



PROTOCOLO

IBERO



Sociedad Española de
Medicina de Urgencias
y Emergencias

Sociedad Española de Medicina de
Urgencias y Emergencias
Subsecretaría de Sanidad Táctica.
Madrid.

ISBN: 978-84-09-05903-4 Depósito Legal:
BU 335 - 2018

Este Protocolo está dedicado a todas las víctimas del terrorismo y, especialmente, a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, militares y sanitarios caídos en acto de servicio haciendo de este país un lugar más seguro. No estamos sino recogiendo el testigo que nos habéis entregado con vuestro sacrificio. Finalmente, está dedicado, con nuestro agradecimiento, a los que en tiempos de paz, guerra y alerta, hacen que podamos dormir tranquilos mientras ellos y sus familias no lo hacen.

Madrid, noviembre de 2018.

Listado de autores y colaboradores en la elaboración del Protocolo IBERO.

Editores.

Beatriz Gutiérrez López. Dra. En Estudios de Paz y Seguridad Internacional. GrupoDC Solutions. Profesora adjunta Universidad Europea de Madrid.

David Crevillén. GrupoDC Solutions. Vocal ASIS España

Coordinadores

- Pedro Luis Salinas Casado Sargento Jefe del Equipo Táctico de Respuesta y Rescate Grupo de Acción Rápida Guardia Civil Coordinador y Autor
- Vicente Priego Martínez GERENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE SACYL / Coordinador Médico Autor
- Juan José Pajuelo Castro. Enfermero asesor unidades antiterroristas y operaciones especiales en medicina Táctico-Civil y de combate.

Autores

- Beatriz Gutiérrez López, GrupoDC Solutions
- David Crevillén, GrupoDC Solutions
- Pedro Luis Salinas Casado, Sargento Jefe del Equipo Táctico de Respuesta y Rescate del Grupo de Acción Rápida, Guardia Civil
- Ricardo Montilla Canet, Técnico en Emergencias, Equipo Táctico de Respuesta y Rescate del Grupo de Acción Rápida, Guardia Civil.
- Jacobo Carreras, Mosso d'Esquadra
- Iván Martín Gassol, Capitán del Grupo de Acción Rápida, Guardia Civil
- Javier Ángel Puértolas, Mosso d'Esquadra
- Aitor Erice, Técnico en Emergencias Sanitarias, Voluntario DYA Navarra
- Rafael Losada Loriga, TES Central de Comunicaciones 112 SAMUR-PC
- José M. Gil, Brigada del Mando de Operaciones Especiales del ET
- Fermín Sola Barrena, Subinspector Policía Foral de Navarra
- Raúl Artíguez Terrazas, TES Ambulancias Rodrigo, Gerencia de Emergencias Sanitarias de SACYL
- Manuel Crevillén Roper, TJEDG SAMUR-Protección Civil

- Juan José Pajuelo Castro, Enfermero asesor unidades antiterroristas y operaciones especiales en medicina Táctico-Civil y de combate.
- George W. Contreras, Paramédico EEUU (Nueva York)
- José Ángel Gutiérrez Sevilla, Enfermero. Instructor HAZMAT-NRBQ, Gerencia de emergencias sanitarias de Castilla Y León
- José Carlos Meneses Pardo, Hospital Universitario 12 Octubre/ Pre hospitalaria y Hospitalaria
- Vicente Priego Martínez, Gerencia de Emergencias Sanitarias de SACYL
- Armando J. Munayco Sánchez, Comandante Médico. (MD). Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias en Operaciones. Unidad Médica Aérea de Apoyo al despliegue de Madrid. UMAAD, Madrid
- Pedro María Higuera Castañeda, Médico Adjunto, Gerencia de emergencias Sanitarias de SACYL
- Luis Miguel Maestro Gilmartín, Médico Adjunto Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de León
- Enrique Parada Torres, Psicólogo. Especialista en Psicología de Urgencia Emergencias y Catástrofe.
- María Acosta Benito, Psicóloga. Máster en Intervención Psicosocial en crisis Emergencias y Catástrofes
- Carlos Rodríguez Criado, TES SAMUR-PC Experto en intervención psicosocial en crisis, emergencias y catástrofes.

Colaboradores.

- Joaquín Ríos Sambernardo, Médico SEM-Barcelona
- Pablo Castaño De Luis, Enfermero de Emergencias Sanitarias de Castilla León (SACYL)
- José Luis Del Campo Cuesta, Enfermero
- Francisco Javier Gans Llorens, Capitán Enfermero de la Guardia Civil GRS N°3-Valencia
- Dr. Jorge Arnulfo Morales Álvarez, Sistema de Émergencies Mèdiques Catalunya
- Juan Ignacio Carrión Gutiérrez, Equipo Táctico de Respuesta y Rescate Grupo de Acción Rápida Guardia Civil
- Iñigo Izarra, Unidad de Intervención, Ertzainza
- David Martín Ayuso, Oficial Policía Municipal de Pozuelo de Alarcón
- Isidoro Ángel Aguayo, Brigada Móvil Ertzaintza
- Cristina León Fernández, TES Ambulancias Rodrigo, Analista de inteligencia y Especialista en Terrorismo y Antiterrorismo Internacional, Reservista.

- Marcos Fdez-Gayol Pérez, Teniente Coronel Médico Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias en Operaciones Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”
- Roberto Lérica López, Subinspector GEO Policía Nacional.
- Fernando José Moreno Bueno, Sargento Guardia Civil
- Jose Luis Carrión Maroto, Inspector de Policía Nacional Especialidad TEDAX-NRBQ
- José Francisco Laguarda Oliván, Comandante Médico Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias en Operaciones. Hospital Militar de la Defensa de Zaragoza
- Agustín Martínez Alcaráz, Capitán, Médico en excedencia voluntaria Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias en Operaciones. Especialista en Anestesiología y Reanimación Hospital Virgen de la Cruz Cuenca.
- Óscar Longarte Miguel, Sgto. 1º Mando Operaciones Especiales ET
- José Ramón Rey Fedriani, Capitán Enfermero Unidad Militar de Emergencias
- Antonio López Aragón, Sargento 1º del Centro de Adiestramientos Especiales Guardia Civil.
- Javier Romero Mangado, Grupo de Intervenciones Especiales Policía Foral.
- Emilio José Muñoz Hermosa, TJEDG SAMUR-Protección Civil
- Ricardo González Ruiz, Sargento 1º de la BRI XII
- Miguel Ángel Iglesias Blanco, Capitán Enfermero Guardia Civil Comandancia Guardia Civil de Lugo.
- Ernesto Lasheras Marín, GOES Barcelona (Policía Nacional)
- Oscar Garrido González, Medico Rescatador de PC-112. Teniente de la Legión
- María Teresa Gavela Guerra, Teniente Coronel Médico jefe del Departamento de Medicina de la Escuela Militar de Sanidad (Academia Central de la Defensa)
- Asunción Sánchez Gil, Teniente Coronel Médico Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias en Operaciones, Centro Universitario de la Defensa
- Pablo Murias Rodríguez, Técnico Enfermero Policía Nacional
- Antonio Toral Llorente. Subsecretaria de Defensa del MINISDEF

DISCLAIMER.

El objeto de este proyecto es dar una respuesta completa y coordinada ante incidentes armados tales como actos terroristas y/o de tirador activo, con la finalidad de incrementar la tasa de supervivencia en este tipo de contextos donde las víctimas son múltiples.

El presente documento está realizado por miembros de las principales áreas y disciplinas profesionales que estarían involucradas en la gestión y actuación de dichos incidentes. No obstante, sus opiniones no son representativas de la postura de las instituciones para las que trabajan.

Por tanto, este documento es una guía de actuación de carácter no vinculante.

INTRODUCCIÓN.....	1
1.- DEFINICIÓN DE LA AMENAZA.....	5
1.1.- Introducción.....	5
1.2.- Incidentes con múltiples víctimas e incidentes activos: un marco teórico.....	6
1.3.- Categorías de atacantes.....	8
1.3.1.- Categoría amok.....	8
1.3.2.- Categoría pseudocomando.....	10
1.3.3.- Lobos solitarios.....	13
1.3.4.- Terrorismo religioso: el terrorismo jihadista y los jihadistas individuales.....	15
1.4.- La amenaza terrorista: evolución como sistema más sofisticado de ataque. El ciclo de planeamiento.....	23
1.5.- Modus Operandi. Clasificación según número potencial de víctimas y planeamiento.....	27
1.6.- Threat Assessment: pautas de identificación previas.....	38
1.7.- Conclusiones parciales.....	43
2.- El Protocolo IBERO.....	45
2.1.- Consideraciones iniciales.....	45
2.2.- Lecciones aprendidas como base.....	47
2.2.1.- Las directrices TCCC.....	47
2.2.2.- La traducción al ámbito civil: las directrices TECC.....	48
2.2.3.- Los Consensos Hartford.....	51
2.3.- De la definición de la amenaza a la gestión del incidente: la prevención y detección.....	53
2.4- El Protocolo IBERO.....	59
2.4.1.- Información del incidente.....	60
2.4.2.- Bloqueo de la amenaza.....	62
2.4.3.- Escalonamiento de los servicios de emergencia.....	66
2.4.4.- Respuesta y Rescate.....	70
2.4.5.- Orden y evacuación.....	72
3.- PROTOCOLO PREHOSPITALARIO.....	75
3.1.- Introducción.....	75
3.2.- Justificación.....	77
3.3.- Antecedentes.....	79
3.4.- Indicaciones.....	80

3.5.- Contraindicaciones.....	80
3.6.- Objetivos	80
3.7.- Fases y zonas de acción desde el punto de vista médico.	81
3.7.1.- TECC Direct Threat Care (DTC) / Asistencia Bajo Amenaza Directa	81
3.7.2.- Extracción de víctimas.....	83
3.7.3.- Control de hemorragias	84
3.7.4.- Vía aérea.	85
3.7.5.- Restricción de movimiento espinal.....	85
3.8.- TECC: Indirect Threat Care (ITC). Asistencia bajo Amenaza Indirecta.	86
3.8.1.- Seguridad con las víctimas	87
3.8.2.- Control de hemorragias masivas.....	88
3.8.3.- Vía aérea y restricción de movimiento espinal.....	90
3.8.4.- Respiración/Ventilación	92
3.8.6.- Prevención de la hipotermia.....	94
3.8.7.- Documentación.....	95
3.8.8 Todo lo demás.....	95
3.8.9.- IMV intencionado.....	95
3.9.- TECC: Evacuation Care (EVAC)/ Asistencia Durante la Evacuación.....	96
3.9.1.- Reevaluación de la víctima.....	97
3.9.2.- Vía aérea	97
3.9.3.- Ventilación	98
3.9.4.- Sangrado	98
3.9.5.- Acceso intravenoso y reanimación	100
3.9.6.- Prevención de la hipotermia	101
3.9.7.- Monitorización	101
3.9.8.- Reevaluación y retriaje	102
3.9.9.- Analgesia y antibioterapia.....	102
3.9.10.- Quemaduras.....	103
3.10.- Prioridades adicionales	104
3.11.- Formación	105
3.12.- Material.....	106
CONCLUSIONES	109

Bibliografía	111
Anexo I. Intervención psicosocial de emergencias tras incidentes terroristas	121
1. Gestión de comportamiento y comunicación de masas en estado de estrés agudo. Intervención en zona caliente (roja)	122
1.1. Gestión de los mecanismos de comportamiento colectivo por parte de los primeros intervinientes	122
1.2. El interviniente como líder ante la emergencia colectiva	123
2. Comunicación y primeros auxilios psicológicos para primeros intervinientes	126
2.1. Zona caliente (roja). Comunicación y Primeros Auxilios Psicológicos (solo cuando no hay riesgo vital para las víctimas)	126
2.2. Zona templada (naranja). Primeros auxilios psicológicos. Comunicarse con el herido si es posible. Para alentarle, tranquilizarle y explicarle el tratamiento	127
3. Cuidados de los intervinientes	133
3.1. Directrices de cuidado y apoyo antes de la intervención en situaciones críticas	134
3.2. Directrices de cuidado y apoyo durante la intervención en situaciones críticas	135
3.3. Directrices de cuidado y apoyo después de la intervención en situaciones críticas.	138
Anexo II. Protocolo Hospitalario	143
Introducción y antecedentes	143
Principios asistenciales.....	144
Conclusiones finales	145

INTRODUCCIÓN.

Desde los años cincuenta el mundo ha asistido a la consolidación de un nuevo modelo de conflicto bélico donde la aparición de las grandes superpotencias basadas en la superioridad armamentística y tecnológica se han visto enfrentadas a actores irregulares o no-estatales en lo que se ha venido a denominar “conflicto asimétrico”. Este modelo de conflicto, presente en casos ya clásicos como la insurgencia malaya frente al Imperio Británico en los años cincuenta o la guerra de Vietnam que enfrentó a la insurgencia vietnamita del Vietcong con los Estados Unidos en los años setenta, parece haber cobrado nuevo auge tras conflictos como Afganistán –activo desde 2001- o Iraq -2003- que ha generado a su vez una revisión tanto de las doctrinas clásicas como de los mecanismos de respuesta – contrainsurgencia- con obras que se han convertido ya también en clásicos, como “*Countering Global Insurgency*” y “*Counterinsurgency*” de David Kilcullen o el propio FM 3-24 “*Counterinsurgency*” de 2006 en que se basa el ejército estadounidense.

El nuevo fenómeno de la insurgencia global mantiene escenarios clásicos de guerra de guerrillas en los territorios autóctonos, con ataques basados en los golpes de mano y las emboscadas, principalmente, combinados en casos como Iraq y Afganistán con el uso de tácticas terroristas frecuentemente vinculadas al uso de artefactos explosivos. Sin embargo, y ello es el elemento diferenciador respecto a insurgencias clásicas y anteriores, la nueva insurgencia global presenta una dualidad basada en su capacidad de desplegar una estructura en red en el exterior de los territorios que controla, para internacionalizar su acción. Esta deslocalización, donde el entorno deja de ser favorable para el desarrollo de una guerra de guerrillas, fomenta el uso del terrorismo, llevando así el conflicto asimétrico de Iraq, Afganistán, Filipinas, Somalia o Nigeria, a las mismas puertas y al corazón de occidente a través del ya tan manido terrorismo jihadista. Lejos de ser un fenómeno nuevo, los países europeos han sufrido en sus carnes el terrorismo durante décadas; casos como la masacre del equipo olímpico israelí en las Olimpiadas de Munich, el atentado de Omagh o asesinatos selectivos como el de Miguel Ángel Blanco han sentado las pautas en los distintos miembros de la Unión Europea en lo que a gestión de incidentes terroristas se refiere. Por el contrario, el terrorismo jihadista añade nuevas especificidades que obligan a reevaluar y en su caso readaptar los protocolos de respuesta a los cambios en los marcos ideológicos y, especialmente, a los nuevos modus operandi. A lo anterior se unen incidentes armados que sin ser de naturaleza terrorista, sí conllevan una gran similitud en cuanto al desarrollo del ataque y al nivel de letalidad. En ambos casos, los medios utilizados por los atacantes son más propios de una zona en conflicto que de un país occidental y moderno, lo cual obliga, a su vez, a reconsiderar los mecanismos de respuesta.

Por su parte, durante los últimos conflictos bélicos se han desarrollado nuevas herramientas tanto en el campo de la medicina como en el de la táctica y la protección que han sentado las bases para nuevos protocolos que son, en algunas de sus partes, extrapolables a entornos civiles en los que se producen acciones tácticas o armadas. Un claro ejemplo son las directrices TCCC –Tactical Combat Casualty Care- emanadas directamente del Committee on Tactical Combat Casualty Care del Ejército estadounidense, y que constituyen un protocolo a través del cual los militares desplegados en misiones internacionales reciben una formación táctica y sanitaria que les permite, una vez en el lugar del incidente como primeros intervinientes, manejar las tres principales causas de muerte evitable que se producen en combate, reduciendo así el número de bajas.

Por paradójico que pueda parecer, un Estado como el español, con el bagaje en materia de lucha contra el terrorismo, y que ha sufrido durante décadas este fenómeno, en parte también motivado por la propia estructura territorial y administrativa contemporánea, carece de unas pautas de coordinación entre Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Servicios de Emergencias Médicas, la red hospitalaria y las propias víctimas potenciales del nuevo terrorismo que nos amenaza, los ciudadanos. Con el propósito de sentar las bases para una coordinación más eficiente entre dichos escalones en la mitigación de este fenómeno clásico que hoy en día adopta nuevas formas de acción, nace el Protocolo ÍBERO. El documento busca la definición básica de dichos parámetros de coordinación a través de tres capítulos y dos anexos, que plantean a su vez futuras líneas de investigación.

El primer capítulo “Definición de la amenaza”, versa sobre la definición de incidente armado, para centrarse en dos aspectos clave: las distintas categorías de atacante y cómo el perfil de éstos redundaría en una serie de *modus operandi* con características propias y motivaciones específicas. A través del estudio de la casuística podemos identificar una serie de patrones en la selección de objetivos, armas, número de víctimas y duración del incidente, información que puede ser valiosa de cara a la neutralización de la amenaza y a la respuesta al incidente.

El segundo capítulo, “El protocolo ÍBERO” define las fases de respuesta ante un incidente armado a través de un acrónimo nemotécnico que significa Información – Bloqueo de la amenaza – Escalonamiento – Respuesta y recuperación – Ordenamiento, construido a partir de la doctrina médica táctica-militar y de las directrices TCCC, TECC y Consensos Hartford como marco teórico, centrándose en la actuación de los primeros respondientes policiales y su actuación a través de las distintas zonas y fases que interactúan en el incidente.

El tercer capítulo, “Protocolo Prehospitalario” constituye la reelaboración del Protocolo ÍBERO desde el punto de vista sanitario, por tanto los solapamientos no son tales, sino puntos en común donde la acción es compartida -y por ello debe

ser coordinada- entre personal policial y sanitario.

Metodológicamente, el equipo de trabajo encargado de desarrollar esta obra reúne un amplio espectro de profesionales de distintas disciplinas que van del ámbito policial y militar de la intervención táctica a personal sanitario, médicos, enfermeros, técnicos de emergencias, o psicólogos, a lo que se une profesionales del mundo académico y de la seguridad privada. Por ello, la revisión documental en la que se basa este protocolo es variada y también multidisciplinar. Las fuentes secundarias utilizadas son obras de referencia en los respectivos ámbitos de estudio. Por otra parte, el documento cuenta con el análisis integrado en el discurso de la propia praxis profesional de los autores y su experiencia de campo.

1.- DEFINICIÓN DE LA AMENAZA.

Beatriz Gutiérrez López, GrupoDC Solutions

David Crevillén, GrupoDC Solutions

1.1.- Introducción.

