

Actitud ante el atentado terrorista

J. L. Gilarranz Vaquero

SAMUR. Madrid

INTRODUCCIÓN

En las sociedades de nuestro entorno, una de las situaciones más complejas a la que deben hacer frente los servicios de emergencia sanitaria prehospitalarios es, sin duda, el atentado terrorista: tanto por el número y gravedad de los heridos como por el entorno en que se realiza la actuación.

Por desgracia, el fenómeno terrorista en España se ha convertido en una constante. En Madrid, particularmente, el terror ha golpeado de forma repetitiva y continua, especialmente en los últimos tiempos. Las organizaciones terroristas ETA y GRAPO han asesinado en Madrid a 156 personas, produciendo un número de tres a cuatro veces mayor de heridos de todo tipo. En cuanto al número de acciones, sirva el dato que desde 1997, con un año de tregua por parte de ETA en 1999, se han producido al menos 12 atentados en las calles de nuestra capital.

Los métodos empleados por los grupos terroristas van, desde el atentado selectivo realizado con armas de fuego contra personas, hasta el uso de coches bomba, pasando por el envío de paquetes y cartas bomba.

Desde su creación en 1991, el Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate (SAMUR-Protección Civil) del Ayuntamiento de Madrid, ha tenido el penoso deber de asistir a todos y cada uno de los atentados producidos en la capital del Estado. Por ello se ha acumulado una gran experiencia en realizar la asistencia sanitaria a este tipo de sucesos, en especial a los que producen múltiples víctimas. El total de víctimas en nuestra ciudad ascien-

de en la actualidad a 120, las víctimas fueron producto de 9 bombas, 12 paquetes bomba, 4 ametrallamientos, 6 tiroteados, 2 granadas y 42 coches bomba.

El presente artículo pretende, desde la experiencia acumulada por este Servicio, intentar sistematizar la actuación del personal prehospitalario que debe atender *in situ* a las víctimas de atentados terroristas.

OBJETIVOS

Concienciar a las autoridades con responsabilidad en el área de salud de crear y mantener estructuras prehospitalarias que puedan dar respuesta sanitaria, en tiempo real, a este tipo de situaciones.

Concienciar al personal sanitario interviniente de la necesidad de la protocolización de la actuación.

Diseñar las normas básicas de actuación ante el atentado terrorista (1).

NORMAS GENERALES DE ACTUACIÓN

El entorno en que se desarrolla la actuación va a marcar de forma muy importante la misma. En especial cuando el atentado ha producido un alto número de víctimas. Esto es lo que marcará la diferencia con los estándares protocolizados de los accidentes de múltiples víctimas. Hay que prestar especial atención al contexto jurídico-legal que este tipo de casos conlleva, así como en las medidas de autoprotección que en estos casos deben adoptarse.

A través de este artículo proponemos un Decálogo de Actuación Prehospitalaria para este tipo de situaciones, sistematizando un procedimiento que permita a los diversos Servicios de Asistencia Prehospitalaria, adaptar sus Protocolos de Actuación.

En los próximos apartados expondremos la actuación a realizar en los atentados con múltiples víctimas en un entorno urbano, en el que se han producido de forma habitual los atentados en España.

ALERTA

Se define como “*la actitud que permite afrontar de forma positiva, activa y adaptada, la resolución de un problema determinado*”.

Esto implica, en los atentados terroristas, disponer de forma inmediata de una serie de recursos e infraestructuras que permitan dar respuesta protocolizada y en tiempo real, a los devastadores efectos de un atentado terrorista.

Se debe contar con una central de comunicaciones fiable que permita mantener éstas y, a su vez, ser reconocida como tal por el resto de centrales de comunicación de las otras instituciones intervinientes. Los operadores de dicha central deben estar entrenados para confirmar, seleccionar y evaluar la información que les llega en los primeros momentos posteriores al atentado ya que llegará información parcial e incluso contradictoria y no siempre definida como atentado.

El Servicio de Asistencia Prehospitalaria (SAP), deberá disponer de recursos suficientes para dar respuesta, en tiempo y forma, al pico de consumo y uso en el propio lugar del atentado.

