

Experiencia tras el atentado de Las Ramblas

J. Balcells Ramírez

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

La semana del 17 de agosto de 2017 era una semana típicamente estival con una actividad moderada en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), con el pensamiento y el estado de ánimo dividido entre el de aquellos que acababan de finalizar su periodo de vacaciones y el de los que estaban a punto de empezarlo. Súbitamente, a las 17:05 h, la ciudad de Barcelona pasó de ser un consolidado y atractivo destino turístico a ser el epicentro de un nuevo acto de barbarie. Consecuentemente, en la UCIP el estado de ánimo derivó hacia la rabia y dolor por ser testigos de semejante atrocidad en nuestra propia ciudad, mientras el pensamiento solo se centraba en la responsabilidad de dar la mejor respuesta posible para mitigar al máximo el dolor y daño causados. En los siguientes minutos y horas la respuesta de todos los sistemas de emergencias (sanitario, bomberos y cuerpos/fuerzas de seguridad) permitió salvar no pocas vidas, pero los momentos y escenarios vividos han dejado numerosos elementos para la reflexión y el análisis.

DE LOS AFECTADOS

Ante el aviso de un incidente con múltiples afectados, el primer pensamiento va a parar indefectiblemente a la definición misma del concepto ("incidente en el que el número de víctimas genera, al menos durante un tiempo, una desproporción entre los medios disponibles y las necesidades asistenciales creadas") y provoca la pregunta inevitable ¿disponemos de la capacidad para dar la atención necesaria?. Al conocer el mecanismo del atentado, i.e. el empleo de un vehículo como mecanismo lesional por impacto, se hizo evidente que la ciudad de Barcelona disponía de la capacidad operativa para dar la respuesta esperada. A pesar de que el lugar escogido para el atentado fuera el tramo peatonal probablemente más concurrido de la ciudad, el mecanismo de ataque era de un alcance limitado, mientras que el área metropolitana de Barcelona concentra seis centros hospitalarios terciarios para adultos (H. de Bellvitge, H. Clínic, H. Germans Trias i Pujol, H. del Mar, H. de Sant Pau y H. Vall d'Hebron) y tres centros pediátricos (H. Sant Joan de Déu, H. de Sant Pau y H. Vall d'Hebron). La capacidad instalada total (centros públicos y privados) de camas de críticos en la ciudad es de 278 camas de críticos de adultos y 36 camas de críticos pediátricos. Así, antes de conocer el número real de afectados, la primera valoración de la situación se antojaba "positiva", si el atentado hubiera implicado el empleo de explosivos o de armas de fuego el escenario de partida hubiera sido claramente más desfavorable. El balance y situación de los heridos a las 24 horas del incidente fue de 139 personas afectadas (34 nacionalidades), de las cuales 13 fallecieron in situ en el momento del atentado, 1 falleció en las siguientes 24 horas y el resto presentaban diversos niveles de compromiso (10 pacientes críticos, 13 pacientes graves, 22 pacientes menos graves, 1 paciente con pronóstico leve y 80 personas dadas de alta). La distribución de las víctimas entre los distintos centros sanitarios no fue en absoluto uniforme y estuvo condicionada tanto por la proximidad de los

distintos centros al lugar del atentado como por las restricciones al tráfico ocasionadas por la operación policial en curso. Así, mientras el Hospital del Mar fue el centro que recibió mayor número de heridos (n= 26), en nuestro centro ingresaron 8 pacientes (todos extranjeros), 4 adultos y 4 niños (dos adultos y dos niños pertenecientes al mismo núcleo familiar). La edad de los pacientes pediátricos ingresados en nuestro centro osciló entre los 10 meses y los 16 años de edad. Solo dos de los cuatro niños precisaron ingreso en la UCIP, uno de ellos en observación tras cirugía urgente de fracturas de extremidades inferiores con compromiso vascular y el segundo con un traumatismo craneoencefálico grave y contusión pulmonar como principales lesiones. Este segundo paciente sufrió un paro cardiorrespiratorio a los pocos minutos de su llegada al Servicio de Urgencias del cual se recuperó tras 4 minutos de maniobras de reanimación cardiopulmonar. Los cuatro pacientes pediátricos sobrevivieron al ingreso, dos fueron repatriados conjuntamente con sus padres a los 4 días del atentado, otra paciente pudo ser repatriada a los 6 días y el paciente más grave fue trasladado a su país de origen después de 21 días de ingreso hospitalario.