La evolución de la sociedad en las últimas décadas, la industrialización y la urbanización que el mundo ha sufrido en los dos últimos siglos ha actuado como un catalizador, ampliando el espectro de amenazas para la seguridad a que las sociedades se enfrentan.

La más temida amenaza para la seguridad es un fenómeno clásico conocido desde el origen de las comunidades humanas. La guerra ha sido el tradicional uso de la violencia y el principal causante de muertes de forma masiva en la historia de la humanidad, junto con catástrofes naturales y pandemias. Sin embargo, los cambios sociales y políticos antes mencionados han ampliado el espectro de amenazas. Ya la propia guerra, contemplada como el enfrentamiento regido por sus propias leyes entre dos ejércitos regulares, comienza a difuminarse conforme poderes establecidos se enfrentan lejos de sus fronteras en regiones remotas en las que tienen intereses políticos o, especialmente, económicos. Fenómenos como la guerra de guerrillas transforman la guerra convencional en enfrentamientos difusos que se rigen por sus propias normas, las cuales no coinciden con aquellas anteriormente estructuradas. Paralelamente, el proceso de urbanización adaptará, por su parte, la guerra irregular a un nuevo entorno de combate: el terrorismo. El mismo proceso de urbanización, a su vez, generará nuevos problemas de seguridad no necesariamente vinculados a motivaciones políticas. La emergencia de un nuevo abanico de enfermedades, desajustes y problemas económicos también ha contribuido a la expansión de nuevas formas de violencia donde las cifras parecen indicar una tendencia a las acciones con múltiples víctimas con rasgos específicos que las hacen diferentes, por su naturaleza y motivación, de otros usos criminales clásicos, donde la motivación es de tipo económico.

1.2.- Incidentes con múltiples víctimas e incidentes activos: un marco teórico.

El concepto de incidente con múltiples víctimas (IMV) no representa una categoría operativa como tal, sino que se refiere a un concepto extraído del ámbito sanitario. Puede ser definido como

an event that overwhelms the local healthcare system, with a number of casualties that vastly exceeds the local resources and capabilities in a short period of time. The definition of a mass casualty incident depends on the resources of the admitting institutions. The outcome however depends on their preparedness (Ben-Ishay, 2016)

La importancia de esta consideración no es baladí, pues el concepto se centra no en la causa, sino en el efecto: es indiferente si hablamos de un desastre natural, tal como el terremoto de Haití de 2010 o deliberado, como el ataque llevado a cabo por terroristas vinculados al Estado Islámico en la Sala Bataclán de París, en noviembre de 2015. La atención del concepto se centra en el número de víctimas, la capacidad del sistema de emergencias para su gestión y, en este sentido, el nivel de preparación del conjunto de los primeros intervinientes para gestionar el incidente.

Dentro de este marco genérico, este documento pretende analizar el segundo conjunto de incidentes, aquéllos deliberados que buscan, por diversos motivos, provocar un elevado número de víctimas como forma de lanzar un mensaje a un determinado público-audiencia. En segundo lugar, analizaremos cómo estos ataques se llevan a cabo a través de una serie de tácticas o *modus operandi* recurrentes y de los condicionantes doctrinarios, operativos, y, finalmente, el impacto en número y tipología de víctimas que conllevan.

Basaremos la definición de incidente activo en aquella que provee el FBI acerca del concepto de “tirador activo” como

a situation in which a shooting is in progress and an aspect of the crime may affect the protocols used in responding to and reacting at the scene of the incident. Unlike a defined crime, such as a murder or a mass killing, the active shooting implies that both law enforcement personnel and citizens have the potential to affect the outcome of the event based upon their responses,

a lo que el Departamento de Seguridad Nacional estadounidense, en adelante DHS, añade, centrándose en el atacante más que en el tipo de ataque, que éste es “an individual actively engaged in killing or attempting to kill people in a confined or populated area” (Blair, 2014, 4-5). Esta definición lleva implícito el uso de armas de fuego y, si bien estadísticamente la mayoría de los incidentes de tirador activo son llevados a cabo por atacantes individuales, también integra en la categoría acciones ejecutadas por más de un individuo. Sin embargo, la definición de

incidente de tirador activo se circunscribe a un modus operandi específico basado en el uso de armas de fuego, mientras que de forma genérica señala que se trata de un tipo de ataque en el que un individuo mata o trata de matar a tantas víctimas como sea posible, en un espacio confinado o con una alta concentración de víctimas potenciales; de todo ello puede deducirse que este modelo táctico puede asimilarse a diferentes modus operandi donde lo que cambia no es el propósito, sino el tipo de arma empleada. Por tanto, y con base en estas consideraciones, utilizaremos como definición operativa de *incidente activo* aquél acto deliberado de violencia donde el perpetrador busca causar el mayor número de bajas posible durante un determinado periodo continuado de tiempo, generalmente breve, en un espacio confinado o con una alta ocupación de víctimas potenciales, y durante el cual tanto los primeros intervinientes –Fuerzas de Seguridad y servicios de emergencias- como los intervinientes inmediatos –víctimas potenciales que se encuentran en el lugar del incidente- (American College of Surgeons, 2015, 21) juegan un papel clave en el resultado final del ataque, así como en la limitación del número final de víctimas.

Los incidentes activos son raramente espontáneos. En la mayoría de los casos siguen un ciclo de planeamiento en el que se producen señales de alerta tanto de comportamiento como de procedimiento que pueden ser detectadas y en consecuencia prevenidas (Sinai, 2016). Tampoco es anecdótica la localización donde estadísticamente estos hechos se producen con mayor frecuencia. Como hemos mencionado, los incidentes activos tienen lugar en localizaciones con una alta concentración de víctimas potenciales, lugares que incluiremos en la categoría de “soft targets” u objetivos blandos, “aquellos lugares con alta afluencia de público y alta percepción de seguridad subjetiva, con frecuencia de propiedad privada y bajas medidas de seguridad debido a su utilidad pública relacionada con el ocio o las actividades sociales” (Crevillén and Gutiérrez, 2017, 90). De este modo, el proceso completo del “targeting”, como selección racional de un objetivo a atacar –tanto el propio lugar como infraestructura, como las víctimas potenciales que en él se encuentran- y todo el proceso de preparación y ejecución de dicho ataque presentan una serie de oportunidades, en primer lugar para la prevención y alerta temprana acerca de las intenciones del agresor y, en segundo lugar, para en caso de producirse el incidente, mitigar sus efectos y contener el número de víctimas. Sin embargo, y como señalan Horgan et al., tanto asesinos en masa, tiradores activos y “lobos solitarios” de distintas ideologías actúan de forma similar, con ataques públicos y de gran resonancia mediática, e incluso utilizando modus operandi similares, tienen en común un factor clave, la motivación -con el sustrato psicológico e ideológico que ello conlleva-, que varía en gran medida (Horgan et al., 2016, 10). Por ello, los modelos de respuesta e intervención preventiva deben adaptarse a cada perfil. Y también por ello, la categorización de perfiles y modus operandi asociados, con sus especificidades concretas, resulta clave a la hora de proveer de mecanismos de gestión adaptados.

1.3.- Categorías de atacantes.

Eric Harris y Dylan Klebold, Nidal Hassan, Anders Breivik, Adam Lanza, Salah Abdeslam, Syed Rizwan Farook y Tafsheen Malik, Anis Amri, Nicholas Cruz. Todos ellos han llegado a los medios de comunicación en los últimos años. Todos ellos presentaban signos que de haber sido detectados con la suficiente antelación o denunciados en el canal adecuado podrían haber evitado la masacre.

Como ya hemos mencionado, uno de los elementos clave a considerar es el nivel de preparación del ataque. Pero a ello debemos de añadir cuatro variables más: las especificidades psicológicas del atacante, existencia de una relación con la organización, y derivadas de las dos anteriores la motivación del ataque y, finalmente, la sofisticación del mismo, tanto en términos de planeamiento como de acceso a armas. Partiendo de la base del perfil psicológico para a continuación ir construyendo dichas categorías sobre las variables mencionadas, podemos identificar cuatro categorías: perfil amok, perfil pseudocomando, lobos solitarios y como variable de éstos últimos, jihadistas individuales (Crevillén, 2016). Mientras que los dos primeros presentan una serie de signos distintivos a nivel psicológico, los dos segundos se encuadran en un proceso de radicalización violenta, pudiendo actuar individualmente o como parte de un grupo terrorista al que están vinculados ideológica y operativamente.

1.3.1.- Categoría amok.

El término amok, derivado del malayo *mengamok*, define genéricamente a un individuo que actúa de forma irracional que, presa de un impulso homicida y consiguientemente suicida, hiere o mata a las personas que le rodean, con un resultado de múltiples víctimas. Este comportamiento viene reconocido como síndrome de amok en el DSM-IV¹ y es definido como un síndrome cultural que raramente ocurre en la actualidad, asociado a culturas primitivas como las existentes en las áreas más recónditas del sureste asiático. Sin embargo, el DSM-IV obvia el hecho de que un fenómeno similar se viene observando con frecuencia en múltiples lugares en el mundo occidental, sin proveer de ulteriores explicaciones. Según el Dr. Saint Martin, existe un paralelismo patente entre las descripciones decimonónicas de casos de amok en Malasia y asesinatos en masa contemporáneos en países occidentales, perpetrados de forma repentina y sin provocación aparente, llevados a cabo por individuos con un historial de enfermedades mentales, y donde tanto evaluaciones psicológicas como policiales

¹ Diagnosis and Statistics Manual-IV es el manual clasificatorio de trastornos mentales psiquiátricos publicado por la American Psychiatric Association estadounidense, cuyas definiciones son mayoritariamente aceptadas a nivel internacional en la práctica de la psiquiatría.

sugieren patologías de la personalidad, paranoia o depresión por algún tipo de pérdida. Autores como los profesores Pow Meng Yap o Ji Teoh apuntaban que el caso de amok como estallido repentino de violencia venía precedido de un periodo de retraimiento y que, una vez desatado y si el atacante no moría asesinado durante su neutralización, el ataque concluía cuando éste se desmallaba exhausto, apuntando a un desorden de depresión psicótica. Teoh añadía que la cultura ejercía un efecto modulante en el tipo de armas y por ello en el método de ataque, pero no determinaba la posibilidad de ocurrencia o no. (Saint Martin, 1999, 67). Igualmente, los 196 casos recopilados por Adler de violencia homicida equiparable al amok muestran que un 42% de los individuos, mayoritariamente varones, sufría algún tipo de trastorno mental diagnosticado, un 25% estaba libre de enfermedades pero había sufrido el suicidio de algún familiar, un 28% había consumido sustancias inmediatamente antes del ataque, y tan solo un 11% se debía a un arrebató pasional. En todos estos casos, se reproducen tres fases:

- El individuo, con un cuadro de depresión o trastorno de identidad disociativo, se recluye. En una suerte de retroalimentación, los factores de riesgo tales como personalidad paranoide, trastorno psicótico, paranoia delirante, entre otros, generan una excesiva susceptibilidad a los estímulos externos y en ocasiones una incorrecta interpretación de los mismos, que, a su vez, puede producir una reacción desproporcionada en forma de estallido de violencia.

- Estallido de violencia en que el individuo, repentinamente, estalla como una olla a presión, se arma y comienza a matar en una especie de frenesí disociativo. Dos tipos principales parecen recurrentes: el meticuloso que primero mata a su familia o personas allegadas y luego se suicida, con un cuadro depresivo agudo, y el explosivo, que mata a quien encuentra a su paso, de forma desordenada y se suicida, cae exhausto o es neutralizado, siendo en este caso el principal exponente de trastornos graves de la personalidad.

- Dependiendo de quién lo acometa y cómo, el individuo puede buscar la muerte como mecanismo de escape o desactivarse por agotamiento tras el esfuerzo físico y mental realizado (colapso) (Vázquez Caubet, 2011, 33-36).

Los casos de amok presentan, así, un perfil con rasgos psicóticos o esquizofrénicos y tendencia suicida, pero su principal característica es que son sucesos repentinos tras una situación detonante o factor estresor que desencadena la reacción violenta. Operativamente ello conlleva que este tipo de acciones armadas carezcan de planeamiento, al ser repentinas, por lo que su nivel de sofisticación será bajo. Del mismo modo, ello lleva implícito que el ataque se llevará a cabo con las armas que el individuo tenga al alcance. Muestra de ello es que los ataques relacionados con lo que se denominaba síndrome de Amok como síndrome cultural se llevaban a cabo con espadas tradicionales malayas, mientras que los ocurridos en la actualidad se han perpetrado de forma recurrente con

armas de fuego, cuchillos o armas de fortuna, es decir todos aquellos elementos cotidianos cuyo propósito no es causar daños o lesiones pero que puntualmente pueden ser utilizados para tal fin –por ejemplo, un cuchillo de cocina. Como se menciona anteriormente, dos de los resultados posibles son el suicidio o la neutralización de la amenaza por desactivación. Casos como el de Andrew Wurst, que en abril de 1998 dejó una nota de suicidio en su casa, cogió una pistola del calibre 25 de su padre y se fue a una fiesta en su colegio, hiriendo a dos profesores y a otros dos compañeros, son ilustrativos de este perfil de atacante: Wurst dejó de disparar cuando dos de los asistentes le encararon y gritaron para que soltara el arma. Como saliendo de un ensimismamiento, pero aún extremadamente agitado, dejó de disparar y soltó el arma (Langman, 2009, 81-85).

En conclusión, el perfil amok puede ser prevenido en dos momentos: o detectando las conductas de riesgo presentes en el individuo y con una intervención profesional temprana y adecuada, o, una vez desatado el incidente, con la neutralización de la amenaza, siendo conscientes de que en este caso se trata de ataques rápidos donde el atacante actúa de forma rabiosa y errática y donde frecuentemente comete suicidio o queda exhausto.

1.3.2.- Categoría pseudocomando.

La segunda categoría a considerar también se caracteriza por un perfil psicológico determinado y problemático. James Knoll construye una definición del atacante basada en los estudios de Dietz (1986) y Mullen (2004), en la que presenta al pseudocomando como

a type of mass murderer who plans his actions after a long deliberation. The pseudocommando often kills indiscriminately in public during the daytime, but may also kill family members and a “pseudo-community” he believes has mistreated him. He comes prepared with a powerful arsenal of weapons and has no escape planned. He appears to be driven by strong feelings of anger and resentment, in addition to having a paranoid character. (...)The massacres were often well-planned (the offender did not “snap”), with the offenders arriving at the crime scene heavily armed, often in camouflage or warrior gear, and that they appeared to be pursuing a highly personal agenda of payback to an uncaring, rejecting world (Knoll, 2010, 87).

P.E. Dietz incluye el perfil pseudocomando como una categoría de los asesinos en masa en base al número de víctimas provocado –más de cuatro- durante un mismo periodo de tiempo, es decir, contrariamente a lo que sucede en otros casos de asesinos en masa, como los asesinos en serie, cuya acción se repite a lo largo de un periodo prolongado de tiempo con periodos de enfriamiento –periodos en los que no se cometen asesinatos-, mientras que en el caso del pseudocomando

el ataque se prolonga en un único periodo de tiempo durante una media de veinte minutos. Se trata de un perfil altamente interesado en el mundo militar y en las armas, con una personalidad marcada por la suspicacia y la falta de integración social. En segundo lugar, un elemento común son rasgos obsesivos y falta de habilidades sociales, que se complementan con una personalidad narcisista donde el asesinato-suicidio es parte tanto del plan como del mensaje (Dietz, 1986, 479-480) de grandiosidad lanzado a un mundo por el que se siente rechazado.

Por contraposición a la violencia desatada e impredecible del perfil amok, el perfil pseudocomando, accede a un área definida con una motivación específica y comienza a disparar indiscriminadamente sobre las personas allí congregadas. Sin embargo, la masacre –término que define el asesinato indiscriminado de múltiples víctimas- implica a individuos que matan a un determinado colectivo en base a una serie de objetivos idiosincráticos que derivan de la propia psicopatología del atacante. El ataque, pues, no se dirige hacia un colectivo por motivos de pertenencia social, sino por el valor simbólico que la personalidad problemática del atacante le ha otorgado. Así, el ataque se dirige contra un colectivo que el agresor considera que le ha agraviado de algún modo, menospreciado o maltratado, de forma real o solo percibida por el propio atacante (Mullen, 2004, 312). Langman asocia este hecho a un patrón de extrema reactividad o reacción desproporcionada ante situaciones cotidianas. La inestabilidad emocional del sujeto o su identidad vulnerable hace que este tipo de situaciones provoquen respuestas anormales en forma de violencia. Otra forma de sobrereacción es la propia construcción de agravios, donde un hecho cotidiano se traduce como un ataque o falta de respeto, contribuyendo así en la construcción de rabia legitimadora del ataque, que en una suerte de retroalimentación, eleva el estatus del atacante (Langman, 2009, 144-150).

Relacionado con lo anterior, la existencia de un agravio previo hace que tanto escenario como víctimas potenciales estén conectados al atacante de alguna manera. Ello permite identificar una serie de indicadores de riesgo que pueden ser detectados antes de que se produzca el ataque. El Workplace Assessment of Violence Risk identifica cinco de estos indicadores que, modificando las variables edad y localización del incidente, permiten una aproximación a conductas de riesgo acerca de este tipo de perfiles: motivos para usar la violencia (factores estresores), fantasías y/o preocupaciones y fantasías homicidas e intenciones violentas y amenazas públicamente expresadas, que pueden estar vinculadas al propio perfil psicológico del agresor potencial, acceso y conocimiento de uso de armas, y planeamiento y preparación del ataque (Meloy, 2012, 258-259). Por su parte, el estudio de Peter Langman sobre adolescentes que cometen asesinatos en masa revela tres perfiles psicológicos, el del psicópata, el esquizotípico y el traumatizado, donde solo el primero se ajustaría al perfil pseudocomando en varios aspectos como son el narcisismo y, especialmente, el sadismo como voluntad deliberada de hacer daño a otras personas o seres vivos. Así, una

personalidad psicopática con rasgos narcisistas, antisociales y sádicos se vuelve especialmente peligrosa: es el perfil que tiradores activos como Eric Harris y Andrew Golden presentaban (Langman, 2009, 131), pero que también estaba presente en Nicholas Cruz, el tirador de Parkland. A ello se unía la presencia y posesión legal de armas como parte de la tradición familiar, lo cual facilitaba el acceso a las mismas, pero que, en palabras de Langman, “they were narcissistic, antisocial, and sadistic; they wanted power. Given their personalities, perhaps the presence of firearms was an irresistible temptation” (Langman, 2009, 132).

Finalmente, la conexión del atacante con el entorno, basada en la percepción de agravio y de maltrato por parte de un colectivo determinado frente al que busca venganza, es lo que Horgan et al. denominan “la senda de la violencia” o el ciclo de planeamiento específico del perfil pseudocomando (Horgan et al. 2016):

1.- Agravio. Formación construida por el individuo (no tiene necesariamente que ser real, sino relacionada con los rasgos narcisistas antes mencionados, por ejemplo) de algún tipo de agravio que moviliza al sujeto, que promueve la rabia y que le lleva a actuar en última instancia de forma violenta.