El personal interviniente sanitario, debe contar con la formación y el entrenamiento necesario y suficiente para aplicar los Protocolos de Actuación existentes y utilizar y desplegar los materiales específicos del manejo de un suceso con múltiples víctimas.

ALARMA

En esta fase se activa el operativo dispuesto y planificado durante el apartado anterior. Incluye el análisis de las llamadas entrantes y la selección, envío y desplazamiento del personal y equipo necesarios.

La Central de Comunicaciones deberá realizar la siguiente toma de datos:

- ¿Qué ocurre?
- ¿En qué lugar exacto?
- Número de heridos
- Tipo de atentado

- Peligros añadidos
- Seguridad de la zona
- Si la llamada entra por un particular, además:
 - ¿Quién llama?
 - ¿Desde dónde?
 - ¿Desde qué número de teléfono?

En muchos casos, al entrar la incidencia por varias fuentes diferentes, se deben analizar, por parte del responsable de la Central de Comunicaciones, todos los datos obtenidos parcialmente en cada una de las llamadas para tener una visión global del hecho. Asimismo deberá contactar con el resto de centrales para confirmar y/o difundir la alerta en su caso y recabar los apoyos necesarios, así como alertar a los hospitales competentes en la recepción de las víctimas.

En la selección de unidades para su envío deberá primar la proximidad sobre la calidad para disponer de información *in situ* lo antes posible. Se deberá enviar el número de unidades suficiente para dar respuesta al incidente sin olvidar dar cobertura al resto de la población, extremo éste de vital importancia para lo cual proponemos el disponer de varios canales de comunicaciones vía radio, con el fin de aislar el incidente del operativo habitual que necesariamente continúa.

APROXIMACIÓN

Se debe llegar al lugar del siniestro por el camino más seguro, más rápido y más corto, por este orden. Debido a la magnitud del atentado, es posible que, desde la Central de Comunicaciones, se den las rutas más seguras de acceso. Se deberá primar este criterio sobre cualquier otro.

Al llegar al punto se deberán tomar todas las medidas de precaución posibles, como son el distanciamiento de los vehículos del lugar de impacto y seguir las instrucciones dadas por las fuerzas policiales presentes (2).

Para la primera unidad en llegar deberá primar la información y el bloqueo de la evacuación indiscriminada de víctimas, sobre la actuación. Se informará sobre:

- Lugar exacto de actuación.
- Vías de acceso y evacuación.
- Número de heridos y situación.
- Necesidades de refuerzos (calidad y cantidad).
- Riesgos sobreañadidos.
- Identificar y contactar con el responsable policial en el lugar.

Se deben fomentar las medidas de autoprotección, tales como:

- Evitar la estancia mas allá de lo estrictamente imprescindible en el área de impacto.
- El uso obligatorio de casco y gafas de protección.
- Valorar el uso de chalecos antifragmentos.
- Uso de uniformidad e identificaciones de alta visibilidad.

AISLAMIENTO

Se define como el acotamiento del lugar. En este tipo de incidencias, correrá a cargo de la Policía, por lo que el responsable sanitario deberá acordar con el mando policial los circuitos de entrada y salida, el lugar de atención de los pacientes y su filiación.

Se debe, en lo posible, evitar mover y tocar elementos de la escena del siniestro como medida de autoprotección y para no entorpecer la posterior labor de la Policía Científica.

En este momento, se debe realizar una segunda evaluación del alcance real del atentado y de las necesidades de apoyo.

Las tres zonas clásicas de acotamiento de la actuación sanitaria, quedan como sigue:

- Zona de impacto: atención *in situ*, Soporte Vital Básico Instrumental (SVB- I).
- Zona de Socorro: Puesto Médico Avanzado (PMA) y Soporte Vital Avanzado (SVA).
- Zona de cuidados definitivos: hospital.

TRIAGE Y/O CLASIFICACIÓN

Por experiencia, los atentados producen un número limitado de heridos graves o muy graves, un número ligeramente superior de heridos de urgencia diferida y un elevado número de heridos leves (estos últimos suelen aparecer de forma intermitente hasta dos horas después del atentado).

