

EDITORIAL

17 A. Atentado terrorista en Barcelona: primeras impresiones*August 17: First reflections after the terrorist attack in Barcelona*Joan Sala Sanjaume¹, Jorge Morales Álvarez², Xavier Castillo Paramio³

La experiencia de los atentados del 11 marzo de 2004 en Madrid¹⁻⁵ es un punto de inflexión donde los servicios de emergencias médicas empezamos a reflexionar sobre cómo hacer frente a estos eventos y especialmente tras el cambio de paradigma en la utilización de los métodos para cometer atentados. Las experiencias de Boston^{6,7}, Londres^{8,9}, París^{10,11} o Niza¹² entre otras, muestran diversas formas de actuar y escenarios tan diferentes que condicionan respuestas distintas según el entorno que las envuelve.

Desde el Plan Nacional de Urgencias de Cataluña y desde el Servicio de Emergencias Médicas (SEM) mismo, en los últimos meses, se ha estado trabajando en la planificación de la respuesta, la coordinación interinstitucional y las acciones formativas en situaciones de incidentes de múltiples víctimas (IMV), especialmente derivadas de un atentado terrorista.

El pasado 17 de agosto, una de las calles más emblemáticas y concurridas de la ciudad de Barcelona, las Ramblas, fue testigo de un brutal atentado mediante el atropello masivo con una furgoneta. El terrorista recorrió 550 metros causando un total de 139 víctimas, de las cuales 14 han fallecido; 13 en el lugar del incidente y una como consecuencia de las heridas recibidas.

La central de coordinación sanitaria (CECOs) recibió la primera alerta a la 16:55 h, confirmando que se trataba de un atentado terrorista, con un alto número de víctimas previsiblemente graves. Inmediatamente, se activó el procedimiento de IMV del SEM; de forma paralela, Protección Civil puso en marcha el PROCICAT¹³ y se constituyó un comité de crisis en la sede central del SEM.

Durante el incidente, la CECOs activó de forma inmediata las primeras unidades asistenciales y el mando operativo. La primera unidad llegó al lugar a los 6 minutos de la alerta. Se reorganizó la CECOs, con una parte dedicada a la actividad ordinaria, creando una subcentral con recursos dedicados específicamente al IMV, con un canal de comunicación de radio exclusivo. Simultáneamente, se alertaron 12 hospitales de Barcelona y del área metropolitana, varios de ellos con características de centro traumatológico (*trauma center*), así como centros de urgencia de atención primaria (CUAPS).

El lugar del atentado era un escenario abierto, con edificios altos a los laterales y varias calles que desembocan en las Ramblas. Este hecho permitió el refugio de peatones y heridos, así como generar varios puntos de atención médica simultánea.

El jefe operativo (YVIRO) accedió por la zona norte de las Ramblas y priorizó varias acciones iniciales, efectuando un primer triaje, tipo SHORT¹⁴ de norte a sur, coordinando la actuación *in situ* de las unidades, solicitando los recursos adicionales necesarios y estableciendo los puntos de acceso y atención para las unidades del SEM. Inicialmente el YVIRO creó un área sanitaria virtual, y distribuyó las unidades en los focos de máxima concentración de víctimas, desde donde se realizó la asistencia y se priorizó los traslados de pacientes rojos quirúrgicos. El primer paciente llegó al hospital antes de los 30 minutos tras la alerta.

Paralelamente, a los 8 minutos de la primera llamada, el jefe territorial del SEM de Barcelona, junto con los mandos de Guardia Urbana de Barcelona (GUB), Bomberos de Barcelona y el Cuerpo de Mossos d'Esquadra crearon el centro de mando avanzado (CMA), ubicado en la parte norte de las Ramblas.

Dada la posibilidad de la existencia de tirador activo, se reorganizaron los recursos en dos áreas sanitarias bien delimitadas; el Área Sanitaria 1 al norte, dentro de un edificio comercial, y el Área Sanitaria 2 al sur, a cielo abierto, estableciendo el CECOs canales de comunicación diferenciados para cada una de las dos áreas sanitarias. Esta amenaza propició que algunos pacientes y una gran cantidad de peatones se refugiaron y quedarán confinados en diversos establecimientos durante varias horas. Tras el segundo aviso de zona no segura y con los pacientes críticos ya evacuados, se consolidó el Área Sanitaria 2 sur.

Las unidades de Intervención y soporte de servicios especiales (UIS) entraron en zona caliente realizando una noria de evacuación interna de varios pacientes, entre ellos un neurocrítico, que fue el último paciente rojo en ser evacuado (01:50 h tras la alerta). Una vez establecidas las áreas sanitarias, se realizó un triaje tipo META¹⁵. Así mismo, se estableció un área de soporte psicológico y una unidad de emergencias sociales, am-

Filiación del autor: Sistema de Emergencias Médicas de Cataluña, España.

Contribución del autor: Los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Información para correspondencia: Xavier Castillo Paramio. Sistema de Emergencias Médicas de Cataluña, España.

Correo electrónico: xaviercastillo@gencat.cat

Información del artículo: Recibido: 31-08-2017. Aceptado: 1-9-2017. Online: 6-9-2017.

Editor responsable: Óscar Miró, MD, PhD.

bas operativas, hasta verificar que se habían evacuado a todas las personas confinadas.