2.- Idear el ataque: la idea de actuar con violencia sobre la población que ha ofendido al atacante se forja en la mente del individuo. Este elemento es clave, pues establece una relación entre atacante y atacado como objetivo de la ira del primero.

3.- Investigación y planeamiento. Selección del objetivo o lugar más apropiado, con el que tiene una conexión. De este modo, este tipo de ataques no son indiscriminados, sino que por lo general se trata de objetivos conocidos, si bien en el proceso de selección pueden intervenir factores personales, ideológicos, etcétera.

4.- Preparación. Constituye la fase de planeamiento operativo, logístico y organizativo del ataque, incluyendo variables como el acceso a armas y las capacidades del atacante, la seguridad del objetivo, las posibilidades o no de escape, etcétera.

5.- Leakage o filtración. Un elemento recurrente es la filtración o comunicación de intenciones a una tercera parte (vid. *Infra*, p. 39) como parte del mensaje, pero también como forma de diferenciar el ataque de un acto de violencia gratuita y criminal, mecanismo de descargar presión o manifestación narcisista.

6.- Ataque propiamente dicho. En muchos casos este tipo de incidentes asociados al perfil pseudocomando se producen como incidentes de tirador activo, sin embargo otras posibilidades según el acceso a armas podrían ser viables, como apuñalamientos, etcétera.

Hasta aquí hemos presentado dos categorías con rasgos psicológicos específicos. Sin embargo, existen casos donde resulta casi imposible establecer un mapa de rasgos comunes entre individuos, pues el factor común es la ideología y la legitimación de la violencia como instrumento. A ello dedicamos las dos siguientes categorías, íntimamente vinculadas entre sí.

1.3.3.- Lobos solitarios.

Podemos definir al lobo solitario como el individuo que lleva a cabo actos de violencia inspirado en un marco ideológico concreto y con una motivación política implícita, pero sin conexiones físicas ni apoyos materiales provenientes del grupo del que su ideología se nutre (Horgan et al., 2016, 9). Es a través de este marco ideológico donde el lobo solitario canaliza su propio resentimiento o construcción de agravios, que queda inserto en una causa superior a la propia individualidad. Esta es, pues, la principal distinción entre asesinos en masa y lobos solitarios. Mientras que el lobo solitario tiene una motivación política, exacerbada a través de un proceso de radicalización, para llevar a cabo el ataque, el perfil amok o el perfil pseudocomando se mueven por factores psicológicos y/o agravios contruidos, carentes de ideología (Crevillén, 2017). Ello hace que tampoco estén presentes factores de cálculo sobre el entorno o el impacto del ataque, mientras que en el caso del lobo solitario este elemento es clave, pues de él depende el ciclo de planeamiento a través del que se va a llevar a cabo el ataque (Horgan et al., 2016, 4). Del mismo modo, solo podríamos hablar de lobos solitarios terroristas –a los que se dedicará parte del siguiente epígrafe- cuando el terror es objetivo prioritario del ataque, por lo que no necesariamente todo ataque motivado ideológicamente y que busque múltiples víctimas puede en puridad considerarse un acto de terrorismo.

El concepto de lobo solitario o actor individual se enmarca en la evolución organizativa de las estructuras terroristas en las últimas décadas del S.XX. La tradicional estructura jerárquica entra en crisis conforme surgen nuevos mecanismos de comunicación que garantizan la seguridad de las organizaciones frente a la infiltración de las fuerzas de orden público. En este sentido, la obra de Louis Beam “Leaderless Resistance” marca un precedente al acuñar un nuevo modelo organizativo basado en la célula unipersonal. Beam, vinculado al movimiento supremacista blanco estadounidense, era consciente del creciente número de células desarticuladas por el FBI por lo que sugirió que el movimiento comenzase a operar sobre bases individuales autónomas conectadas exclusivamente a través de una misma ideología. Operativamente, el movimiento se comunicaría a través de propaganda clandestina, mediante la cual se sugerirían objetivos potenciales, modus operandi para atacarlos e incluso pautas operativas de cómo llevar a cabo el ataque. Los vehículos de distribución se

basaban principalmente en propaganda clandestina (Crevillén, 2017) escrita, que han ido paulatinamente migrando su presencia a partir de los años noventa al ciberespacio, a través de foros y chat-rooms, correos electrónicos, redes sociales y, finalmente, en la actualidad, plataformas de mensajería instantánea.

El proceso de radicalización es complejo en sí mismo y responde a variables sociales y del propio individuo, por lo que las generalizaciones resultan complicadas. Sin embargo, sí se pueden observar pautas y elementos comunes. McCauley y Moskalenko hacen una distinción inicial entre la radicalización de la opinión –meramente ideológica- y la radicalización de la acción –que incluye el paso a hacer uso de la violencia- señalando varias etapas. En una escala de radicalización ideológica encontramos una pirámide coincidente con los niveles de compromiso con la causa, que van de los que son neutros hacia ella, simpatizantes, justificadores y los que le dan valor de obligación moral, siendo este último escalón el más minoritario al ser el más radical y el que un mayor compromiso demanda. La relación entre opinión y acción, pese a ser secuencial, conlleva mayores problemas, puesto que el nivel de compromiso respecto a la causa se produce ya de por sí en el estadio más alto de la radicalización de la opinión, es decir, los individuos que pasan a la acción violenta ya consideran la causa una obligación moral. A ello se unen factores coadyuvantes como pueden ser las expectativas de venganza contra un gobierno, poder o modelo cultural, la relación personal con otro miembro del mismo movimiento que contribuya a vincularse a éste, o simplemente la búsqueda de emociones, estatus, etcétera. Este modelo de acción radical señalaría una pirámide paralela clasificada en inertes –inactivos-, activistas, radicales, y finalmente, en el escalón superior, terroristas propiamente dichos (McCauley and Moskalenko, 2014), que, cuando actúan en solitario con solo conexiones ideológicas con la organización o movimiento constituyen propiamente lobos solitarios.

Sin embargo, operar de forma individual también conlleva inconvenientes. En primer lugar, y como sucedía también con los pseudocomandos, si bien en este caso por motivos de radicalización ideológica e identificación con la causa, el lobo solitario también presenta una fuerte tendencia a la filtración, comunicando sus intenciones a su círculo ampliado, y con frecuencia a terceras partes que considera miembros de su misma comunidad ideológica (Horgan et al., 2016, 27). Por otra parte, el lobo solitario pocas veces es solitario voluntariamente, por lo que fruto de la necesidad de buscar apoyos se producen filtraciones del futuro ataque como mensaje político destinado a la movilización y reclutamiento de cooperantes con la voluntad de crear una célula que facilite el mismo. Esta filtración, al igual que sucedía con la comunicación en el seno de estructuras jerárquicas, da oportunidades a la detección del atacante y a que las fuerzas de seguridad frustren el plan de ataque. Finalmente, actuar en solitario presenta problemas operativos específicos, principalmente a nivel logístico –consecución de armas a emplear-, técnicos –relacionados con los conocimientos previos del atacante a la hora de

planear el ataque- y tácticos –relacionados con el entrenamiento previo del atacante y su capacidad para ejecutar el ataque de forma eficaz.

1.3.4.- Terrorismo religioso: el terrorismo jihadista y los jihadistas individuales.

El terrorismo religioso se considera el último modelo de terrorismo internacional en términos históricos. El terrorismo surge tal y como lo conocemos hoy en día en las postrimerías de la Rusia zarista, vinculado al movimiento anarquista, que comienza a utilizar la violencia sistemática y repetida contra el gobierno. Piotr Kropotkin, uno de los principales teóricos del anarquismo, acuña en esta época la expresión “propaganda por la acción”, que pretende expandir la ideología a través de las propias acciones violentas, que de forma subyacente presentarían un nivel tan elevado de compromiso con la causa que actuarían como movilizador de nuevos miembros y operativos para el movimiento (Rapoport, 2004). Pese a que los distintos marcos ideológicos han cambiado y con ellos tanto objetivos como modus operandi, el uso recurrente de la violencia como movilizador se ha convertido en una constante en el tiempo. Podemos definir el concepto de terrorismo como el conjunto de tácticas con que opera un actor no estatal con la motivación ideológica –política y/o religiosa- de derrocar un poder establecido – sea político, económico, cultural, etcétera- a través del uso sistemático y repetitivo de la violencia, buscando aparte de los propios daños físicos, generar un impacto psicológico de terror que desmoralice a la población-objetivo y conduzca a su desmovilización y ulterior derrota.

En el plano ideológico, podemos definir el jihadismo como la vertiente fundamentalista y violenta del Islam. Es esta violencia la que se manifiesta a través de ataques terroristas, mientras que el marco ideológico –en este caso, de carácter religioso- es el que provee justificación moral para la causa, legitimidad para atraer y consolidar bases sociales y los objetivos a atacar como parte de la división dicotómica en que se divide el orden social. Para comprender el fenómeno desde el enfoque que nos ocupa debemos realizar tres precisiones principales por el impacto que van a tener en la definición de objetivos y en la selección de modus operandi: la territorialidad, el tratamiento dado al infiel y la trascendentalidad.

- a) Territorialidad. El concepto de Jihad deriva del verbo *jahada*, esforzarse, en árabe. Las diversas interpretaciones coránicas le han dado una doble acepción, como jihad mayor, considerada la más difícil y que busca el esfuerzo personal de convertirse en un buen musulmán, y la jihad menor, o esfuerzo de todo buen musulmán de expandir la verdad del Islam. Es en esta segunda acepción donde encontramos la raíz del terrorismo jihadista, cuando diversos teóricos a partir del siglo XII, pero especialmente

contemporáneos como los fundadores de los Hermanos Musulmanes, Hassan al-Banna y Sayyid Qutb, o los propios fundadores de al-Qaeda, Abdullah Azzam y Ayman al-Zawahiri, convierten la jihad menor en un mandato moral susceptible de ser llevado a cabo incluso a través del uso de la violencia. El fundamentalismo islámico del que evoluciona el terrorismo jihadista divide el mundo, en su propósito de expandir la Ummah o comunidad islámica, en dos partes, *dar al-Islam* o territorio musulmán, y *dar al-Harb*, territorio que desconoce o rechaza el Islam. En este sentido, cualquier buen musulmán está llamado a predicar la verdad del Corán primero a través de la palabra (*dawa* o predicación) y, solo si no es escuchado, está legitimado a llevar la verdad del Islam a través del uso de la fuerza, sentando las bases para la jihad armada. Sin embargo, el proceso de colonización planteó otro problema al introducir una cultura exógena, la occidental, en territorios de ancestral cultura musulmana, cuyos pilares tradicionales se vieron menoscabados: la occidentalización de la sociedad musulmana generó una reacción, que podemos fechar en la fundación de los Hermanos Musulmanes en Egipto (1928) y que comienza a considerar la necesidad de reislamizar a la sociedad musulmana en su propio territorio, dar al-Islam. Esta idea, acuñada por el fundador del movimiento egipcio, se basaba principalmente en la acción social y proselitista, pero fue posteriormente revisada por Sayyid Qutb, quien dio una visión más radical en la que se consideraba a estos musulmanes laxos y occidentalizados apóstatas a los que había que combatir incluso con la violencia. La idea filtró a través de los Hermanos Musulmanes en Palestina y en el propio Egipto, confluyendo décadas más tarde en dos doctrinarios, los ya mencionados Abdullah Azzam –palestino- y Ayman al-Zawahiri, quienes junto con Osama bin Laden fundaron al-Qaeda durante la guerra soviético-Afgana (1979-1989), dando un nuevo giro a la conceptualización territorial de la jihad, tendente a la globalización: mientras que Azzam proponía llevar la jihad a dar al-Harb, los Estados culpables de la degradación del Islam, Al-Zawahiri proponía comenzar la recuperación de la Ummah con la limpieza de la apostasía en dar al-Islam, acabando desde con los gobernantes y regímenes occidentalizados a la liberación de los territorios del Islam posteriormente ocupados por infieles (Schweitzer, 2014) –como sucedía con el Afganistán soviético, Palestina, o la propia España.

- b) El infiel (*kfir* – *kuffar*). En puridad y según el Corán, infiel sería todo aquél que se niega a aceptar el Islam, si bien el Libro sagrado garantiza una especial protección para judíos y cristianos como “gentes del Libro” – monoteístas en los que se basa la Biblia. Es la doctrina jihadista postcolonial la que pervierte el mensaje, para fundamentar en la cuarta surah coránica, aleya 89, “pero si os vuelven la espalda, perseguidlos y matadlos allá donde los encontréis, y no toméis de entre ellos aliados o colaboradores”, estableciendo así una relación dicotómica entre “ellos-infieles” y “nosotros-fieles musulmanes”. Al amplio espectro de infieles por

su rechazo al Islam –o a la conversión a mismo-, esta sura abre la puerta también a acabar con apóstatas (murtad) –los mencionados musulmanes no practicantes o laxos según los cánones jihadistas- o herejes (mushrik) –shiitas, sufíes y todo aquél musulmán que escape del sunnismo rigorista. Es clave comprender el impacto de esta definición de líneas de frontera, pues de ella depende en gran medida el proceso de selección de objetivos. Como señala en múltiples ocasiones la propaganda del Estado Islámico, matar al infiel allá donde se encuentre implica llevar la jihad no solo a los territorios de dar al-Islam –Estados musulmanes o anteriormente musulmanes- sino de forma proactiva a dar al-Harb, convirtiendo en objetivo deliberado tanto a los infieles como individuos –víctimas potenciales- y como practicantes de un modelo cultural que, por asociación, se convierte también en objetivo del Islam jihadista. De este modo, bares, discotecas, conciertos, rezos en iglesias, han ido cobrando mayor importancia a la hora de la selección de objetivos, optando por estos soft-targets u objetivos blandos con escaso nivel de protección caracterizados por reunir a un alto número de víctimas potenciales cuya percepción de riesgo es limitada. En este sentido, el terrorismo jihadista añade una serie de consideraciones a nivel de conducción bélica en el marco del conflicto asimétrico en que es consciente que se mueve. Así, autores y estrategas como Mustafa Setmarián, que elabora aspectos como las del uso de jihadistas individuales y ataques múltiples, continuados y de baja sofisticación que denominó “muerte por mil cortes”, en alusión a la tradicional tortura china (Lacey, 2008), o Abu Bakr an-Naji, que define la periodización a emplear en esta lucha armada prolongada para quebrar la voluntad de las sociedades occidentales –infieles- y a través del miedo destruir el sistema político imperante (Naji, 2006), en una estrategia secuencial que recuerda a la diseñada por Mao Tse Tung en “De la guerra de guerrillas”. Finalmente, debemos remarcar un último elemento: puesto que la jihad como guerra santa contra el infiel es presentada por el terrorismo jihadista como un deber moral de todo buen musulmán, la diferenciación entre combatientes y no combatientes queda anulada, pues para el jihadista o mujahid –literalmente, aquél que lleva a cabo la jihad- todo buen musulmán es combatiente que busca convertirse en un mártir (vid. Infra), mientras que todo infiel también lo es como enemigo a destruir que se le considera (Gutiérrez, 2015).

- c) Trascendentalidad. Vinculado a lo anterior, pero como rasgo distintivo del terrorismo jihadista debemos mencionar por su importancia operativa el aspecto de la trascendentalidad o la búsqueda con las acciones llevadas a cabo no solo de un rédito político-militar, sino de una ganancia personal en términos morales y religiosos como es obtener la vida eterna. En términos ideológicos, este sea con total probabilidad el factor de movilización y compromiso con la causa más importante y a la vez más complicado de neutralizar. La trascendentalidad se vincula a lo que comúnmente

denominamos terrorismo suicida que, como doctrina, ha sido un fenómeno recurrente en multitud de grupos terroristas de corte religioso, si bien ha sido en el entorno del terrorismo islámico donde ha calado con mayor profundidad y donde se ha desarrollado operativamente, con connotaciones y objetivos que superan a la propia táctica. Según Assaf Moghadam, las articulaciones teóricas más convincentes que han permitido esta expansión son primero la de Hizbullah y en segundo lugar la de distintos grupos palestinos entre los que destacan Jihad Islámica Palestina y Hamas (Moghadam, 2008, 3): es de estas fuentes doctrinales de donde, posteriormente, al-Qaeda y su escisión, el Estado Islámico, adoptan y globalizan el modelo, añadiendo nuevos elementos. Según esta doctrina, el propio terrorista se convierte en arma con la que ejecutar el acto de violencia que acerca al movimiento completo a la consecución de la causa como fin último, vinculándose la muerte del enemigo con la del propio terrorista en un acto sacralizado denominado martirio o *Ishtishadia*, en el que confluyen la muerte propia y la del objetivo/enemigo. Por añadidura, debemos mencionar que el fenómeno del “asesinato-suicidio” también aplica a esta doctrina, puesto que el atacante no cuenta con un plan de huida, sino que busca ser abatido por las fuerzas de seguridad en el transcurso del ataque, como muestran casos como el de Baruch Goldstein² o el de algunas operaciones *inghimazi* (vid. *Infra.*, p. 38). Por tanto, la ideología del martirio no debe comprenderse en los límites estrictos del suicidio como vía de escape a una situación de estrés o dolor personal, sino como una herramienta ideológica y trascendentalmente sancionada que da legitimidad moral al acto y que sirve como ejemplo dinamizador de las bases sociales del movimiento terrorista. Históricamente y centrándonos en la amenaza del islamismo jihadista, la doctrina de la *ishtishadia* o martirio entronca con la tradición shiita y con la revolución iraní (1979), donde el régimen de los Ayatollah comenzó a promover la idea de que el martirio en nombre de Dios no solo era bueno, sino deseable. El propio Jomeini proporcionó una justificación ideológica y religiosa para el uso de la violencia en nombre del Islam, presentando una unidad entre *jihad*, autosacrificio y martirio como elementos clave del Islam, que resultaban fundamentales para la expansión de la revolución islámica fuera de Irán.