Se debe realizar una Clasificación, salvo en situación de catástrofe que realizaremos *triage*, de las víctimas en el lugar del atentado en función del criterio de gravedad lesional. En un atentado es posible la atención sanitaria individualizada.

Estas tareas se realizarán en la zona de impacto, zona de socorro, zona de cuidados definitivos y al inicio de la evacuaciones.

SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO

Conjunto de técnicas que tienen por objeto sustituir, restablecer y estabilizar las funciones respiratorias y cardiovasculares.

El Soporte Vital Avanzado (SVA) deberá reali-

zarse *in situ*, aunque en realidad en el caso del atentado proponemos que sólo se realicen en el lugar técnicas de Soporte Vital Básico Instrumental realizando seguidamente el traslado hacia el punto de evacuación y/o PMA donde se realizarán las técnicas avanzadas de SVA.

El SVB instrumental debe mantener la vía aérea permeable mediante la aplicación de cánulas de Guedel, ventilación con balón resucitador y masaje cardiaco externo si lo precisa y control de la hemorragia por compresión directa sobre el punto sangrante.

El SVA debe ser traumatológico ya que un atentado produce este tipo de lesionados. Deberá realizar:

1. *Permeabilidad de la vía aérea con control cervical*: intubación endotraqueal, cricotiroidotomía, punción cricotiroidea.
2. *Soporte ventilatorio*: utilización de oxígeno, balón resucitador y respirador, tratamiento de neumotórax abierto, hemo-neumotórax, etc.
3. *Soporte circulatorio*: canalización venosa, administración de líquidos intravenosos, drogas, analgesia y masaje cardiaco externo en su caso.
4. *Control del déficit neurológico*.
5. *Exposición completa del paciente*: con especial atención a la hipotermia. Inmovilización y fijación de la columna vertebral. Tracción y alineamiento de fracturas.

ESTABILIZACIÓN

Por parte del servicio actuante se debe organizar rápidamente un PMA (3).

El PMA no corresponde necesariamente a una estructura física, a nuestro juicio es un concepto. “*El lugar donde se concentra, clasifica y estabiliza a las víctimas, así como desde donde se organiza la evacuación dirigida de las mismas*”.

La estabilización debe realizarse en el Puesto Médico Avanzado, en este punto se conseguirá el aislamiento definitivo de la vía aérea, control circulatorio e inmovilización adecuada.

Operativamente, el PMA debe ser utilizado para:

- Impedir evacuaciones indiscriminadas.
- Concentrar a las víctimas.
- Punto de filiación.
- Evacuación dirigida y en recursos adecuados de víctimas al centro útil.
- Permitir la activación del Plan de Emergencia Externo de los hospitales de evacuación.

Lo expresado anteriormente, no implica que se demore gratuitamente la evacuación al hospital, más bien con las medidas enumeradas se pretende estabilizar al paciente y posteriormente trasladarle a un centro útil donde le esperan. Lo contrario podría suponer a nuestro juicio el deterioro irreversible en el lugar o durante el

traslado, y al trasladar al paciente a centros no útiles, simplemente trasladamos el problema de sitio.

Un aspecto al que hay que prestar especial atención es el relacionado con la logística, el disponer de los medios precisos en el lugar adecuado en el momento correcto, se revela como fundamental.

TRANSPORTE

Una vez estabilizado el paciente, se procederá al traslado al centro hospitalario útil definido.

Este transporte debe reunir las siguientes características:

- Debe ser el más óptimo disponible en función de la lesión del paciente.
- Estar dirigido y organizado.
- Utilización de rutas de salida marcadas por la policía.
- Se debe realizar con escolta policial.

Para poder coordinar todos los vehículos de transporte sanitario, se hace necesario crear una Zona de Espera de Ambulancias, con lo que se consigue descongestionar además las zonas de impacto y asistencia. En ella se realizan las siguientes acciones:

- Ordenar los vehículos según sus distintas calidades asistenciales.
- Establecer carriles de entrada y salida unidireccionales.
- Situarla en zona conocida, visible y accesible. Próximo al PMA

TRANSFERENCIA

Consiste en realizar la entrega del paciente al equipo médico del hospital, comunicando verbalmente y por escrito el tipo de mecanismo lesional, estado inicial del paciente, maniobras realizadas, estado actual y las novedades que hubiera.

