquier otra unidad del servicio) quedando al margen los traslados por UPSQ (Unidad psiquiátrica) tras orden médica de otros servicios externos u órdenes judiciales. Incluye también a aquellos pacientes con autolesiones o ideación suicida con intoxicación leve (capaz de mantener nivel de conciencia adecuado, es decir, alerta y mantenido durante la asistencia. GCS > 14)

Los traslados se realizarán en SVA siendo el médico y el psicólogo si ha estado presente en valoración, responsables de la transferencia de la información, que se realizará directamente con el psiquiatra de guardia, ya preavisado por la Central de comunicaciones.

El objetivo es detectar precozmente, por SAMUR-Protección Civil, personas con riesgo suicida en el ámbito de la emergencia extrahospitalaria, ofreciendo la derivación al programa de prevención de conducta suicida de la **Fundación Jiménez Díaz** (FJD).

Cualquier paciente susceptible de terminar siendo atendido en una unidad de cuidados intensivos hospitalarios quedará **descartado** de este código