In order to overcome Islam's traditional sanctioning of suicide and permit operations in which the individual would engage in activities that would

² Baruch Goldstein era un colono israelí originario de Chicago, que vivía en el asentamiento ortodoxo de Kiryat Arba, en las afueras de Hebron. En febrero de 1994 durante el rezo del Ramadán, entró disfrazado de soldado israelí en la mezquita de Ibrahimi (Tumba de los Patriarcas) y abrió fuego con un rifle de asalto Galil sobre la multitud de musulmanes congregados rezando, con un saldo de 29 muertos. La propia multitud linchó al asesino en la misma mezquita.

certainly result in his or her death in the name of jihad, Khomeini downgraded the *taqiya*, the right to be exempted from religious duties in times of crisis in order to avoid bodily harm. By giving specific meaning and substance to martyrdom, he placed it in the context of traditional Shia motifs of sacrifice (Moghadam, 2008, 17)

De Irán la doctrina se expandió a Líbano, donde el primer atentado suicida tiene lugar en 1981, todavía durante la guerra civil en este país y en el marco de la guerra entre Irán e Iraq (1979-1989), cuando el grupo shiita al-Dawa, financiado por Irán, atacó la embajada iraquí en Beirut con un coche cargado de explosivos. Poco más tarde, Hizbullah, fundada entre 1982 y 1983, lleva a cabo en este año tres ataques suicidas de gran envergadura, en abril contra la embajada estadounidense, con una furgoneta-bomba cargada con 400 libras de explosivos, y en octubre con dos ataques simultáneos, uno sobre las barracas de los marines estadounidenses en el aeropuerto internacional de Beirut con un coche-bomba que causó 241 muertos, y otro dos minutos después sobre las barracas francesas, con un camión-bomba y 58 muertos en su mayoría militares franceses (Moghadam, 2008, 20), alegando luchar contra la ocupación de Líbano por fuerzas extranjeras. La cooperación entre Hizbullah y el grupo terrorista palestino Jihad Islámica Palestina a lo largo de los años 80 y con Hamas a partir de los 90 exportó el modelo a Israel, que entre 1993 y 2007 sufrió una oleada de ataques suicidas sin precedentes. Pero es en Líbano, bajo la influencia iraní sobre Hizbullah, donde las operaciones suicidas comienzan a denominarse operaciones de martirio (*amaliyyat al-ishtishadiyya*) en oposición al suicidio por motivos personales (*intihar*), también considerado pecado en el Islam: así, queda clara la línea definitoria entre el que muere en un acto de egoísmo –suicida- y aquél que lo hace en defensa del Islam –Shahid o mártir-. Fruto de esta diferenciación, evoluciona todo un ritual de celebración alrededor de la figura del mártir (Moghadam, 2008, 21 y 41): por una parte, con carácter previo al ataque el mártir lee un testamento de despedida en que anuncia su propósito de inmolarse y los motivos para ello, siendo posteriormente estos mensajes retransmitidos en vídeo junto con imágenes del ataque como mecanismo de captación y reclutamiento; por otra parte, el funeral del mártir se celebraba como si de una boda –con las huríes o vírgenes del Paraíso, se tratase, eliminando cualquier ápice de remordimiento y presentando la muerte como recompensa trascendental por el autosacrificio.

Si volvemos a la categorización de la amenaza debemos hacer una breve mención al plano psicológico. Autores como Marc Sageman, Robert Pape o Jerrold Post insisten en la estabilidad mental de los terroristas, y mantienen que sus motivaciones son ideológicas y, en última instancia, políticas. Sin embargo, ciertamente también determinados rasgos psicológicos, como la hipersensibilidad ante la humillación (Sageman, 2008, 5), si bien operando de distinto modo que en los casos anteriores, pueden tener un impacto. Por ejemplo, la falta de integración entre el grupo de semejantes –compañeros de escuela, compañeros de trabajo, marco sociocultural en general por motivos religiosos o etnoidentitarios- puede

contribuir a la formación de una percepción de agravio que conduzca no a la reacción violenta, sino a un estadio intermedio, el de la radicalización. La muestra analizada por Sageman arroja luz sobre los siguientes aspectos (Sageman, 2008, 46-70):

- Pobreza. La teoría de que la pobreza genera violencia e inestabilidad ha ido perdiendo adeptos paulatinamente, pues la muestra poblacional del total de atentados de tipo jihadista señala que en su mayoría, los perpetradores provienen de familias de clase media, si bien declaran en sus mensajes actuar en defensa de sus correligionarios más pobres, por lo que han hecho suya una causa genérica como agravio construido y no necesariamente real. A ello se une el estrato de inmigrantes de segunda generación, cuyos choques con la población de acogida están más motivados por choques culturales que por estatus económico (Sageman, 2008, 48).
- Lavado de cerebro o proceso de adopción de una ideología inicialmente rechazada. En el caso del terrorismo jihadista se produce principalmente a través de la religión, si bien en muchos casos el individuo es autodidacta. Los datos arrojan que en muchos casos, el presentar piedad religiosa no conlleva pasar a la acción armada, ni tan siquiera con un perfil radical en la niñez y adolescencia, más bien al contrario, la mayoría de terroristas jihadistas provienen de familias musulmanas seculares, y que lejos de tratarse de sujetos pasivos de la radicalización, son ellos mismos los que buscan dar respuesta a sus dudas existenciales en la religión y a través de ella activamente entran en el ciclo de radicalización (Sageman, 2008, 52 y 57).
- Inmadurez o ignorancia. Relacionado con el punto anterior, la teoría del lavado de cerebro debido a la inmadurez de los sujetos radicalizados pierde también fuerza si se considera la edad media de los terroristas. Si bien es cierto que la generación de Bin Laden se unió a la jihad próximos a la treintena, los terroristas que han llevado a cabo acciones armadas en los últimos años, si bien son mucho más jóvenes, todos ellos se encuentran por encima de los veinte años, edad en la que se han superado los cambios fisiológicos y emocionales propios de la adolescencia. Paralelamente, la mayoría de ellos cuentan con estudios medios e incluso superiores, lo que desacredita la falta de preparación como justificación de la radicalización, incluso en los casos más recientes de inmigrantes de segunda generación, donde a pesar del posible choque cultural, la escolarización es obligatoria. Sin embargo, sí es recurrente la presencia de individuos con alta capacitación en profesiones técnicas que, ante la falta de expectativas laborales relacionadas con su formación caen en el desánimo, la frustración y el resentimiento frente a las sociedades que les rechazan. Volviéndose hacia el Islam, pero con un sustrato religioso débil, estos individuos carecen de preparación analítica del mensaje tergiversado del salafismo jihadista,

siendo proclives a la radicalización (Sageman, 2008, 58-59).

- Falta de responsabilidades familiares y frustración sexual. Un buen número de terroristas jihadistas eran maridos e incluso padres, lo cual refuta la teoría tanto de la ausencia de cargas familiares como de la frustración sexual (Sageman, 2008, 62). Casos incluso como el de la palestina Reem Riyashi, que se inmoló en un checkpoint en Gaza siendo madre de dos niños, confirman la excesiva e infundada importancia dada a esta teoría.
- Enfermedad mental. A pesar de la vinculación del terrorismo jihadista con actos delictivos menores, especialmente en contextos de inmigrantes de segunda generación, no se ha probado una conexión entre terrorismo y enfermedad mental como la existente en la figura del pseudocomando, y si bien es cierto que existen individuos con psicopatías u otros trastornos de la personalidad dentro del espectro terrorista (Sageman, 2008, 63) -Iñaki de Juana Chaos presenta rasgos psicopáticos, y Abu Musab al-Zarqawi, líder original de Al-Qaida en Iraq presentaba rasgos al menos antisociales- las dificultades de integrar a estos sujetos en el seno de organizaciones con una jerarquía o al menos líneas de acción cohesionadas, como en el caso del contemporáneo terrorismo en red, hacen que las propias organizaciones los marginen como no aptos. Una figura narcisista sería complicada de integrar en una cosmogonía que busca el sacrificio por el bien común de la causa.
- Aculturación: diáspora, amistad y clan. En este caso, la variable cultural y el entorno social sí parecen tener una influencia sobre la integración en la jihad global. Casi un 80% de sujetos son originarios de países distintos a aquellos en los que residen, bien porque vivan en la diáspora, como expatriados o como inmigrantes de segunda o tercera generación (Sageman, 2008, 65). El establecimiento de redes de compatriotas, lazos familiares e incluso amistades de la infancia trasplantadas a países foráneos son otro elemento recurrente y tradicional en la formación de células terroristas, si bien la pauta se ha modificado con la introducción de las nuevas tecnologías como mecanismo de comunicación. Tradicionalmente, algunos de estos individuos acudían a países europeos a cursar sus estudios superiores,

As they became separated from their families, friends and culture, many started to feel homesick and lonely. They also felt marginalized and excluded from their immediate environment. Many decided to adopt a Western lifestyle by going to clubs, drinking and dating, but this did not relieve their feelings of alienation. They sought out people like themselves. Traditionally, Muslims hang out at the local mosque. So, they drifted to the mosque, not out of religiousness -if there was a time that religiosity dipped, it was at the time they adopted a Western lifestyle- but for companionship.

They met in the vicinity of radical mosques, went out to eat together, and over dinner, they become friends. There seems to be a strong division

according to food preferences in terrorist groups, since they socialized around meals at cheap local ethnic restaurants. This is the “halal” theory of terrorism. Since keeping halal is sometimes difficult, people get together to prepare and eat meals, or simply go to a halal restaurant. At dinner, they talk about shared interests and traditions and reinforce common values. To conform to conversational courtesy, they stress their commonality and in the process create a micro-culture and develop a collective identity. Over time they become friends. If their friendship intensifies, they often move in together to save money and further enjoy each other’s company. When they are at this stage, they form strong cliques that continue to radicalize over time”.

Alguna variación puede ser encontrada en el caso de los inmigrantes de segunda o tercera generación a Occidente.

They came from a completely secular background and attended secular state schools, but realized that they did not have the same opportunities as the host “native” children. Many dropped out of school as teenagers and formed youth gangs, turning to petty crime and drugs. They resented the host society, which excluded them. After about a decade of gang life, a few came to the conclusion that there had to be something better. They collectively drifted to religion to escape the hopelessness that permeated their lives. Their personal experiences resonated with the Salafi critiques of Western society and they became attracted to the global Islamist terrorist interpretation that they were excluded from the economy because the West was engaged in war against Islam (Sageman, 2008, 68-69)

De este modo, los vínculos sociales son la base del proceso de radicalización, mientras que el adoctrinamiento que tenía lugar tradicionalmente en los campos de entrenamiento era simplemente pulir el adoctrinamiento básico. Sin embargo, la pauta de radicalización sufrirá un cambio sustancial conforme las tecnologías de la comunicación evolucionan y, de forma específica, con la introducción de internet a nivel global. El advenimiento de Internet como nueva plataforma de comunicación ha cambiado, efectivamente, estas pautas en buena medida de un espacio físico al ciberespacio. Así, la propaganda escrita ha migrado a nuevos formatos digitales, que comenzaron en los años noventa con chat-rooms, foros, o mensajes de email, para pasar después a contenido en diversos formatos (audio, vídeo o texto) distribuidos a través de plataformas de almacenamiento en la nube, redes sociales y, finalmente, sistemas de mensajería instantánea que permiten también distribuir todo este tipo de propaganda digital. Si bien la captación física todavía pervive, en muchos casos los contenidos empleados para el adoctrinamiento se obtienen de internet, y, lo que es más importante la nueva propaganda digital ha pasado a un lugar preeminente en los casos de autoadoctrinamiento, puesto que no solo proporciona ideología, sino también las nociones tácticas de las que en muchos casos carecen los lobos solitarios jhadiistas (GrupoDC Solutions, 2017).

De todo ello deducimos que a la hora de analizar el fenómeno terrorista se

deben integrar tanto variables individuales como sociales –de grupo y de contexto sociopolítico e identitario. En este sentido, es la ideología del propio movimiento o grupo la que provee de legitimidad y justificación a la selección de un objetivo u otro de acuerdo a los intereses estratégicos del movimiento, evitando acciones que resulten contraproducentes de cara a sus bases sociales (Asal et al., 2009). Y esta legitimidad se produce a través de un proceso de aculturación grupal donde el adoctrinamiento se centra en cómo odiar al “otro” –otra cultura o sector político o poder dominante- y en cómo ejercer la violencia desde la impunidad moral. Como sucede en otros modelos de criminalidad grupal, el terrorismo muestra que a mayor nivel de comportamiento criminal, mayor es la cohesión grupal, en contraposición a la cultura dominante o grupo opuesto (Sellin, en Schbley, 2006). En otras palabras, son las bases sociales las que ejercen un control social en la selección de objetivos siguiendo líneas ideológicas y de legitimidad, y las que determinan si un ataque es contraproducente para la organización por su excesiva violencia o por atacar a una población que no se encuentra entre los objetivos de la misma. Por ello, aparte de las consideraciones psicológicas, ideológicas y político-sociales, debemos analizar la acción terrorista a través de los ataques como elecciones racionales.

1.4.- La amenaza terrorista: evolución como sistema más sofisticado de ataque. El ciclo de planeamiento.

La amenaza terrorista, pese a su actualidad mediática, dista de ser una novedad. Por ello, y teniendo en cuenta que, como se ha mencionado, el terrorismo internacional ha evolucionado a lo largo de oleadas ideológicas que determinaban la selección de objetivos, también podemos afirmar que pese a que cada oleada en base a los mismos utiliza unos determinados modus operandi adecuados al efecto físico o en daños que pretende y al impacto psicológico y mediático, la propia adaptación táctica ha generado un acervo de modus operandi que permite cierta flexibilidad a la hora de cambiar el tipo de target. De este modo y como ejemplo, al-Qaeda comenzó utilizando coches bomba conducidos por suicidas –embajadas de Nairobi y dar el-Salam- para optar en los últimos años por los tiradores activos –Fort Hood, y bajo la bandera del ISIS. París, San Bernardino, el museo del Bardo en Túnez, la mezquita de al-Radwa en Egipto, etc.

El cambio en los sistemas de comunicaciones ha sido uno de los detonantes y posibilitadores de la globalización del terrorismo. Los flujos de información en continuo y masivo movimiento que internet ha permitido han traído consigo no solo el difuminado de las fronteras y la descentralización económica, sino profundos cambios estructurales y organizativos en cualquier entidad no-estatal, entre ellas los grupos terroristas. Partiendo de la base de la célula como unidad básica del grupo terrorista, y teniendo en cuenta que en la actualidad la tendencia es a la

célula individual –el lobo solitario-, podemos de hablar de dos modelos organizativos, con una evolución funcional del primero al segundo, si bien a día de hoy todavía existen modelos clásicos residuales e incluso, en numerosas ocasiones, combinaciones de ambos.

- En primer lugar debemos mencionar la estructura jerárquica o clásica, basada en la existencia de una cadena de mando desde la cúpula de la organización a sus miembros operativos, cuya unidad más pequeña, como decíamos, es la célula. Esta configuración permite una ramificación de la estructura siguiendo líneas de división de tareas estancas, es decir, una rama no puede comunicarse con las demás ni una célula con otra, sin pasar por instancias más altas dentro de la organización, de modo que si una sección funcional es neutralizada por las fuerzas de seguridad el resto de la estructura permanece a salvo al no tener detalles unas de otras (TRADOC, 2007, 3-6). La principal vulnerabilidad de las estructuras jerárquicas es que si son decapitadas la organización entera se derrumba al quedar sus distintas ramas sin conexión. En la práctica, sin embargo, en numerosas ocasiones las propias ramas han reconstruido la cúpula de liderazgo, si bien es cierto que casos como la desintegración de ETA muestran que las sucesivas decapitaciones de la estructura condujeron a la banda a una escasez de recursos humanos con la experiencia y capacidades técnicas y operativas como para reconstruir la cúpula, conduciendo al total de la estructura a la inoperancia.
- La ampliación de los flujos de información ha permitido la evolución de esta estructura en lo que denominamos estructura en red. Siguiendo en buena medida las nociones de la ya mencionada resistencia sin líder de Louis Beam, la jerarquía ha dado paso a redes conectadas ideológicamente pero sin una cadena de mando definida; si bien suele haber un órgano que determina la doctrina, ideología, y en consecuencia, objetivos a atacar y provee de cohesión al movimiento, estos órganos son más inspiradores o coordinadores que propiamente directores. Esta estructura, por tanto, presenta mayores dificultades para su decapitación, pues tiende a reducir sus vínculos a los propios basados en la comunicación, mientras que las extensiones de la red, que pueden ir de subredes a células e incluso células individuales, deben gestionar sus propios recursos y decidir incluso si su modelo estructural es en red, jerárquico o mixto (TRADOC, 2007, 3-7 - 3-8). La estructura de al-Qaida primero y del Estado Islámico después responde a este modelo, operando a través de sus distintas extensiones territoriales a nivel global pero presentando grandes dificultades para neutralizar la estructura en su conjunto.
- Las capacidades operativas de la organización se hallan en gran medida vinculadas a la estructura de la misma y a la administración de los recursos logísticos y técnicos con los que cuenta. Sin embargo, existe un proceso común que todo grupo terrorista sigue, denominado ciclo de planeamiento.

Éste responde al proceso común de organización y toma de decisiones que cualquier movimiento terrorista, incluyendo los lobos solitarios ideológicamente vinculados a él, siguen para la preparación y desarrollo de un ataque. En dicho ciclo podemos señalar los siguientes estadios:

1.- Selección genérica de objetivos. Viene determinada en gran medida por el marco ideológico de la organización terrorista y cuál sea su objetivo último o causa. Así, mientras el terrorismo anarquista optaba por atacar a altos cargos en la estructura política para así derrocar el sistema político imperante en la época, los terroristas de movimientos de liberación nacional optaban por atacar a miembros de medio o bajo perfil relacionados con la administración pública y especialmente la seguridad para generar inseguridad y provocar la deslegitimación del gobierno ocupante y su retirada, o los terroristas de “nueva izquierda” –Baader Meinhoff, Brigadas Rojas, etc.- utilizaban los secuestros contra los grandes intereses económicos occidentales (Rapoport, 2004), el terrorismo jihadista centra sus objetivos principalmente en la destrucción de los infieles y los símbolos que representan su modelo sociocultural y político. En este sentido, no obstante, apreciamos una evolución de los objetivos duros con altas medidas de seguridad, a los objetivos blandos donde las medidas de seguridad son menores y la percepción del nivel de amenaza por parte de las víctimas potenciales es igualmente reducido (Hesterman, 2015): ello implica que el ataque precisa menor nivel de sofisticación y el ciclo de planeamiento menor inversión en recursos materiales y humanos, mientras que en términos de impacto se logrará un mayor número de víctimas, pues este tipo de objetivos suelen ser lugares de alta concentración de víctimas potenciales, debido al tipo de actividades que en estos lugares se llevan a cabo – lúdicas, de esparcimiento, deportes, oración, etcétera. Por lo tanto, el impacto va no solo orientado al número de muertes, sino al ataque a enclaves que representan el modo de vida y los gustos occidentales, generando una mayor sensación de amenaza, pues el endurecimiento de estos objetivos conllevaría por una parte una inmensa inversión económica y por otra el cambio de mentalidad y de un modus vivendi, como únicas alternativas a la desprotección

2.- Inteligencia genérica sobre los objetivos. En base al rango de objetivos seleccionados, la célula terrorista aplica un ciclo de inteligencia sobre los mismos para identificar cuáles son potencialmente los más vulnerables u ofrecen mejores oportunidades operativas para llevar a cabo el ataque, tales como menores medidas de seguridad, mayor impacto mediático, mayor confluencia de víctimas potenciales y horas a las que ésta se produce, etcétera. La

consecución de información necesariamente deja un rastro digital o físico.