En el caso del atentado terrorista, se debe tener especial atención en dar al hospital la mayor información posible sobre lo encontrado y realizado y sobre la filiación del paciente.

En todo caso, la transferencia se intentará agilizar todo lo posible, utilizando para ello el preaviso hospitalario realizado por la Central de Comunicaciones.

REACTIVACIÓN DEL SISTEMA

Se debe realizar la limpieza y reposición del material utilizado de forma eficiente y rápida para volver al operativo y a la situación de alerta.

En el caso que nos ocupa puede que sea necesaria la vuelta del equipo a la Zona de Espera de Ambulancias para disminuir los tiempos de llegada, debe planearse la utilización de escoltas policiales también a la vuelta.

PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DEL SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID ANTE UN ATENTADO TERRORISTA

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

- Protocolo de actuación ante actos criminales.
- Protocolo de accidente de múltiples víctimas.
- Protocolo de actuación con Cuerpo Nacional de Policía.
- Protocolo de emergencia de la Central de Comunicaciones.
- Protocolo de la respuesta integral del Ayuntamiento de Madrid.
- Convenio para la Coordinación y Atención de Urgencia Extrahospitalaria y Emergencia Sanitaria entre la Comunidad de Madrid, el Ayuntamiento de Madrid, el Instituto Nacional de la Salud y la Cruz Roja Española (4,5).

MEDIOS MATERIALES

Los materiales definidos para la actuación en un atentado terrorista, aparte de las Unidades de Soporte Vital Avanzado y Básico de los que se dispone permanentemente, son:

- Ambulancia para Rescates Especiales, con material para acceso a víctimas en lugares difíciles, asistencia sanitaria en altura y en subsuelo (2).
- Vehículo de Primera Intervención, dotado con material de protección respiratoria (autónomos), trajes de protección NBQ, material sanitario, equipos de comunicación, chalecos antidesfragmentación, camillas, tiendas de montaje rápido, PMA y grupo electrógeno para iluminación del lugar.
- Puesto Médico Avanzado, de fácil movilización y despliegue, con autonomía para siete días. Tiene capacidad de dar soporte a 25 pacientes críticos, 100 pacientes no críticos y albergar 40 cadáveres. En el caso de atentado terrorista, se desplegarían sólo el módulo de críticos que va transportado en un camión de rescate sanitario que permitiría el despliegue en ocho minutos, contados desde su llegada a la zona
- Central Móvil de Comunicaciones, que permite crear una malla de comunicaciones propias a la zona, además de usarse como servidor para el sistema informático de tratamiento, clasificación y evacuación de heridos.

—Farmacia móvil, vehículo ideado como almacén para reequipar a las Unidades de Intervención *in situ*.

—Vehículo de Apoyo Logístico y Avituallamiento, pensado como elemento de descanso para los intervinientes, pero utilizable para agrupar y cobijar a los damnificados ilesos.

—Remolque para accidentes con múltiples víctimas, se trata de un remolque ligero cuya misión es transportar el material para señalar las zonas de concentración de heridos en función de su clasificación y material de transporte (camillas tipo OTAN) así como material de SVB.

—Esta estructura se pone en el lugar del suceso rápidamente, para organizar cuando es preciso el punto de concentración de víctimas, previo al Puesto Médico Avanzado (PMA).

RESPUESTA INTEGRAL DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID

La integración de los tres Cuerpos de acción inmediata, Policía Municipal, Bomberos y SAMUR- Protección Civil, del Ayuntamiento de Madrid, permite que la respuesta en caso de atentado sea precoz y coordinada para garantizar su resolución y el pronto restablecimiento de la convivencia ciudadana (6,7).

Significa que al entrar la información por cualquiera de las centrales de emergencia, ésta pasa automáticamente a las otras, lo que desencadena la respuesta protocolizada del resto, en función del tipo de atentado. Permite el trabajo de todos para conseguir optimizar los medios y disminuir los tiempos y costes (8).