El recuento final de víctimas en ambas áreas sanitarias fue de 17 pacientes rojos, 32 amarillos y 77 verdes. Se distribuyeron en 10 hospitales y 7 CUAP, según criterio de gravedad y coordinado por el CECOs. Todos los pacientes críticos fueron trasladados a centros de alta tecnología. No se efectuó ninguna rederivación a un centro de mayor complejidad. Todos los traslados posteriores que se han efectuado han sido por reagrupación familiar y la mortalidad a las 24, 72 horas y a los 7 días ha sido del 0%. Además, en las horas posteriores al incidente, acudieron a los servicios de atención primaria y algunos hospitales un número importante de afectados solicitando asistencia psicológica y policontusiones.

Se movilizaron un total de 50 unidades, 12 de las cuales pertenecen a municipios colindantes a Barcelona. De ellas, 17 unidades de soporte vital avanzado (SVA), 17 de soporte vital básico (SVB), 2 de soporte logístico y 5 vehículos de transporte sanitario no urgente. El dispositivo se consideró finalizado a las 10:00 h. del 18 de agosto de 2017.

Hay que mencionar que paralelamente al atentado de Barcelona y fuera de la escena principal del atentado, se produjo un atropello en un control policial con una víctima hallada posteriormente y varias horas después, en el municipio de Cambrils, a la 01:00 h, un segundo atentado con 6 víctimas, una de ellas mortal. A pesar de considerarse parte del mismo suceso, su separación en tiempo y distancia no modificó la actuación de los equipos de emergencia.

En el momento de escribir estas líneas, se mantiene la fase de postemergencia, con la coordinación de la información de los pacientes ingresados. Se ha establecido un comité de seguimiento de los pacientes con afectación psicológica que fueron atendidos durante la fase de emergencia, con el objetivo de garantizar la transferencia de estos a las estructuras de atención primaria y salud mental.

Sin duda, después de una revisión estructurada y exhaustiva, encontraremos aspectos de mejora y aprendizaje para futuros incidentes, ya sean atentados terroristas o de otra índole. El cambio de paradigma de los métodos de perpetrar atentados obliga a los servicios de emergencias médicas a reflexionar sobre aspectos como la estructura organizativa, la validez de un método único de triaje, la coordinación con los cuerpos de seguridad y de rescate, los equipos de protección individual y la formación que se debe priorizar. Todo con una visión crítica e interdisciplinar que fomente el aprendizaje para el servicio actuante y otros sistemas de emergencias.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación

Los autores declaran la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial

Agradecimientos

Los autores quieren hacer un reconocimiento expreso a la labor de los profesionales del SEM el 17 de agosto de 2017, día del atentado en Las Ramblas de Barcelona. Esta editorial está basada en los datos y circunstancias que ellos generaron y vivieron en primera persona.

Bibliografía

- 1 Corral Torres E. El 10-M. Editorial. Emergencias. 2004;16:45-6.
- 2 Miquel Gómez A. El 11 de marzo: Visión de la atención sanitaria del SUMMA 112. Emergencias. 2004;16:47.
- 3 Moreno Millán E. La respuesta sanitaria al 11-M: Un modelo de efectividad y calidad profesional y de entrega humanitaria. Emergencias. 2004;16:49-50.
- 4 Corral Torres E. Comentario Atentados 11 de marzo. Prehospital Emergency Care (Ed. Esp.). 2008;1:3-4.
- 5 Corrales Magin E. Atentados del 11-M en Madrid: reflexiones 5 años después. Emergencias. 2009;21:141-2.
- 6 Biddinger PD, Baggish A, Harrington L, d'Hemecourt P, Hooley J, Jones J, et al. Be prepared--the Boston Marathon and mass-casualty events. N Engl J Med. 2013;368:1958-60.
- 7 Gates JD, Arabian S, Biddinger P, Blansfield J, Burke P, Chung S, et al. The initial response to the Boston marathon bombing: lessons learned to prepare for the next disaster. Ann Surg. 2014;260:960-6.
- 8 Lockey DJ, Mackenzie R, Redhead J, Wise D, Harris T, Weaver A, Hines K, Davies GE. London bombings July 2005: the immediate pre-hospital medical response. Resuscitation. 2005;66:ix-xii.
- 9 Aylwin CJ, König TC, Brennan NW, Shirley PJ, Davies G, Walsh MS, Brohi K. Reduction in critical mortality in urban mass casualty incidents: analysis of triage, surge, and resource use after the London bombings on July 7, 2005. Lancet. 2006;368:2219-25.
- 10 Service Médical du RAID. Tactical emergency medicine: lessons from Paris marauding terrorist attack. Crit Care. 2016;20:37.
- 11 Hirsch M, Carli P, Nizard R, Riou B, Baroudjian B, Baubet T, et al; health professionals of Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP). The medical response to multisite terrorist attacks in Paris. Lancet. 2015;386:2535-8.
- 12 Carles M, Levraut J, Gonzalez JF, Valli F, Bornard L, et al. Mass casualty events and health organisation: terrorist attack in Nice. Lancet. 2016;388:2349-50.
- 13 http://interior.gencat.cat/web/.content/home/030_arees_dactuacio/proteccio_civil/plans_de_proteccio_civil/plans_de_proteccio_civil_a_catalunya/documents/proccat.pdf
- 14 Peláez Corres MN, Alonso Giménez-Bretón J, Gil Martín FJ, Larrea Redín A, Buzón Gutiérrez C, Castelo Tarrío I. Método SHORT. Primer triaje extrahospitalario ante múltiples víctimas. Emergencias. 2005;17:169-75.
- 15 Arcos González P, Castro Delgado R, Cuartas Álvarez T, Garijo Gonzalo G, Martínez Monzón C, Peláez Corres N, et al. The development and features of the Spanish prehospital advanced triage method (META) for mass casualty incidents. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2016;24:63.