3.- Selección específica del objetivo sobre el que llevar a cabo el ataque. Según la inteligencia obtenida, el abanico de objetivos potenciales se refina hasta determinar uno específico. Otras consideraciones a tener en cuenta son las logísticas: cercanía y formas de desplazarse hasta el mismo, tipo de armas que pueden ser empleadas y capacidad de acceder a ellas, o vías de escape.

4.- Inteligencia táctica sobre el objetivo a atacar. Dentro del ciclo de planeamiento es, junto con la propia preparación del ataque, la que más huellas físicas o digitales deja hasta el propio acto terrorista. Se basa en obtener la mayor cantidad de información posible para adaptar el ataque a las vulnerabilidades y oportunidades del propio objetivo. Aspectos tales como horarios de apertura o cierre, afluencia de víctimas potenciales, accesos y salidas, configuración del edificio o recinto, materiales de construcción, etcétera, son algunos de los elementos a tener en cuenta y que contribuirán a determinar el modus operandi.

5.- Preparación del ataque. Íntimamente relacionada con la logística del ataque y el análisis y aplicación de la inteligencia obtenida en el paso anterior, una de las premisas clave está relacionada con la selección de armas. Esta viene determinada a su vez por tres variables: los conocimientos técnicos del atacante o atacantes, el acceso a armas y el propósito del ataque, pues no es lo mismo un asesinato de un alto cargo que requiere precisión y una sola víctima específica que causar una masacre, o que causar una masacre y amplios daños materiales. Del mismo modo y una vez definido el modus operandi, se elabora el plan de despliegue de medios en base al objetivo, así como, de ser necesario, el repliegue. Este estadio es el que representa mayores inconvenientes para los terroristas individuales, pues la ausencia de relación física con la organización hace que la preparación del ataque dependa en exclusiva de sí mismos, careciendo de una división especializada de tareas; es por ello que con frecuencia las operaciones llevadas a cabo por actores individuales presenten un menor grado de sofisticación y su letalidad con frecuencia sea menor. Pese a esta pauta general, casos como el de Timothy McVeigh en el ataque al edificio federal Alfred Murrah en Oklahoma o el de Anders Breivik en Oslo y la isla de Utoya muestran que con una preparación lo suficientemente concienzuda y prolongada en el tiempo como para corregir errores el nivel de letalidad puede alcanzar e incluso superar el de ataques organizados

por células con una infraestructura logística tras ellas.

6.- Ataque. El ataque es la puesta en práctica del modus operandi seleccionado de cara a lograr un objetivo determinado a corto plazo que acerque al movimiento terrorista a su objetivo final.

7.- Escape. Como último estadio, las organizaciones terroristas clásicas han contado con el planeamiento de una vía de escape como economía de recursos humanos, pero también para garantizar la seguridad de la organización ante posibles detenciones de sus miembros. La vía de escape era una de las tareas a repartir en la célula, así como lo era la consecución de medios de transporte para extraer a los atacantes de la zona, etcétera (West, 2008, 17-19). En contraposición, la actuación terrorista en solitario puede presentar algunos problemas en este punto. Como señala Eric Rudolph, quien llevó a cabo una serie de ataques con bomba durante las olimpiadas de Atlanta en 1996, “Though working alone had its advantages, namely, there was nobody to rat me out, it also made a quick execution and gateway more difficult” (Horgan et al., 2016, 72). De nuevo las dificultades logísticas se hacen presentes en esta etapa, lo cual condiciona el tipo de ataque, para proporcionar una ventana de tiempo suficiente para que el atacante pueda abandonar el lugar del incidente en condiciones de seguridad; en este caso el modus operandi predilecto serán los artefactos explosivos con temporizador. Finalmente, y ello es una característica del terrorismo jihadista, es con frecuencia la omisión de este último paso, pues como se ha mencionado con anterioridad, la muerte del terrorista en el proceso del ataque es deseable e incluso condición necesaria para el éxito de la operación.

1.5.- Modus Operandi. Clasificación según número potencial de víctimas y planeamiento.

Los modus operandi o modos de operar, son, como su nombre indica, las tácticas empleadas para llevar a cabo un determinado ataque. Este apartado recoge un catálogo con los principales modus operandi utilizados por el terrorismo internacional en perspectiva histórica con resultado de víctimas mortales. Así pues, tipos de ataque como los secuestros personales o de bienes materiales como aviones, quedan excluidos, pues en su mayoría no buscaban provocar víctimas mortales, y de buscarlas, las incluiríamos en la categoría de asesinato selectivo –casos por ejemplo, de Aldo Moro o Miguel Ángel Blanco. En segundo lugar y a efectos organizativos, hemos dividido este catálogo en dos subcategorías, ataques activos y ataques no-activos. Por ataques activos entendemos aquellos que por una parte buscan activamente causar la mayor mortandad posible, y por otro lado, aquellos donde la actuación de las víctimas potenciales puede modificar tanto el desarrollo del ataque como el saldo final de

bajas. Por el contrario, entendemos por ataques no-activos aquéllos en los que el atacante busca también provocar el caos pero sin que se dé a las víctimas opción de reaccionar en la gestión del incidente, tal y como sucede en los ataques con explosivos y, en la mayoría de los casos, los explosivos suicidas.

Ataques activos. El informe de 2013 del FBI sobre tiradores activos define al perpetrador y al fenómeno como

a term used by law enforcement to describe a situation in which a shooting is in progress and an aspect of the crime may affect the protocols used in responding to and reacting at the scene of the incident. Unlike a defined crime, such as a murder or a mass killing, the active aspect inherently implies that both law enforcement personnel and citizens have the potential to affect the outcome of the event based upon their responses. The agreed-upon definition of an active shooter by the U.S. government agencies (...) is “an individual actively engaged in killing or attempting to kill people in a confined and populated area”. Implicit in this definition is that the subject’s criminal actions involve the use of firearms (Blair, 2014, 4-5).

Fuera de esta definición quedan los conflictos derivados de situaciones de defensa propia, la violencia callejera, disputas domésticas y violencia de género, situaciones con toma de rehenes, o tiroteos con múltiples víctimas en un contexto criminal –robos a mano armada, drogas, etcétera (Burke, 2018, 367). Si bien todos ellos son incidentes armados, quedarían fuera de la definición mencionada, pues su motivación principal no es provocar muertes deliberadamente. Del mismo modo, también quedarían fuera de esta definición los casos de asesinatos en serie, pues si bien pueden ser considerados asesinatos en masa en base al número de víctimas, los periodos de enfriamiento entre víctima y víctima los distinguen respecto al tirador activo, cuyas víctimas se producen en un mismo ataque durante un breve lapso de tiempo.

Sin embargo, si nos atenemos a esta definición, podemos observar que otros ataques como los de Niza (julio de 2016), Berlín (diciembre de 2016), Londres (abril y junio de 2017) o Barcelona (agosto de 2017), cumplen con los elementos clave, salvo por el uso de armas de fuego. Ello se explica en gran medida debido a las dificultades que presenta la Unión Europea respecto a Estados Unidos para acceder a armas de fuego sin recurrir al mercado negro –caso de los atentados de París en 2015–, por lo que no nos hallamos ante un cambio en el modus operandi como tal, sino ante una cuestión logística. En este sentido, en esta categoría debemos mencionar por una parte los incidentes activos más básicos, como son apuñalamientos y atropellos, y en segundo lugar aquellos en los que median armas de fuego, mencionando brevemente los asesinatos selectivos al emplear con frecuencia también este tipo de armas.

- **Apuñalamientos y Atropellos.** Los apuñalamientos y atropellos constituyen el modus operandi más básico del terrorismo contemporáneo y se han convertido en el más frecuente tipo de ataque llevado a cabo por el terrorismo jihadista en suelo europeo. Este terrorismo “low-tech” viene definido en gran medida por las restricciones logísticas. En primer lugar, y contrariamente a lo que sucede en países como Siria o Iraq, las células operativas tienden a ser limitadas en número e incluso unipersonales, y su acceso a entrenamiento militar reducido o nulo. A ello se unen las ya mencionadas restricciones legales en materia de acceso a armas. Por ello, este ataque resulta característico de terroristas individuales, que tienden a emplear armas de fortuna que requieran baja capacitación técnica y sean prácticas a la hora de infligir daños físicos (Jasparro, 2010). De forma similar, la ausencia de capacidades logísticas determina el tipo de objetivos: lugares “no-endurecidos” (soft targets) con gran presencia de víctimas potenciales, que por una parte refuerzan el impacto psicológico del ataque y por otro hacen innecesarias otras tácticas más sofisticadas.

Desde el comienzo de la distribución de propaganda digital oficial como mecanismo de captación y distribución de pautas de actuación para jihadistas individuales, al-Qaida y posteriormente el Estado Islámico han invertido parte de sus presupuestos en formación a distancia para sus seguidores, señalando objetivos y aconsejando pautas de actuación con estos medios de fortuna, los primeros especialmente a través de su revista *Inspire*, a la que volveremos más adelante, y los segundos a través de su revista *Rumiyah* y la distribución de vídeos. Ya en el segundo número de *Inspire*, publicada en 2010, se mencionaba la necesidad de seleccionar vehículos lo más grandes posible, para su uso en áreas de alta concentración de peatones y bajo flujo de tráfico para poder ganar velocidad y maximizar el número de muertes (Ibrahim, 2010). Por su parte, el segundo número de *Rumiyah*, la segunda revista publicada por el Estado Islámico, analiza el uso de cuchillos como armas de fortuna cuya principal ventaja no es tanto su letalidad, sino el impacto psicológico de vulnerabilidad y terror que genera por su fácil acceso y manejo. El mismo número, así como varios vídeos publicados por el grupo terrorista señalan los siguientes consejos operativos para maximizar el número de víctimas:

- a) Selección de un cuchillo adecuado, de hoja fija y no plegable que pueda doblarse durante el ataque.
- b) Selección del objetivo: mientras que coches y camiones son adecuados para grandes concentraciones populares, en un ataque con cuchillo una gran muchedumbre puede reducir al atacante fácilmente, por lo que es preferible no tanto una gran concentración como en un concierto, sino áreas peatonales, etc., donde los grupos estén fragmentados.
- c) Primar la efectividad por encima del efecto mediático, evitando personalidades que pudieran presentar mayor nivel de protección, en pro de una mayor cifra de víctimas.

- d) Atacar puntos clave en las víctimas, como órganos vitales (corazón, pulmones o riñones), arterias que provoquen el sangrado masivo y exanguinación de la víctima, o atacar a la primera víctima en el cuello para que no pueda dar la voz de alarma.
- e) Atacar, especialmente en invierno, las partes no cubiertas del cuerpo, tales como el cuello, para evitar que la ropa limite la lesión.
- f) Mostrar claramente con gritos o alusiones que no se trata de un ataque con cualquier otra motivación, sino que es un ataque en pro de la jihad y no una mera reyerta callejera.

Todas estas pautas muestran que, pese a la baja sofisticación técnica del ataque, dista de carecer de una organización táctica subyacente (Gutiérrez, 2018).

- **Asesinatos selectivos y Tiradores activos.** Este segundo eje de modus operandi se basa en el uso de armas de fuego, lo cual implica un cambio implícito en el arma empleada: no se trata de un medio de fortuna, sino de un arma de elección deliberada, como hemos mencionado con anterioridad, en base a la capacitación del atacante, capacidad de acceso a la misma y objetivo que se pretende conseguir.

Por *asesinato selectivo* entendemos el ataque armado contra un objetivo individual específico, sea por el cargo real o simbólico que represente en el colectivo-objetivo del grupo terrorista. Por otra parte, y en relación con la justificación ideológica para atacar a dicho colectivo-objetivo, este tipo de ataques con frecuencia tienden a evitar provocar múltiples víctimas, pues se genera una controversia entre los objetivos ideológicos y los que se han provocado con un ataque en forma de daños colaterales; ello es con frecuencia contraproducente para el grupo terrorista al alienar a parte de sus bases sociales. Por ello, pese a que grupos terroristas como el movimiento anarquista decimonónico comenzaron a llevar a cabo asesinatos selectivos con artefactos explosivos improvisados, pronto se tendió a emplear armas de fuego, especialmente pistolas, para llevar a cabo este tipo de acciones. Respecto a la selección de víctimas, la primera oleada de terrorismo anarquista elegía miembros del gobierno ruso como representantes del modelo político que pretendían derrocar. La segunda oleada terrorista o de liberación nacional continuó utilizando el asesinato selectivo, pero contra funcionarios medios de la administración pública colonial, especialmente vinculados al sector seguridad, con una doble motivación: en primer lugar castigar al brazo ejecutor de la ocupación, y en segundo generar una percepción de inseguridad entre la población que provocase una respuesta desmedida por parte de dichas fuerzas de seguridad, respuesta que a su vez sería capitalizada por el grupo terrorista para deslegitimar al aparato del Estado por su brutalidad y auto-revestirse de un aura de mártires, conquistando nuevos adeptos con su propio

ejemplo; casos ilustrativos son el terrorismo judío del Irgún contra la administración británica en Palestina, en los años 40, y en los años 50 el FLN durante la guerra de descolonización argelina contra Francia. El terrorismo jihadista, por su parte, no ha utilizado de forma sistemática este modus operandi, si bien el pasado 2017 se produjeron varios ataques en París que podrían asimilarse a esta pauta. La revista de al-Qaeda, Inspire, sin embargo, sí señala una serie de objetivos tales como figuras políticas de renombre vinculadas a la lucha contra el Islam, personalidades del mundo económico occidental, personalidades mediáticas o medios de comunicación occidentales que lideran la campaña contra el Islam (Al-Sury, 2012, 23-24), a batir por los jihadistas individuales comprometidos con la causa, preferiblemente con armas de fuego, si bien los cuchillos también podrían emplearse pese a su menor efectividad por los previsible dispositivos de seguridad con que contarían estos objetivos. Los motivos señalados para atacar a estos perfiles se relacionaban inicialmente con la defensa del Profeta Mahoma tras las caricaturas danesas publicadas varios meses antes. Al-Qaida sitúa en la consecución de inteligencia la clave del éxito de este tipo de ataques, que pueden llevarse a cabo con armas blancas, armas de fuego o explosivos, dependiendo de la capacidad de acceso a ellas y del entrenamiento previo al ataque con que el perpetrador cuente (AQ External Operation Team, 2015, 64-71). Para al-Qaida,

when we talk about professional assassination, we talk of the precision in choosing the target from the beginning to the time of execution, getting rid and eventual eliminating it. This precision should be accompanied by efficiency in using the suitable means to achieve maximum level of success. (...) Therefore, it is necessary for the Lone Mujahid to reach this level of professionalism in carrying-out assassinations, increase practice and training on numerous means and raise his efficiency level using the appropriate means to hit his target accurately and successfully. Therefore if the weapons and means are numerous, professionalism will be in the ability to select the appropriate weapon and method in striking the target. It Will also means [sic] hitting the target efficiently with optimum cost and best results, i.e. eliminating the target and conveying a message -the idea, main reasons, justifications and motives of the assassination operations (AQ External Operation Team, 2016, 66-67).

Las armas de fuego cortas como arma de selección preferente implican la necesidad de un mayor acercamiento al objetivo, si bien evitan el contacto físico al que obligan los cuchillos, proporcionando un espacio de seguridad para el atacante y –con un entrenamiento y distancia adecuados- maximizan el ratio de letalidad del ataque. Ejemplos de este tipo de modus operandi podrían ser el asesinato por parte de ETA de Gregorio Ordóñez o el intento de asesinato del parlamentario británico Stephen Timms por la jihadista autoradicalizada por internet Roshonara Choudhry.

En sentido contrario, los tiradores activos buscan producir el mayor número posible de víctimas. Sin embargo, dependiendo de la categoría de tirador a la que

nos enfrentemos, el rango de las mismas varía. Mientras que en el caso de un perfil amok las víctimas serán aleatorias y el arma de fuego no habrá sido elegida previamente –con los condicionantes que ello puede conllevar-, tanto en los perfiles pseudocomando como terrorista –individual o lobo solitario, o en célula- el objetivo y las víctimas vienen predeterminados en el ciclo de planeamiento. El uso de armas de fuego, especialmente en el caso de armas automáticas, incrementa el dinamismo del ataque respecto a otras armas de elección como los cuchillos, a la vez que permite una selección de víctimas aleatoria y múltiple (Burke, 2018, 372).

The scale and complexity of active shooter attacks are dependent on a variety of factors, such as the intensity of their motivations, their sophistication and training, the types of weapons selected (including combining them with improvised explosive devices), whether they conduct pre-incident dress rehearsals and surveillance, their ability to hide their violent intentions from their families and associates during the pre-incident phases, and their capability to exploit the vulnerability of their targets (e.g., selecting “soft” vs. “hardened”).

The timeframe for the majority of active shooter situations vary depending on the specific situation. Generally, such incidents are estimated to last 2 to 15 minutes (with many lasting only a few minutes), because it generally takes between 2 to 10 minutes (or longer) for law enforcement and other security forces to arrive at the scene to begin neutralizing the shooter (...) as well as the additional minutes it takes to stop and neutralize the shooter (Sinai, 2016).

Aunque existen numerosas clasificaciones atendiendo a la ubicación del ataque, en este análisis hemos optado por centrarnos en el perfil, puesto que es éste el que presenta determinados rasgos definitorios, y no tanto en el lugar del ataque, pues éste viene derivado del perfil y no a la inversa. Así, podríamos dividir según la ubicación y rango de víctimas a los tiradores activos en dos bloques:

- a) Amok y pseudocomandos. El proceso de selección del objetivo no se halla vinculado a variables político-ideológicas, como en el caso del terrorismo, sino a la construcción de agravios percibida por el atacante y que deriva en la explosión de violencia o el planeamiento de la acción armada. Por tanto, es la relación preexistente con las víctimas la que determina la ubicación, si bien el modus operandi puede seguir pautas espontáneas o no, dependiendo de la propia situación psicológica del atacante. Derivado de este factor, la selección del objetivo suele estar vinculada con entornos de trabajo, desarrollo de actividades reiterativas o estudios, en lo que se denomina de forma sistemática “violencia en el lugar de trabajo”, e incluye acciones que van del comportamiento abusivo al uso de la violencia propiamente dicha, en cuyo extremo de letalidad se encontrarían los incidentes de tirador activo; estresores como relaciones personales con compañeros, inestabilidad emocional

propia o de miembros de la familia, problemas económicos, consumo de alcohol o drogas o discusiones con clientes pueden convertirse en factores desencadenantes de una de las dos categorías mencionadas en este apartado. Doss and Shepherd dividen la violencia en el puesto de trabajo en tres categorías: relaciones personales, como sería el caso de la violencia de género en el entorno laboral, relaciones laborales, como sería el caso de enfrentamientos dentro de la jerarquía de la empresa, tanto vertical como horizontalmente, y relaciones de propiedad o comercial, donde el atacante tiene por objetivo dañar la propiedad física de la organización, sean edificios, equipos o personal. Estadísticamente, son la segunda y tercera categoría las que aglutinan la mayor concentración de casos de incidentes activos (Doss and Shepherd, 2015, 11-15). Ello conlleva una consecuencia añadida y es que, especialmente en el caso de la categoría pseudocomando, el atacante conoce el entorno en que se produce el ataque, posibilitando una mayor letalidad que en ataques no planeados donde se carece de inteligencia sobre el terreno.