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN CON EL CUERPO NACIONAL DE POLICÍA

Permite la máxima colaboración entre los componentes de ambos Cuerpos como garantía de la eficacia de la actuación, dentro de las respectivas competencias y misiones específicas de cada uno.

En el caso específico de actuación de atentado terrorista, se especifica:

—Toda actuación coordinada entre el Cuerpo Nacional de Policía y el Departamento SAMUR Protección Civil, estará bajo las directrices de la Circular 50 del Cuerpo Nacional de Policía.

—Para coordinación en la zona del siniestro, se presentarán los responsables de ambos dispositivos, estableciendo los mecanismos de coordinación y comunicación entre ambos Cuerpos.

—En el caso de diagnóstico clínico de muerte, se realizará según el correspondiente protocolo genérico.

—Si procede a la reanimación, se respetará en la medida de lo posible:

- Manos, no se tocarán pulpejos ni surcos ni lechos ungueales.

- Orificios naturales, máximo si presentan lesiones o restos de sustancias relacionadas con la muerte.

- Ropas:

- Se cortarán respetando marcas derivadas del mecanismo de lesión.

- En el caso de desnudar a la víctima, se aislará la ropa en una bolsa, teniéndola localizada hasta su entrega a la Policía.

- Se separará el material utilizado en la reanimación del existente en el lugar de los hechos.

- Si no procede la reanimación o una vez finalizada esta sin éxito:

- No se tocará nada del lugar de los hechos.

- Se abstendrán de depositar materiales ajenos al lugar.

- No se utilizarán las restantes dependencias del lugar de los hechos.

- En caso de diagnosticar el fallecimiento, se emitirá parte judicial oficial en el documento correspondiente, reseñando este hecho en el informe de asistencia.

- Se incluirá en el informe de asistencia, los siguientes datos:

- Últimas palabras de la víctima, si las pronunció, al equipo sanitario actuante.

- Aspecto inicial del cadáver y del lugar si éste se modifica por el equipo actuante.

- Medidas de reanimación utilizadas.

PROCEDIMIENTOS DE LA CENTRAL DE COMUNICACIONES Y MÚLTIPLES VÍCTIMAS

Proporcionan las instrucciones precisas para que todos los elementos que conforman el Departamento actúen de forma conjunta y eficaz. Sus líneas directrices fundamentales para el caso de los atentados terroristas son (9,10):

Central de Comunicaciones

- Recibido el aviso, y conforme a la información recibida, lo catalogará como atentado con múltiples víctimas.

- Comenzará a enviar unidades primando la proximidad sobre la calidad.

- Informará al Jefe de División de Guardia que acudirá al lugar del siniestro.

- Informará al Directivo de Guardia que acudirá al lugar del siniestro, siendo el máximo responsable del Departamento en la intervención, y coordinándose con el resto de Instituciones Municipales y no Municipales intervinientes.

—Dará una llamada general a toda la red para decretar *silencio en radio* salvo motivos de traslado.

—Coordinación con el resto de Fuerzas y Cuerpos intervinientes.

—Redistribución de las unidades operativas libres.

—Anula todas las claves de inoperatividad de unidades (descanso, limpieza, mantenimiento, etc.)

—Informar a la Unidad de Coordinación Interhospitalaria (UCIH) para definir los hospitales de traslado y comunicárselo al responsable de evacuación en el lugar del atentado.

—Ser muy restrictivo a la hora de gestionar respuestas a petición de asistencias no relacionadas con el accidente de múltiples víctimas, intentado confirmar la presencia de heridos y/o enfermos antes de enviar recursos.

Primera unidad en llegar

—Prima la información y el bloqueo de evacuación indiscriminada de víctimas que la asistencia.

—Asegurar las comunicaciones.

—Valoración somera del siniestro.

—Número de víctimas.

—Mecanismo lesional predominante.

—Cualquier situación que modifique la respuesta.

—Clasificar a las víctimas.

Función del Jefe de División de Guardia

—Se define como el responsable operativo del Departamento en el siniestro.

—Distribuirá las tareas al operativo del servicio actuante conforme vayan llegando al lugar.