DE LOS RECURSOS

Al hablar de incidentes con múltiples atentados la atención inicial siempre va orientada a la potencial suficiencia o insuficiencia de los recursos. En el caso del atentado de Barcelona no se presentó un problema de insuficiencia de recursos pero tanto los motivos por los que dicha situación no se presentó, como las distintas situaciones que se generaron merecen un inciso. En primer lugar la fecha y la hora del incidente fueron especialmente favorables en lo que se refiere a disponibilidad de recursos sanitarios. La actividad quirúrgica programada se reduce en la mayoría de centros hospitalarios durante el periodo estival (especialmente en el mes de agosto) y no es una época en la que los centros sanitarios se encuentren cercanos a la saturación por ningún brote estacional de patología infecciosa, así la disponibilidad de camas potencialmente utilizables era probablemente de las más altas del año y la actividad de los respectivos Servicios de Urgencias de las más bajas. Por otro lado, a la hora del atentado había finalizado la inmensa mayoría de la actividad quirúrgica programada del día por lo que la disponibilidad de quirófanos era relativamente elevada. El mismo incidente en una mañana de un día laborable del mes de diciembre o enero hubiera generado una situación completamente distinta. Disponibles las camas, los quirófanos y los Servicios de Urgencias no existió un problema de recursos estructurales de modo que solo cabía preocuparse de la suficiencia de personal. La suficiencia de personal fue, de alguna manera, el menor de los problemas, aunque por motivos diversos. En primer lugar, temprano en la tarde concurren varias circunstancias: existe un pool de personas que están finalizando su jornada laboral y aún no se han ido, existe una dotación de personal algo superior a la que compone estrictamente la dotación nocturna de los equipos de guardia y es una hora en la que la noticia del

accidente llega con facilidad al conocimiento del personal que ya se ha ido, poniéndolo en alerta de que pueda ser necesaria su colaboración. Así, el personal que no se había ido, decidió quedarse y personal que estaba en su casa no hacía más que llamar para ofrecerse a colaborar. Todo ello relativamente predecible, dado que la solidaridad que despiertan estas lamentables circunstancias no hace más que sumarse a la profesionalidad de todo el personal sanitario. Sin embargo, se produjo una circunstancia imprevista o al menos inesperada por la mayoría de nosotros, tal circunstancia fue el impacto del operativo policial antiterrorista en la movilidad en la ciudad de Barcelona. La llamada “operación Jaula” destinada a la busca y captura de los terroristas impuso un bloqueo de las principales vías de comunicación por carretera y el cierre de diversas estaciones y líneas de metro, provocando no solo una limitación de la movilidad a través de las mismas si no también un bloqueo de otras calles y vías de circulación por colapso de las mismas. Así, parte del personal que ya había salido del hospital regresó al mismo, al ver que no podía coger el medio de transporte habitual para regresar a su domicilio, y se sumó al personal que no había llegado a salir. Por otro lado, la restricción a la movilidad limitaba el acceso al hospital del personal que se hallaba a cierta distancia del mismo. Dicha dificultad de acceso no comprometió la disponibilidad de personal para la atención más inmediata pero sí que retrasó los cambios de turno de personal que habitualmente tienen lugar a las 20:00 h, de modo que dicho recambio no tuvo lugar hasta aproximadamente las 23:00 h.

DE LA ORGANIZACIÓN

La organización y coordinación son piezas clave para poder dar una atención efectiva y eficiente en unas circunstancias de demanda excepcionalmente elevada y abrumadora en lo que a la concentración en un corto intervalo de tiempo se refiere. La atención sanitaria prestada a las víctimas del atentado de Barcelona fue desde luego efectiva, los heridos fueron atendidos rápidamente y la asistencia prestada fue de una alta calidad a la vista de los resultados en términos de supervivencia. Y de este hecho, incuestionable, nos hemos congratulado todos los intervinientes, las autoridades civiles y la propia sociedad. Pero aún habiendo sido efectiva, la respuesta proporcionada ha puesto a la luz, sin embargo, notables oportunidades de mejora. En la sociedad “de la información” y “de la comunicación” en que vivimos, fue precisamente este aspecto el que generó más dificultades. La información que llegaba a los distintos puntos asistenciales (UCIP, Urgencias) durante los primeros minutos/horas era confusa, imprecisa y/o redundante. En primer lugar, la información a cerca del propio atentado y del posible número de víctimas llegó por todas las vías menos la preestablecida: quien no recibía un mensaje de un familiar que escuchaba las noticias lo recibía de un conocido que trabajaba en alguno de los operativos sobre el terreno. La mayoría de informaciones fluían entre el personal, sin haber sido contrastadas y sin otro rumbo o finalidad que el de “comunicar” la última actualidad. Así, resultó imposible para los equipos asistenciales hacer ninguna previsión de necesidad de camas o de recursos en función de datos fidedignos. En segundo lugar, no se estableció o respetó un circuito claramente definido de circulación de la información entre los distintos servicios asistenciales (Urgencias, UCIP, cirugía, radiología...) de modo que todo el mundo hablaba con todo el mundo en todos los momentos contribuyendo más a la confusión que a la eficiencia, dificultando la priorización en la asignación de recursos (quirófano, disponibilidad de TAC, cama de UCIP). En tercer lugar, el relativamente bajo número de víctimas referidas a nuestro centro