- b) Terrorismo jihadista. Pese a su relativa puesta en escena e impacto mediático por el terrorismo jihadista, este modus operandi dista de ser una innovación propia. Al menos podemos mencionar dos grupos operativos en los años setenta y ochenta, el Frente Popular para la Liberación de Palestina y la Organización Abu Nidal, que los utilizaron con profusión, con ataques como la masacre del aeropuerto de Lod – hoy Ben Gurion de Tel Aviv-, o las de los aeropuertos de Viena y Atenas y la de la Sinagoga de Neve Shalom en Estambul. En este caso, los objetivos de este modelo terrorista eran judíos como ocupación de Palestina, más que como colectivo religioso. Como se ha mencionado, un judío ortodoxo vinculado al Kach, grupo terrorista judío mesiánico, perpetró otra masacre similar en 1994 en la mezquita de Ibrahimi de Hebrón. Por su parte, la doctrina operativa de al-Qaeda, adoptada por el Estado Islámico, ha incidido en sus publicaciones en el entrenamiento en el uso de armas automáticas como el AK-47 (Salih, 2010, 42; 2011, 24-25 y 2011b, 38-39) y en el ataque a objetivos blandos con un elevado número de víctimas potenciales. Debemos resaltar que mientras al-Qaeda evitaba atacar a objetivos musulmanes, el Estado Islámico lo promueve, justificándolo en ataques como el de la sala La Reina alegando que estas víctimas eran malos musulmanes y herejes (*mushrik*) por celebrar fiestas cristianas (Gutiérrez, 2017). En este sentido, el rango y número de víctimas presentes en un espacio y la actividad realizada en el mismo nos proporcionan una valiosa información sobre qué tipo de ataque se puede producir.

Por otra parte, al igual que sucede en la figura pseudocomando, el tirador activo jihadista lleva a cabo un ataque dinámico basado en el ciclo de planeamiento, es decir, se debe cumplir un objetivo y maximizar

el número de víctimas, por lo que ello conlleva cambiar posiciones o atacar desde las que representen una ventaja táctica o buscar heridos para rematarlos. Las diecisiete publicaciones de la revista Inspire inciden en sus consejos operativos para llevar a cabo la jihad individual en la necesidad del planeamiento basado en la inteligencia, de cara a maximizar el número de bajas o alcanzar un mayor impacto mediático con la operación.

Finalmente, contrariamente a lo que las estadísticas dicen de muchos pseudocomandos, que acaban con su vida antes de ser capturados o abatidos, esta opción no se contempla en el terrorismo jihadista, primeramente porque ello sería cometer suicidio, lo cual está penado en el Islam, y en segundo lugar porque la doctrina jihadista promueve la maximización de víctimas a través del martirio del atacante –morir matando-, por lo que en el terrorismo jihadista lo que se puede esperar como desenlace es un caso de asesinato-suicidio –abatido por las fuerzas de seguridad- o inmolado, sea entre las víctimas iniciales o atacando a los primeros respondientes; en cualquier caso, el atacante moriría como un *shahid* o mártir, teniendo garantizado el Paraíso.

Para concluir y respecto a lo anterior, debemos mencionar que en multitud de incidentes activos el atacante efectivamente espera morir, en el caso del terrorismo jihadista como parte de la construcción ideológico-religiosa del ataque, mientras que en el caso de incidentes no terroristas, debido al propio perfil psicológico del atacante, generándose una situación del denominado asesinato-suicidio, en que de no morir a consecuencia del propio ataque –terrorismo suicida, vid. Infra, p. 38-, el atacante es abatido inevitablemente por los equipos de respuesta táctica (Sinai, 2016).

Ataques no-activos o reactivos. Con este concepto queremos remarcar que, pese a que las víctimas potenciales tienen capacidad de gestión respecto a la asistencia primaria a otras víctimas, carecen de capacidad para gestionar el ataque como tal, exclusivamente pueden reaccionar una vez que éste se ha producido. En este subapartado mencionamos el uso de artefactos explosivos improvisados y el terrorismo suicida.

Este set de modus operandi basados en el uso de explosivos y mayoritariamente artefactos improvisados quedaría a nuestro entender fuera de la categoría de incidentes activos puesto que, una vez detonado el explosivo, la víctima, si bien sí puede minimizar el número final de bajas, poco puede hacer a la hora de gestionar el incidente como tal en tanto en cuanto a explosión. Por explosivo entendemos toda mezcla de componentes químicos cuyo principal uso es provocar una explosión, que, sin embargo, se suele producir gracias a un artefacto que lo contiene, y a un elemento eléctrico o transmisor de energía que causa una determinada reacción en cadena y detona la mezcla. Según el NFPA

Fire Protection Handbook, podemos entender por explosión la rápida liberación de gas a altas presiones en la atmósfera y que se disipa de forma radial a través de una onda expansiva centrífuga, que crea a su vez una sobre-presión sobre la zona afectada, provocando daños en personas, equipos o estructuras (Burke, 2018, 444-445). Es esta onda expansiva de alta presión la que traslada la metralla y restos arrancados por la propia explosión de forma radial, junto con altas temperaturas, incrementando el potencial letal de la detonación o deflagración.

- **IEDs.** Los artefactos explosivos improvisados han sido una de las armas clásicas del terrorismo desde la oleada anarquista, utilizándose tanto para llevar a cabo asesinatos selectivos –magnicidios como el de Carrero Blanco- a matanzas masivas –Hipercor, por ETA, o el atentado de Omagh, por el IRA, o el ataque al edificio Murrah por Timothy McVeigh-. Por tanto, la letalidad del ataque depende de la sofisticación del planeamiento, y en este sentido son clave dos elementos: la capacitación técnica del fabricante del artefacto explosivo, que puede coincidir o no con el atacante, y el acceso a dichos explosivos. Los explosivos pueden ser de uso civil, como la nitroglicerina o la propia dinamita, militares según su disponibilidad –en muchos casos robados de arsenales o de munición abandonada, como sucedió con frecuencia durante los años de la insurgencia iraquí- tales como TNT o C4, de especial importancia en el caso del terrorismo, caseros fabricados con materiales de uso dual como pueden ser fertilizantes, acetona, etcétera (Kopp, 2008). Mientras que el origen de los dos primeros se halla en el contrabando –11-M- o robo –el citado caso de la insurgencia iraquí-, la fabricación casera es un recurso tradicional del terrorismo, desde grupos organizados como ETA –amonal y amosal- a terroristas individuales como Timothy McVeigh –furgoneta bomba con explosivo compuesto por 3000 libras de fertilizante y combustible diésel (FBI, n.d.)- y Anders Breivik. En la arena jihadista, ya en el primer número de la revista Inspire, en 2010, se publicaba un artículo titulado “Make a bomb in the kitchen of your Mom”, donde se explicaban minuciosamente los pasos para elaborar explosivo casero y ensamblar artefactos básicos en contenedores tales como fragmentos de tubería u ollas a presión, incluyendo aspectos tales como el uso de temporizadores y metralla para maximizar el número de bajas (Chef, 2010). Debemos hacer una especial mención al TATP o peróxido de acetona, apodado por su capacidad explosiva como “Madre de Satán”, un explosivo altamente inestable que la propaganda jihadista ha convertido en uno de los más utilizados, primero por al-Qaida y después por el Estado Islámico en sus atentados con explosivos por su fácil elaboración a partir de materiales civiles de uso cotidiano como lejía, acetona –laca de uñas-, ácido sulfúrico –fácilmente extraíble de baterías de vehículos o hardware, si bien la concentración requerido del mismo debería ser al menos del 85%-. El TATP ha sido utilizado en los atentados de Londres de 2005, en Bruselas en marzo de 2016 y en la casa de Alcanar en agosto de 2017, si bien explotó antes del ataque en Barcelona debido a su inestabilidad. Al no tratarse de un explosivo aromático, como los fabricados sobre base de nitrógeno –amonal, amosal, etcétera- es

especialmente útil para burlar la mayoría de escáneres (Burke, 2018, 457). Como se mencionaba, pese a tratarse de uno de los explosivos de más fácil fabricación, ganó popularidad en la arena jihadista tras publicarse en 2011 un manual para su fabricación en el número 6 de la revista Inspire, de al-Qaida (Khateer, 2011, 39-45), artículo que ha sido reproducido a posteriori en diversos manuales del lobo solitario y vídeos. El último documento formativo del que tenemos constancia es un vídeo viralizado en el invierno de 2017 con un vídeo-tutorial de casi veinte minutos explicando paso a paso la elaboración del explosivo y del propio IED por un miembro del Estado Islámico. Finalmente, dependiendo del objetivo del ataque el medio de despliegue del IED será uno u otro; así, los coches-bomba –IED montado sobre un vehículo, como en el caso de las bombas lapa de ETA utilizadas para asesinatos selectivos grupales, o donde el propio contenedor y sistema de detonación es el vehículo, que contiene la carga explosiva, como en el caso de Timothy McVeigh en el edificio Murrah de Oklahoma para provocar daños personales y estructurales masivos- proveen movilidad y camuflaje al artefacto; los FPIED (Formed Projectile IED) son IEDs estáticos introducidos en hoyos excavados en el suelo y cubiertos con una plancha de hierro o metal que, al ser detonados a distancia y por efecto de la onda expansiva, deforman la placa de metal haciendo que ésta actúe como proyectil, actuando como mina contra vehículos blindados militares durante buena parte de la insurgencia iraquí, o finalmente, los IEDs desplegados por individuos en el terrorismo suicida que mencionaremos a continuación.

- **Terrorismo suicida.** El terrorismo suicida se puede definir como aquél modus operandi destinado a infligir daños sobre individuos o infraestructuras, y donde la muerte del perpetrador es condición necesaria para el éxito de la misión (Moghadam, 2008, 6). Puesto que podemos referirnos a este modus operandi como “bombas inteligentes”, su letalidad e impacto psicológico es todavía mayor. Por ello también sus objetivos se pueden adaptar tanto a militares –caso de Beirut en 1983- como a civiles, tónica que en las últimas décadas se ha mostrado más frecuente.

Respecto a la selección de objetivos, más de un tercio de los ataques ha tenido por objetivo a civiles, mientras que el resto de ataques se reparten entre objetivos militares, relacionados con las fuerzas de seguridad de los Estados y personal diplomático. Sin embargo, un matiz debe ser introducido al respecto, pues la mayoría de ataques sobre personal militar o de seguridad han tenido lugar en el contexto de las guerras de Afganistán e Iraq, y con posterioridad en escenarios como Somalia, por lo que para el tema que nos ocupa nos centraremos en ataques suicidas fuera de escenarios de conflicto –que entendemos como aquellos en que tienen lugar enfrentamientos armados entre dos contendientes-, cuyo principal objetivo es población civil.

Sobre objetivos civiles, el terrorismo suicida ha tenido su punto álgido entre 1993 y 2005 en Israel, con un repunte desde el año 2000. Protagonizado primero por los grupos islamistas Hamas y Jihad Islámica Palestina contra los Acuerdos de Oslo, la mencionada masacre de Hebrón desató en 1994 una oleada de ataques en venganza donde un ingeniero de Hamas, Yehya Ayyash, comenzó a diseñar nuevos artefactos fácilmente transportables por el futuro shahid, cargados con explosivos cada vez más eficientes y ligeros (Katz, 1996). Los modelos de Ayyash han perdurado en el tiempo e incluso han constituido la base de buena parte de los programas de terrorismo suicida tanto de al-Qaida como del Estado Islámico. El caso palestino, cuyas directrices han sido posteriormente adoptadas por el jihadismo global en base a su probada efectividad, primaba la capacidad del shahid para alcanzar el objetivo y poder detonar el artefacto, por lo que se trabajó intensamente en el peso, tamaño y disposición del mismo para que pudiera pasar desapercibido en los cacheos rutinarios en los accesos a Israel. El artefacto es detonado a voluntad del shahid cuando considera que el número de víctimas es el adecuado o que su misión va a ser neutralizada, quedando siempre la opción de no encontrar un momento adecuado y poder cambiar de ubicación en busca de un nuevo escenario que atacar, como fue el caso del Hotel Netanya Park, en Netanya, Israel, en abril de 2002. Otro recurso clásico es el “deadman button” o mando para la activación del artefacto que porta el terrorista y que actúa por falta de presión, por lo que en caso de ser neutralizado el atacante, al aliviarse la presión sobre el mando, éste detonaría la bomba.

Finalmente, respecto a la selección de objetivos, el terrorismo suicida como mencionábamos tiene la capacidad de poder infiltrarse en un determinado escenario y esperar el momento adecuado. Por ello preferiblemente ataca lugares con gran afluencia de víctimas potenciales, objetivos blandos tales como hoteles, restaurantes, eventos deportivos, pero también medios de transporte en hora punta, como el metro de Londres (2005). Parte importante del ataque, por encima de su letalidad, es el mensaje de miedo a la sociedad en su conjunto que envía, basado en un modelo de ataque que con frecuencia pasa desapercibido hasta que es demasiado tarde.

Para concluir, mencionar un modus operandi híbrido, basado en la combinación de elementos activos y reactivos, las **Operaciones Inghimazi**. El término “Inghimazi” deriva de la expresión coránica “*al-Ingimaz fi al-saf*” o “romper las filas enemigas” en alusión a la afirmación de Mahoma de que aquellos musulmanes que se lanzaran sobre las filas del enemigo se convertirían en mártires y alcanzarían el Paraíso (Moghadam, 2008, 104). Según la doctrina jihadista, es la operación en la que los mujahidines se infiltran en las filas enemigas para infligir daños y alcanzar el martirio. La única restricción a este tipo de operaciones es que sólo se deben llevar a cabo, individualmente o en grupo, cuando se tiene la certeza

de que se van a infligir daños al enemigo, pues de lo contrario se trataría de un suicidio. La valentía y arrojo que el ataque conlleva se presentan como una suerte de “propaganda por los hechos”, tanto para desmoralizar al enemigo como para movilizar a las bases sociales propias a través del nivel de compromiso del atacante o atacantes (Nuhas, 2014, 42-45). Este tipo de operaciones, que se ha convertido en un clásico especialmente en los ataques perpetrados por el Estado Islámico, recupera el modelo de ataque en comando, es decir, es llevado a cabo por un equipo de atacantes y no por un atacante individual como en muchos casos sucede en atropellos, apuñalamientos o tiradores activos. La táctica se basa en la idea de la maximización del número de víctimas a través de la combinación de especialmente dos tácticas, la del tirador activo armado frecuentemente con armas automáticas, y el uso de explosivos situados estratégicamente como artefactos suicidas o bombas trampa para ser detonados y herir a las víctimas frecuentemente en su huida de los tiradores, o contra los primeros intervinientes, maximizando así el número de víctimas tanto por los propios intervinientes como por las víctimas que quedan sin rescate ni asistencia. Se da también la circunstancia, por la misma motivación ideológica, de incluir en el ciclo de planeamiento dos fases en el mismo ataque: en primer lugar sobre las víctimas civiles, seguido de un periodo de enfriamiento en el ataque, que se reanuda deliberadamente con una segunda fase de ataque sobre los primeros intervinientes policiales a su llegada al lugar del incidente para neutralizar la amenaza. Casos como el de la Sala Bataclan son representativos de este tipo de ataques, si bien podemos mencionar otros casos como el de los hoteles de Bombay en noviembre de 2008; en estos dos casos concretos también se produjo toma de rehenes, si bien en la mayoría de ataques reseñados por las agencias de noticias del Estado Islámico este elemento no se produce. Por otra parte, este tipo de operaciones, como se mencionaba al comienzo, integran también la idea del martirio, conllevando la muerte del atacante durante la operación, por lo que bien a través del uso de explosivos adosados al cuerpo, o bien buscando ser abatidos por las fuerzas de seguridad mientras prosiguen disparando, hacen innecesaria la existencia de un plan de escape.

1.6.- Threat Assessment: pautas de identificación previas.

El proceso de gestión de incidentes armados, analizado desde una perspectiva sistémica, es un proceso fluido que pretende impedir otro proceso sistémico como es el de un ataque armado. Para ello, se puede actuar bien sobre el sistema de ataque en su conjunto o bien sobre las partes. El Threat Assessment es la parte del proceso que evaluaría los prolegómenos del ataque antes de que este se produzca. Este procedimiento, aunque derivado de las disciplinas de la psicología y la psiquiatría, no deja de ofrecer una serie de elementos de gran utilidad para los profesionales de la seguridad que, como intervinientes inmediatos, pueden

estar entre los primeros en identificar conductas de riesgo o sospechosas contando con un entrenamiento de base. Este artículo pretende acercar las líneas básicas del proceso a los perfiles más comunes de atacantes en incidentes activos.

Una amenaza es un peligro potencial. Al ser potencial, implica siempre un cierto grado de probabilidad y de incertidumbre, cómo se va a manifestar, cuáles serán sus consecuencias negativas, cuándo y con qué frecuencia se va a producir. Por violencia, entenderemos la agresión y daño intencionado y planeado, así como los comportamientos físicos o verbales que resulten en daño o miedo para la seguridad de terceras personas, y que se ejecuta de forma no consentida y sin sanción legal. Como veremos, el nivel de planeamiento puede ir de lo casi instantáneo a lo altamente elaborado, pero toda acción violenta requiere una determinada acción cognitiva, aunque ésta se manifieste en forma de factor desencadenante y violencia “impulsiva” (Meloy, Hart, and Hoffman, 2014, 3).