—Dará la orden para la movilización de los recursos extraordinarios disponibles anteriormente descritos.

—Establecerá una zona de atención de pacientes leves en lugar bien visible.

—Pondrá en conocimiento de los responsables del resto de Instituciones actuantes la localización de dicho puesto de atención para dirigir hacia él el flujo tardío de lesionados.

—Mantendrá continuamente informados a la Central de Comunicaciones, al Directivo de Guardia y a los responsables de relaciones externas sobre el siniestro.

Funciones del Directivo de Guardia

—El Directivo de Guardia es el máximo responsable funcional del Departamento.

—Se coordinará con los responsables del resto de las instituciones intervinientes del siniestro.

—Supervisará la coordinación y control de todo el dispositivo del Departamento, recibiendo información puntual sobre el evento de la central de comunicaciones y del Jefe de División de Guardia.

—Se encargará de obtener el máximo posible de datos de las víctimas. Como mínimo deberá conseguir que se registre antes de las evacuaciones:

- Sexo.
- Filiación, si es posible.
- Edad aproximada.
- Lesiones.
- Unidad que evacua.
- Hospital de destino.

—Decidirá alertar o no al Jefe del Departamento, o en su defecto a su adjunto. Si lo hiciera se encargará de mantener informados a dichos responsables sobre el alcance y la evolución del siniestro.

—Si hay damnificados se encargará de solicitar apoyo al SITADE (Servicio de Asistencia Social) y colaborar en la oficina de información a los familiares que monte el citado servicio social.

—Organizará una ronda de visitas a los hospitales donde hayan sido evacuados los heridos para completar la afiliación de las víctimas.

—En caso de que el accidente se magnificara o alargara en el tiempo, valorará la activación del Procedimiento Municipal de Emergencia Sanitaria (PMES).

Funciones del Responsable de Relaciones Externas

Un responsable de Relaciones Externas acudirá al lugar del siniestro. Será el encargado de informar a los medios de comunicación, por lo que deberá recabar datos sobre el evento. Se le derivarán, por parte de la Central de Comunicaciones, todas las llamadas demandantes de información por parte de los medios de comunicación, con el objetivo de descongestionar aquello.

Informe definitivo y evaluación

—Al final de la actuación sanitaria el atentado se emitirá al Jefe del Departamento un informe especial, con copia para los responsables de la Sección de Operaciones y de Voluntarios, por parte del Jefe de Guardia, con el visto bueno del Directivo de Guardia. Se debe adjuntar el informe realizado por la Central de Comunicaciones.

—Se realizará una reunión de evaluación técnica sobre intervención entre los responsables del Servicio.

Bibliografía

1. Camino López A, Jiménez Jurado JF. Elementos Conceptuales en la actuación médica urgente. Puesta al Día en Urgencias Emergencias y Catástrofes. Madrid: Arán Ediciones, S.A., 2000; 1 (2): 85-8.
2. Curso de Conductores de UVI – Móvil y Técnicos en Emergencias. Unidad Docente SAMU. Sevilla, 1997.
3. Grupo de Trabajo de Asistencia Inicial al Paciente Traumático de SEMES. Recomendaciones Asistenciales en Trauma Grave, Madrid: Editorial Edicomplet, 1999
4. Plan de Emergencias Municipal del Ayuntamiento de Madrid (PEMAM). Ayuntamiento de Madrid.
5. Procedimiento Municipal de Emergencias Sanitarias. Departamento de SAMUR – Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid.
6. Noto R, Huguenard P, Larcan A. Medicina de Catástrofe. Masson.
7. Urgencias y Emergencias: un modelo de coordinación Institucional, Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Coordinación Administrativa. Madrid, 1999.
8. Medina J, et al. Predicción de la supervivencia mediante Trauma Score Revisado en el paciente traumatizado grave atendido por un servicio de emergencias médicas urbano. Emergencias 1998; 10:165-6.
9. Álvarez Leiva C, Chuliá V, Hernando Lorenzo A. Manual de Asistencia Sanitaria en las Catástrofes, Madrid: Editorial Libro del Año, 1992.
10. Manual de Procedimientos del Departamento SAMUR – Protección Civil.