propició que los profesionales cuya función principal era la de coordinación del operativo y en todo caso, de soporte a las necesidades de los equipos asistenciales, se personara precisamente en los puntos en que debía prestarse la asistencia (Urgencias, UCIP) para con la mejor voluntad “ayudar” y al mismo tiempo tener información de primera mano. La presencia de dicho personal y personal adicional que acudió a los mencionados puntos con la finalidad de “colaborar” generó en realidad una situación de casi colapso de los profesionales asistenciales que vieron entorpecida su capacidad para dedicarse puramente a la actividad asistencial. Así, cabe reconocer que los excelentes resultados obtenidos fueron el resultado del alto grado de profesionalidad, compromiso y competencia técnica de todos los implicados (directivos, facultativos, enfermeras, técnicos, auxiliares, celadores, psicólogos, asistentes sociales...) así como de la “sobrada” capacidad asistencial respecto al número de víctimas reales (a modo de referencia: ingresaron 8 pacientes en el hospital, 4 de ellos en el Área Materno-infantil, 2 de ellos en UCIP, mientras en una guardia normal del Servicio de Urgencias de Pediatría ingresan de 10 a 15 pacientes y en una guardia estándar de UCIP ingresan entre 1 y 3 pacientes), pero no el resultado de una actuación perfectamente coordinada para dar una respuesta específica a situación de esta naturaleza.

CONCLUSIONES

La preparación para la atención a incidentes con múltiples afectados es un aspecto que debe recibir mayor atención. La disponibilidad de planes de actuación para estas circunstancias, llámense “Planes de catástrofes” o “Planes de atención a Múltiples Víctimas” son una primera condición, necesaria, pero en absoluto suficiente para dar una buena respuesta cuando se plantea la situación real. Afortunadamente, a pesar de que en la época que nos toca vivir actualmente se ha producido un incremento de los actos terroristas que tienen como objetivo la población civil en general, dichos atentados son relativamente infrecuentes a nivel local, es decir, no es habitual que en una misma localización geográfica se repitan atentados con “relativa” asiduidad. Pero esa “escasa” incidencia es un gran obstáculo para mantener engrasado el dispositivo de actuación en dichas circunstancias. La existencia de unos protocolos escritos (preferiblemente en una época no muy lejana en el tiempo) implica que ha existido al menos un trabajo previo de reflexión a cerca de la mejor manera de actuar y de organizarse, pero dicho trabajo queda “encuadrado” en los protocolos si no se va más allá. Se hace, en mi opinión, imprescindible desarrollar una amplia actividad de difusión de los planes de actuación así como de revisión de los mismos. El punto culminante de la preparación es la realización de simulacros. Es evidente que la realización de simulacros de incidentes con múltiples víctimas es en sí mismo compleja, requiere de tiempo y recursos que deben desviarse de la actividad asistencial habitual (sin interferirla) y por todo ello no es reproducible en el tiempo con asiduidad. Sin embargo debería ser posible llevar a cabo simulacros de activación del dispositivo de emergencia y de repaso/evaluación de las medidas que se deberían tomar sin necesidad de recurrir a simulaciones de “alta fidelidad”, favoreciendo así la familiarización con el dispositivo así como promoviendo la cultura de “preparación” para la eventualidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Rinnert KJ, Keyes DC. Hospital preparedness. En: Keyes DC, Burstein JL, Schwartz RB, Swinton RE (Eds). Medical response to terrorism. Primera edición. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 235-48.