La evaluación de la amenaza evoluciona del concepto de evaluación de riesgo de violencia, método que estima la probabilidad de que un individuo presente una conducta violenta en su pertenencia a un grupo de riesgo. Basado en ello, la evaluación de la amenaza se preocupa del riesgo de violencia dirigida o intencionada –instrumental- que presenta un sujeto de riesgo (J. Meloy et al., 2012, 257). La evaluación de la amenaza tradicionalmente se ha basado en el recabado de información sobre el individuo y su comportamiento a través de entrevistas terapéuticas con profesionales de la psicología, sin embargo la ampliación del espectro de posibles sujetos protagonistas de incidentes armados activos ha llevado a plantear dudas acerca de este enfoque, que resulta limitado: dependiendo del perfil hay individuos que esconden sus indicadores de riesgo deliberadamente, que no son capaces de manifestarlos, o que durante las entrevistas mantienen un nivel de autocontrol que no deja entrever los indicadores requeridos. Por ello, la información debe provenir de un mayor número de fuentes y contar con estructuras que permitan poner estos datos y “red flags” en manos de los profesionales correspondientes, no solo de la sanidad, sino también de las fuerzas de orden público. Información sobre interacciones, comportamiento, comunicación verbal, escrita, gráfica, física o a través de internet, estresores, cambios en el comportamiento, etcétera pueden ser clave a la hora de realizar una evaluación de riesgo.

Estas red flags o comportamientos de riesgo apuntan a pautas que indican un cambio o aceleración en el riesgo de acción violenta por parte de un individuo. No son, por tanto, factores de riesgo como tal, sino procesos observables que pueden ayudar a la detección de un posible y previsible comportamiento violento. Meloy y O’Toole han sistematizado la siguiente lista operativa (J. R. Meloy and O’Toole, 2011, 514-515):

1.- Pathway o proceso: todo comportamiento que es parte de un proceso de investigación, planeamiento, preparación o de la propia implementación del ataque.

2.- Fijación. Comportamientos o declaraciones que denotan un incremento patológico en la preocupación del individuo por otro individuo, causa, lugar, etcétera.

3.- Identificación. Comportamiento que indica un deseo psicológico de convertirse en una figura –por ejemplo, un pseudocomando, con una identificación con atacantes previos, con convertirse en adalid de una causa, etcétera.

4.- Primera agresión. Ejecución de un acto de violencia por primera vez y no relacionado con comportamientos agresivos posteriores. Este comportamiento actúa como prueba para el individuo acerca de sus capacidades reales para llevar a cabo el ataque pre-planeado.

5.- Explosión de energía. Incremento en la frecuencia e intensidad de actividades relacionadas con un posible objetivo u objeto de obsesión.

6.- Filtración. La comunicación a una tercera parte de la intención de atacar un objetivo determinado.

7.- Amenaza directa. Comunicación directa de la intención de llevar a cabo un ataque al propio objetivo o a las fuerzas de seguridad.

8.- Último recurso. Incremento en la desesperación, nerviosismo o angustia en el individuo que se manifiesta de palabra o de obra.

Basándonos en la categorización de posibles perfiles de atacante que hemos identificado a lo largo de todo este capítulo, ¿cómo incidirían estos factores de riesgo en el desarrollo del incidente y cómo se manifestarían?

	Amok	Pseudocomando	Lobo solitario	Terrorista (jihadista)
Pathway	No se da como tal, el detonante provoca reacción de violencia	Ciclo de planeamiento del ataque: inteligencia, selección de objetivos, selección de	Ciclo de planeamiento del ataque: inteligencia, selección de objetivos, selección de	Ciclo de planeamiento del ataque: inteligencia, selección de objetivos, selección de

	impulsiva	armas, ataque, vía de escape.	armas, ataque, vía de escape.	armas, ataque, vía de escape.
Fijación	Se produce durante el periodo de tiempo en que el individuo tiende al aislamiento. Asuntos como pérdidas de empleo, seres queridos, etcétera.	Intensificación en la percepción de agravio respecto al objetivo. Deterioro en las relaciones sociales, especialmente en lo relacionado con dicho objetivo.	Proceso de radicalización.	Proceso de radicalización. Cambios de comportamiento, por ejemplo hacia costumbres, vestimenta o celebraciones.
Identificación	No aparece en el perfil.	Identificación con otros atacantes similares, perfiles narcisistas, etc. Ejemplo: el efecto copycat tras Columbine.	Identificación con otros atacantes similares dentro del movimiento. Identificación con la causa, venganza, convertirse en adalid o vanguardia, etc. Ejemplo: Timothy McVeigh.	Identificación con la causa defendida por el movimiento, percepción de membresía independientemente de la estructura organizativa de la misma. Efecto "Propaganda by the Deed" o captación de nuevos operativos a través del propio ejemplo que proporcionan los ataques y atacantes.
Primera agresión	No aparece en el perfil.	Dependiendo del perfil psicológico pueden darse ataques tentativos.	Dentro del ciclo de planeamiento para probar el modus operandi o primer ataque tentativo que	Dentro del ciclo de planeamiento para probar el modus operandi o primer ataque tentativo que permite

		Rasgos psicopáticos: tortura a animales, a compañeros de escuela, etc.	permite mejorar posteriormente la técnica.	mejorar posteriormente la técnica. El jihadista individual suele omitir este paso, llevando a cabo ataques de baja sofisticación.
Explosión de energía	Coincide con el propio ataque.	Ciclo de incremento de la intensidad del resentimiento y la percepción de agravio hacia el objetivo: escuela, compañeros, lugar de trabajo, etc.	Paso de la radicalización ideológica al interés por cuestiones operativas.	Paso de la radicalización ideológica al interés por cuestiones operativas.
Filtración	No aparece en el perfil al no haber planeamiento previo.	Comunicación a terceros, compañeros de escuela o trabajo más allegados, pseudocomunidad online, etc. de las intenciones.	Comunicación a terceros, ideológicamente afines, físicamente o a pseudocomunidad online, etc. de las intenciones.	Manifestaciones previas al ataque. En el caso del terrorismo jihadista, por ejemplo, juramento de lealtad distribuido a través de las redes sociales del individuo. "Testamento del mártir"
Amenaza directa	No aparece en el perfil al no haber planeamiento previo.	El planeamiento de la acción previene este ítem a corto plazo para evitar que el ataque se ve frustrado. Puede producirse a medio o largo	Selección de un rango de objetivos siguiendo una justificación ideológica por parte del movimiento.	

		plazo.	
Último recurso	Coincide con el propio ataque como mecanismo de desahogo.	Escalada de agresividad hasta considerar que la violencia es la única respuesta.	El ataque como mensaje político y operativo (terror y víctimas). Inserto en un conflicto asimétrico real o figurado.

Todos estos elementos no representan una lista inclusiva de todas las posibles manifestaciones de los mencionados factores de riesgo, pero sí algunas de sus principales formas presentes en las cuatro principales categorías de atacantes activos. Como se ha mencionado, el recabado de información por los distintos actores implicados en la gestión del incidente conlleva aparejada la necesidad de formación básica en cuáles son los factores de riesgo y sus posibles manifestaciones y, especialmente, el diseño de protocolos multinivel que permitan la comunicación entre dichos actores de cara a proporcionar una respuesta preventiva que pueda frustrar el ataque antes de que se produzca.

1.7.- Conclusiones parciales.

Los incidentes armados como forma de amenaza clásica pero tremendamente presente en la sociedad actual reviste una serie de pautas recurrentes que pueden contribuir a la alerta temprana acerca de los atacantes, así como una serie de indicadores que permiten inferir de forma prospectiva qué tipo de ataque se puede producir, y de este modo detectar también tempranamente que dicho incidente está en fase de planeamiento. Mientras que las cuatro categorías de atacante revelan rasgos comunes de personalidad, así como la ausencia de rasgos comunes para entrar en el ámbito de la ideología, las características de los mismos muestran un impacto tanto en la selección de objetivos como en el modus operandi a emplear, proporcionando una aproximación a posibles modelos de respuesta estandarizados de acuerdo con dichos sistemas de ataque y casuística. Todo ello, no obstante, sometido a criterios de flexibilidad.

2.- El Protocolo IBERO.

- Pedro Luis Salinas Casado, Sargento Jefe del Equipo Táctico de Respuesta y Rescate del Grupo de Acción Rápida, Guardia Civil
- Ricardo Montilla Canet, Técnico en Emergencias, Equipo Táctico de Respuesta y Rescate del Grupo de Acción Rápida, Guardia Civil.
 - Jacobo Carreras, Mosso d'Esquadra
- Iván Martín Gassol, Capitán del Grupo de Acción Rápida, Guardia Civil
 - Javier Ángel Puértolas, Mosso d'Esquadra
- Aitor Erice, Técnico en Emergencias Sanitarias, Voluntario DYA Navarra
- Rafael Losada Loriga, TES Central de Comunicaciones 112 SAMUR-PC
 - José M. Gil, Brigada del Mando de Operaciones Especiales del ET
 - Fermín Sola Barrena, Subinspector Policía Foral de Navarra
 - Raúl Artíguez Terrazas, TES Ambulancias Rodrigo, Gerencia de Emergencias Sanitarias de SACYL
 - Manuel Crivillén Roper, TJEDG SAMUR-Protección Civil
- Juan José Pajuelo Castro. Enfermero asesor unidades antiterroristas y operaciones especiales en medicina Táctico-Civil y de combate.
 - George W. Contreras. Paramédico EEUU (Nueva York)
- José Ángel Gutiérrez Sevilla, Enfermero. Instructor HAZMAT-NRBQ, Gerencia de emergencias sanitarias de Castilla Y León

2.1.- Consideraciones iniciales.

En los últimos años, los incidentes intencionados con múltiples víctimas, y principalmente ataques terroristas, han aumentado exponencialmente en distintos Estados miembro de la Unión Europea, así como en lugares donde sus ciudadanos tienen presencia habitual, especialmente en destinos turísticos del sur de Asia y norte de África. Ataques en los que el objetivo no es un individuo o grupo de población concreto, sino donde todos podemos ser víctimas.

El traslado de escenarios propios de un conflicto bélico hasta el corazón de nuestros propios Estados ha provocado un fuerte impacto en la población, plasmado en un incremento en la percepción de amenaza e inseguridad. Esta falta de seguridad física -objetiva pero con mayor frecuencia subjetiva- ha intentado compensarse con una mayor presencia de fuerzas de seguridad y fuerzas armadas, así como con el incremento en la acción de los servicios de inteligencia. Sin embargo, la asimetría propia del conflicto hace que en gran medida los modelos de respuesta sean más preventivos o reactivos -una vez iniciado el incidente, a través de mecanismos específicos de gestión- que disuasorios. Por ello, la implementación de protocolos de respuesta a incidentes armados, sean o

no terroristas, se ha convertido en perentoria para incrementar la eficacia ante una serie de situaciones para las que los servicios de emergencia no estaban en su mayoría preparados.

En España, la mayoría de planes territoriales de Protección Civil sólo recogen actuaciones genéricas sobre incidentes de múltiples víctimas (IMV), incluyendo procedimientos que no se adaptan bien a las características de la amenaza ni al tipo de respuesta requerido. Efectivamente, las tradicionales amenazas de origen natural o antrópico responden a leyes físicas o químicas, y sus resultados se producen en un espacio físico concreto, controlable o perimetrable, lo cual facilita la intervención de los distintos servicios -seguridad, salvamento, extinción de incendios o sanitarios- que pueden distribuirse en zonas funcionales según sus competencias. Sin embargo, el nuevo modelo de amenaza que representan ataques tales como los incidentes armados activos o el propio terrorismoihadista ha introducido nuevas variables: se trata de incidentes dinámicos, según la propia voluntad del atacante y sus capacidades, donde prima causar el mayor número posible de víctimas, donde el factor tiempo es variable según la motivación del individuo, y donde, por tanto, la zonificación clásica de los servicios de emergencias siguiendo criterios funcionales resulta tanto ineficaz como inviable frente a una amenaza mutable conforme el incidente se desarrolla. Por ello resulta vital incrementar la coordinación entre los diferentes servicios de seguridad y emergencias a través del establecimiento de protocolos de respuesta adaptados a un nuevo tipo amenaza que ha convertido en obsoletos los modelos estáticos clásicos.

La necesaria readaptación de las pautas de actuación debe pasar en primera instancia por la revisión de las evidencias, tales como:

- La casuística existente de incidentes similares a los que se quiera dar respuesta, junto con sus lecciones aprendidas y errores cometidos.
- Evidencias científicas existentes, especialmente en referencia a la asistencia sanitaria a las víctimas.
- Protocolos o pautas de actuación adaptadas en países del entorno o con características similares.

A todo ello, se debe tener en cuenta también la elaboración doctrinaria extranjera que, como muestra el caso estadounidense, sienta las bases de la medicina táctica civil de aplicación -y necesaria adaptación al caso español- en este nuevo tipo de amenaza como son los incidentes armados con múltiples víctimas.

2.2.- Lecciones aprendidas como base

2.2.1.- Las directrices TCCC.

La propia evolución del terrorismo internacional, así como incidentes de tirador activo, comunes principalmente en Estados Unidos, pero que también se han manifestado como *modus operandi* terrorista (vid supra, p.6) en ataques como el de Anders Breivik en la isla de Utoya, la Sala Bataclán en París o la Sala La Reina en Estambul, respectivamente, han puesto sobre la mesa la realidad de incidentes violentos con múltiples víctimas donde los medios empleados son más propios de una zona de conflicto. La consecuencia directa es la necesidad de adaptar los protocolos de respuesta de un modelo reactivo a modelos activos que garanticen la mayor tasa de supervivencia posible, así como la autoprotección de los propios intervinientes. Asumido este hecho, tanto la investigación científica como la praxis policial, especialmente tras incidentes armados como el de la escuela elemental de Sandy Hook, comenzó a absorber el acervo de conocimiento generado en conflictos bélicos, donde se han desarrollado múltiples herramientas en el campo de la medicina, la protección y la táctica, y establecido protocolos que, al menos parcialmente, podrían extrapolarse parcialmente al ámbito civil como respuesta a este nuevo modelo de terrorismo cuya respuesta pasa por acciones civiles que requieren, a su vez, acciones tácticas. Gran parte de este acervo deriva de los estudios de Frank Butler y John Hagmann, quienes en 1996 publicaron por primera vez las directrices TCCC (Tactical Combat Casualty Care), tras analizar la presencia del “medic” o “proveedor” de medicina armado en entorno de combate, que, sin ser propiamente un médico o licenciado en medicina o enfermería, ejecute la primera fase asistencial en condiciones de superioridad de fuego (Pajuelo Castro, 2017).

Las directrices TCCC se basan en una estructura temporal que articula una serie de acciones y técnicas de primeros auxilios, apoyadas por herramientas modernas como torniquetes comerciales, agentes hemostáticos, vendajes compresivos, parches oclusivos o cánulas nasofaríngeas, y donde queda claro que la seguridad del personal sanitario está por encima de la asistencia. Dichas directrices señalan tres fases asistenciales:

- C.U.F. o Care Under Fire (Cuidados bajo el fuego o amenaza directa).
- T.F.C. o Tactical Field Care (Cuidados tácticos de campo)
- TACEVAC o Tactical Evacuation Care (Cuidados en la Evacuación Táctica).

Cada una de estas fases viene definida por la situación táctica. Mientras en CUF la prioridad es la superioridad de fuego, la extracción rápida y el uso precoz del torniquete para controlar los sangrados de riesgo vital en extremidad, en la

fase TFC se aplicarán las medidas sanitarias que recoge el algoritmo MARCHED (X-ABCDE) (CALL, 2017, pp. 63-69).

La mejora que supone la introducción de las directrices TCCC en la cadena de supervivencia táctico-sanitaria, unida a las mejoras en materia de protección, la rapidez en los modernos medios de transporte, la especialización del personal sanitario a la hora de asistir y resolver temporalmente las tres causas de muerte prevenible en combate –hemorragia masiva exanguinante, obstrucción de vía aérea y neumotórax a tensión-, y poder realizar una transferencia rápida a personal sanitario más adiestrado, dando continuidad a la cadena asistencial, han logrado obtener una evidente mejora de las tasas de supervivencia en combate.

2.2.2.- La traducción al ámbito civil: las directrices TECC.

Fruto del cambio en el ecosistema de seguridad en Occidente, plasmado principalmente en el auge del terrorismo global, que se basa a su vez en la maximización del número de víctimas, pronto resultó patente que el resultado de dichos ataques, a los cuales también se unían incidente activos como tiroteos en masa –ciertamente más frecuentes en Estados Unidos que en los países europeos- tenían resultados en buena medida similares a aquellos producidos en escenarios de conflicto. Las directrices TECC (Tactical Emergency Casualty Care) nacieron en 2011 como un conjunto de pautas y buenas prácticas basadas en evidencias científicas y recolección de datos, aplicables a entornos civiles prehospitalarios con alto grado de amenaza, basadas en las evidencias recopiladas en las directrices TCCC, pero adaptadas al ámbito civil, tanto operativo como médico: en resumen, mientras que las directrices TCCC son directrices de medicina militar para el cuidado de los heridos en combate, las directrices TECC son directrices de medicina civil en entorno táctico –hostil o de alto grado de amenaza, como durante un incidente activo-; por ello y pese a su íntima relación, presentan un léxico, objetivos, aplicaciones y flexibilidad específicas a sus diferentes ámbitos de acción (C-TECC, 2018).

Las principales diferencias entre las directrices TCCC y las directrices TECC figuran brevemente reseñadas en la siguiente tabla:

TCCC	TECC
Según el entorno	
Ambiente hostil y acción continuada	Acción centrada con clara superioridad táctica y armamentística.
Sin medios o con medios escasos	Medios múltiples
Protección balística y blindajes	Civiles sin protección balística.
Tiempo de traslado hospitalario prolongado.	Tiempo de traslado breve.
Población joven y sana.	Poblaciones especiales (geriátricos, pediátricos, en estado de gestación, con patologías previas o diversas formas físicas)
Según la zona de asistencia	
CUF (Cuidados Bajo el Fuego)	DTC (Cuidados bajo Amenaza Directa)
TFC (Cuidados Tácticos de Campo)	ITC (Cuidados bajo Amenaza Indirecta)
TACEVAC (Evacuación Táctica)	EVAC (Evacuación Sanitaria)

Fuente: elaboración propia de los autores en base a directrices TCCC y TECC.

Un ejemplo de algoritmo –acrónimo nemotécnico que facilita recordar una secuencia de acción determinada- es MARCHED.

En resumen, el Tactical Emergency Casualty Care incluye los siguientes objetivos:

- Sopesar entre amenaza, competencias asistenciales en el ámbito civil, diferencias en la población civil, limitaciones en el equipo médico y, los diferentes recursos disponibles para hacer frente a las emergencias no convencionales.
- Establecer un marco de referencia que sopesa riesgo-beneficio para toda asistencia médica operacional civil.
- Proporcionar una guía sobre el manejo de las muertes prevenibles en o cerca del punto donde se produce la lesión.
- Minimizar el riesgo para el asistente mientras se maximizan los beneficios para el paciente.

MARCH-ED. Un ejemplo de algoritmo –acrónimo nemotécnico que facilita recordar una secuencia de acción determinada- común es el MARCHED.

M-assive hemorrhage. Control de Hemorragias Masivas mediante presión directa y colocación de torniquetes en localizaciones anatómicas que permitan su colocación. Agentes hemostáticos o vendas estándar para empaquetar la lesión, y vendajes compresivos en lugares donde no sea anatómicamente viable la colocación de los torniquetes. Además, se incluye la inmovilización del anillo pélvico ante sospecha o diagnóstico de fractura de pelvis según mecanismo lesional, y especialmente si existe inestabilidad hemodinámica.

A-irway/Vía Aérea. Inicialmente mediante apertura manual con maniobras básicas y cánulas nasofaríngeas. Posteriormente se podrán emplear dispositivos supra o extraglóticos, o realizar la cricotiroidotomía quirúrgica o intubación endotraqueal según nivel de amenaza, competencias del asistente, número de víctimas y, situación clínica de las mismas.

R-espiration/Ventilation. Respiración/Ventilación. Tratar heridas abiertas en tórax mediante parches oclusivos valvulados/canalizados, siempre y cuando se pueda continuar reevaluando a la víctima y, descomprimir los neumotórax a tensión mediante aguja/catéter 14 G de 8 cm. de longitud (o 10 G), si se dispone de ellas o, con una aguja/catéter 14 G estándar.

C-irculation. Circulación. Reposición de fluidos sólo en pacientes en shock hipovolémico realizando una reanimación hipotensiva hasta recupera pulso radial y mejorar nivel de conciencia (TAS 90 mmHg) y, en pacientes con un TCE asociado una TAS > 90 mmHg para evitar la hipoperfusión cerebral.

H-ead/Hypothermia. Cabeza (Head) e Hipotermia. Manejo del TCE y prevención de la hipotermia precoz con medios activos.

E-verything else. Todo lo demás. Como analgesia, antibioterapia, inmovilización de fracturas, manejo de quemaduras, etc.

D-ocumentation. Documentación. Documentación del tratamiento realizado en tarjeta y/o informe que acompañará a la víctima a lo largo de todos los escalones asistenciales.

Si bien este acrónimo se emplea en todas las zonas/fases asistenciales, en la fase de amenaza directa o zona caliente la asistencia queda limitada al manejo de las hemorragias masivas mediante torniquetes y, si procede, al manejo de la vía aérea mediante maniobras básicas o mediante posición lateral de seguridad (PLS).

2.2.3.- Los Consensos Hartford.

Un tercer hito en la sanidad táctica civil lo marca el ataque perpetrado por Adam Lanza en abril de 2012 en la escuela primaria de Sandy Hook, donde fallecieron veintiocho personas, en su mayoría niños. La masacre generó un amplio debate en la sociedad estadounidense acerca de la necesidad de contar con respuestas coordinadas ante este tipo de incidentes. Dicho debate reunió en 2013 por primera vez bajo los auspicios del American College of Surgeons al denominado “Comité Conjunto para la Creación de una Política Nacional para Incrementar la Supervivencia en Incidentes con Múltiples Víctimas e Incidentes de Tirador Activo”, en el que participaban también parte de la comunidad médica, el gobierno federal, el Consejo de Seguridad Nacional, Ejército, FBI, y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de asistencia médica. Reunido dicho comité en el hospital de Hartford, Connecticut, las recomendaciones alcanzadas en forma de cuatro informes han pasado a conocerse como los Consensos Hartford (FACS, 2013):

1. Improving Survival from Active Shooter Events: The Hartford Consensus.
2. Active shooter and Intentional Mass-Casualty Events: the Hartford Consensus II
3. The Hartford Consensus III: Implementation of Bleeding Control.
4. The Hartford Consensus IV: a call for increased national resilience.

Es en el seno de los Consensos Hartford donde se genera el acrónimo THREAT –amenaza o peligro en inglés-, que se ha convertido en una norma nemotécnica también de aceptación mundial, pues marca la secuencia de actuación en la gestión de un incidente con múltiples víctimas y especialmente de tirador activo (American College of Surgeons, 2015):

T – Threat Supression: neutralización o bloqueo de la amenaza.

H – Hemorrhage control – control de las hemorragias masivas con riesgo vital.

R. E. – Rapid Extrication to safety area. Evacuación rápida a punto seguro.

A – Assessment by medical providers. Evaluación por personal sanitario.

T – Transport to Definitive Care. Transporte al centro sanitario definitivo correspondiente a las lesiones de la víctima

Son las recomendaciones de los Consensos Hartford las que han dado un paso más en el ámbito de la medicina táctico-civil, al poner en primera línea y con un rol activo al interviniente inmediato, en otras palabras, a la sociedad civil. Así, en el último lustro se han desarrollado diferentes programas de formación para los ciudadanos como intervinientes inmediatos, tales como “Bleeding Control”, “Stop the Bleed” o su versión acreditada española “Evita una muerte, está en tus manos”. Del mismo modo, también se ha incrementado el número de formaciones específicas para primeros intervinientes profesionales como el “LEFR-TCC” o las propias formaciones en TCCC o TECC.

Algunas de las medidas reseñadas dejaron patente su eficacia durante el atentado del maratón de Boston, el 15 de abril de 2013, cuando dos jóvenes de origen checheno que seguían las directrices doctrinales y operativas de al-Qaeda, colocaron en el trayecto de la carrera dos ollas a presión con explosivos, causando tres víctimas mortales y 282 heridos. El reducido número de muertos se debió en gran medida a la rápida y efectiva actuación de los intervinientes inmediatos –la ciudadanía- y a la rápida acción coordinada de los servicios de emergencias.

La casuística constituye un corpus de lecciones identificadas y en algunos casos aprendidas que permiten elaborar una serie de pautas establecidas en forma de un protocolo de actuación acorde con los medios, la problemática y la legislación de cada país. En este sentido, los protocolos estadounidenses están adecuados a su propio sistema de emergencias, donde la atención prehospitalaria recae en manos de la figura –inexistente en el marco jurídico español- del paramédico, que sin la misma preparación que un médico o enfermero titulado, permite asistir grandes demarcaciones de terreno donde sería imposible un despliegue sanitario como el llevado a cabo en circunstancias similares en

España. Por ello, dadas las especificidades del sistema español, resulta indispensable realizar guías, recomendaciones y directrices similares a las presentes en los Consensos Hartford, pero adaptadas a la legislación, problemática y sistema de emergencias propio.

Sin embargo y pese a este marco de referencia, el caso español tiene sus propias especificidades, por lo que cualquier modelo de respuesta debe ser adaptado a éste. El Protocolo ÍBERO pretende dar respuesta a este vacío, adaptando directrices y recomendaciones de validez internacional al entorno específico en que trabajan en España tanto Fuerzas y Cuerpos de Seguridad como servicios de emergencia.

2.3.- De la definición de la amenaza a la gestión del incidente: la prevención y detección.

Una vez definida la amenaza y las principales conductas de riesgo presentes en un incidente armado, sea o no de carácter terrorista, el uso de dichos identificadores (ver capítulo 1) posibilita el establecimiento de un marco de percepción de riesgo entre todos los intervinientes que permite a su vez la canalización de la Información de cara a la prevención, detección y alerta temprana de los incidentes, así como a su correcta gestión inicial.

Partiendo de la clasificación de intervinientes que proporcionan los consensos Hartford y las directrices TECC, éstos se dividirían en:

- **Intervinientes inmediatos.** “The individuals who are present at the scene who can immediately control bleeding with their hands and equipment that may be available” (American College of Surgeons, 2015). Las víctimas ilesas o con lesiones leves pueden actuar como primeros proveedores de asistencia (American College of Surgeons, 2013a), si bien una serie de elementos deben ser tenidos en cuenta para poder llevar a cabo dichas acciones de asistencia, que como se verá a continuación, va de la formación al posicionamiento de equipos de control de hemorragias accesibles al ciudadano.
- **Primeros Intervinientes profesionales y primeros intervinientes con deber de actuar.** Por primer interviniente entendemos “Law Enforcement and EMS/fire/rescue” (American College of Surgeons, 2015). A ellos, las mencionadas Directrices para Primeros Intervinientes con deber de Asistencia, matizan que las fuerzas del orden público y bomberos, pese a carecer de formación sanitaria como tal, tienen la obligación de asistir en contextos de incidente armado.

- Mención especial merecen, según la legislación española, los vigilantes de seguridad privada. Tomando como marco de referencia las Directrices del Comité Tactical Emergency Casualty Care (C-TECC, 2015) para intervinientes inmediatos, y por otro, las Directrices para Primeros Intervinientes con Deber de Asistir (C-TECC, 2017), y debido a su naturaleza dual en cuanto a personal con formación específica en materia de seguridad y con el deber funcional en base al trabajo que desempeñan de proteger las instalaciones en que están desplegados y a las personas que se encuentran en su interior (Deber de cuidado), pero como civiles que no pertenecen a fuerzas del orden público o servicios de emergencia, en esta categoría incluiríamos a los equipos de seguridad privada que actúan en múltiples objetivos blandos o *soft targets*, tales como centros comerciales o eventos de masas (Crevillén and Pajuelo, 2018).
- Profesionales de trauma: todo aquél personal sanitario que se encuentra en el entorno hospitalario cuyo papel en la supervivencia de las víctimas es de gran relevancia como personal del Servicio de Urgencias o de quirófano, además del personal de banco de sangre o de radiodiagnóstico, si bien estos dos últimos no estaría incluidos en esta clasificación.

Estos actores son clave a lo largo de todo el proceso de gestión del incidente, incluyendo la prevención, o fase previa destinada a detectar posibles factores de riesgo que deriven en una acción armada intencionada (vid. Supra, Definición de la Amenaza). Sin embargo, la prevención no es automática, sino que requiere una serie de pautas a interiorizar por la sociedad en su conjunto, partiendo de la base de que la seguridad es una responsabilidad común y no exclusiva de las fuerzas del orden público. Así, podemos señalar como principales los siguientes aspectos:

1.- Concienciación social de las posibles amenazas. Se debe crear tanto desde el ámbito público como privado una percepción o conciencia situacional de la existencia de una amenaza latente con riesgo de materializarse, en la que el ciudadano de a pie es un potencial interviniente inmediato y por tanto un elemento clave no solo en la gestión, sino en la alerta temprana y detección de posibles incidentes armados con múltiples víctimas. El ciudadano debe estar atento a determinados “inputs” que pueden darse en el transcurso de su vida cotidiana, ser consciente de cuanto pasa a su alrededor y activar su sentido de alerta. Campañas de concienciación pública como las realizadas por la Agencia de Seguridad en el Transporte (TSA) estadounidense, donde se anima a los usuarios a avisar a las fuerzas policiales en caso de detectar individuos u objetos sospechosos, son claro ejemplo de esta realidad (Transportation Security Administration, 2014).

2.- Detección o conciencia situacional. El concepto se basa en el conocimiento del entorno habitual para poder detectar factores externos que puedan constituir una amenaza. El objetivo es tener claro qué está ocurriendo para poder proporcionar una respuesta adecuada. En este aspecto la observación es un elemento clave, junto con la preparación mental ante posibles contingencias, dependiendo de los medios al alcance del individuo, que diferirán según la categoría del interviniente.

Sin embargo y dependiendo de interviniente a que nos refiramos, sus roles en materia de detección y prevención van a variar en función de sus capacidades y posición dentro del sistema de respuesta a incidentes armados con múltiples víctimas.

- Ciudadano o posible interviniente inmediato. El ciudadano debe de partir de la base de tener conciencia acerca de las noticias sobre posibles amenazas latentes y su implicación, así como de las recomendaciones de las instituciones públicas encargadas de la seguridad nacional. Ello le ayudará a discernir comportamientos potencialmente anómalos.

Sería recomendable que tanto instancias públicas como privadas formasen a la ciudadanía en aspectos tales como el "*predictive profiling*" para dotar a los potenciales intervinientes inmediatos de herramientas de detección y localización de posibles sospechosos mediante elementos identificables como pueden ser:

1. Formas de vestir no acordes con el clima, bien por demasiada en época de calor o ropa de agua cuando no hay lluvia, etcétera.
2. Intentos de disimular con ropa, etc., rasgos físicos característicos como cicatrices o tatuajes.
3. Excesiva sudoración sin causas físicas aparentes como exceso de peso o ejercicio físico.
4. Estado de nerviosismo o intranquilidad, que trata de ser disimulado, especialmente en presencia de fuerzas policiales o seguridad privada.
5. Comportamientos anormales, como observación disimulada de posibles objetivos a pie o desde vehículos estacionados, realizando fotos o meramente observando.

Del mismo modo, el ciudadano debe asimilar su propio plan de reacción ante incidentes de estas características: no manipular objetos sospechosos, conocer de antemano los números de emergencias y fuerzas

de seguridad, reconocer el entorno identificando vías de escape o zonas seguras para posibles confinamientos, etcétera.

- Seguridad privada o posible primer inmediato con deber de asistencia. Como ya se ha mencionado, la figura del vigilante de seguridad constituye un término medio entre ciudadano como interviniente inmediato y fuerzas de seguridad como primeros intervinientes, lo cual les sitúa en la categoría de intervinientes inmediatos con deber de asistencia. Por ello, si bien se les deben aplicar los mismos estándares que al ciudadano en tanto a conciencia situacional, también, y así lo reconoce la Ley de Seguridad Privada 5/2014, son agentes de la autoridad cuando cumplen funciones de apoyo o supeditadas a Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (*Ley 5/2014 de Seguridad Privada*, 2014). El trabajo cotidiano del vigilante en su centro de trabajo es un activo a la hora de detectar situaciones inusuales que puedan producir alarma, comportamientos anómalos o situaciones amenazantes, y discernir el tipo de posible amenaza que la situación entraña; sin embargo, para adquirir estas competencias la formación específica de los equipos de seguridad privada es necesaria. La misma formación es vital a la hora de realizar una primera evaluación de la situación en caso de producirse un incidente con múltiples víctimas, pues la información que el vigilante sea capaz de transmitir a los primeros intervinientes, con precisión y aportando el mayor número de detalles posible, contribuirá a que éstos puedan proporcionar una respuesta adaptada al incidente, mejorando la eficacia de la misma. Finalmente, los vigilantes de seguridad son un elemento clave durante la gestión del incidente por su conocimiento previo de la configuración de las instalaciones, los planes de evacuación y los protocolos de reacción ante incidentes; en cualquier caso, estas habilidades también deberían ser entrenadas a través de programas de formación continua específica y simulacros para detectar problemas en la implementación de los protocolos de respuesta y permitir su corrección.
- Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. Por su función, deberían estar actualizados y entrenados para reaccionar ante este tipo de incidentes, conociendo y dominando los protocolos actuales desarrollados de forma específica para los diferentes cuerpos y jurisdicciones, tales como el protocolo NIAS (Neutralización Inmediata de Atentado Súbito) en el caso de Guardia Civil, el protocolo AMOK y la circular 50 para coordinación de unidades en el caso de Policía Nacional, procedimiento de incidentes críticos de la Policía Autónoma Vasca, o el procedimiento AMOK y de atentados múltiples terroristas en la Policía Foral de Navarra.

Operativamente, se deben conocer y manejar diferentes demarcaciones y conceptos respecto a objetivos, con especial atención a los soft targets u

objetivos blandos (vid. Supra, p.7), sus planes específicos de emergencia y autoprotección, así como consideraciones acerca de si el espacio es abierto -impacto sobre el dinamismo de la amenaza- o cerrado -por ejemplo, concentración de gases tóxicos tras una explosión, incendios o derrumbes, etcétera-.

Finalmente, entrenamiento y preparación específica para este tipo de escenarios. Contar con el material adecuado en disposición de ser utilizado, en materia de autoprotección para responder de manera inmediata a cada tipo de posible amenaza, dominando su uso y manejo -chalecos antibala, armamento específico, etcétera. En el mismo sentido, las unidades deben contar con instrucción y material no solo para la neutralización de la amenaza, sino también para la prestar primeros auxilios y colaborar con los primeros intervinientes sanitarios en la zona de amenaza directa e indirecta según las directrices TECC en aspectos tales como el control de hemorragias masivas -MARCHED – fomentando la formación específica de las unidades de intervención en estas materias. Finalmente, para la consecución de todos estos objetivos es vital la realización de simulacros conjuntos con otras unidades y cuerpos, comprobando la capacidad de interacción y coordinación con otros cuerpos policiales y con los servicios de emergencia. Se plantea la posibilidad de la formación de las denominadas “Rescue Task Force” o servicios de emergencias médicas o bomberos protegidos por fuerzas y cuerpos de seguridad (NFPA, 2013), como una medida de extrema necesidad a la que se podría recurrir en casos de premura de tiempo y en ausencia de unidades especiales de rescate táctico, donde por tanto se hace necesario de cara a la minimización del número de muertes el acceso de los servicios de emergencia a la zona de amenaza directa. Sin embargo, está estadísticamente demostrado el alto riesgo que esta práctica entraña para facultativos sanitarios y bomberos.

- Personal SEM y bomberos. Centrándose en el aspecto de la prevención y preparación, basada en el actual estado de alerta frente a incidentes terroristas, esta subdivisión de los primeros intervinientes debe tener conocimiento detallado de la amenaza y sus modus operandi, de los planes de emergencia y protocolos internos y de coordinación en este tipo de acciones, especialmente respecto a la zonificación en incidentes con múltiples víctimas y las especificidades de los IMV bajo amenaza activa. Al igual que en el caso de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, la formación específica, el entrenamiento y la realización de simulacros es fundamental.
- Personal de las centrales de coordinación, tanto 112 de regulación integrada como centros de regulación médica como 061. El escalón del personal de los centros de coordinación es clave en la activación de los protocolos de respuesta al ser el primero en recibir y canalizar la información del incidente.

Por ello es vital que tenga un conocimiento adecuado tanto del fenómeno y amenaza a que se enfrenta como de los protocolos de respuesta integrales, realizando simulacros periódicos tanto de sala como de campo, con especial atención a eventos de masas por el mayor riesgo que conllevan.

La diversidad de actores hace obligatoria la elaboración de protocolos estandarizados para la actuación en estos casos, teniendo en cuenta las especiales circunstancias que este tipo de incidentes suponen. A su vez, estos protocolos deben integrar las lecciones aprendidas en simulacros y en pasadas acciones de este tipo, de forma adaptada a cada nivel de interviniente, del ciudadano a los servicios de emergencia. Si bien es cierto que en la mayoría de planes de emergencia se contempla la posibilidad de este tipo de incidentes, con frecuencia se descuidan algunos elementos específicos clave como:

- Cadena de mando que tomará el control en caso de incidente armado y que, por sus especiales características debería ser diferente de la que se formase en caso de catástrofe natural,
- Medidas de seguridad en las diferentes zonas de trabajo,
- Especiales características de las zonas de clasificación y triaje, atendiendo a las variables de seguridad -dinamismo de la amenaza- o climatología -en el caso de incidentes NBQR donde las condiciones meteorológicas pueden afectar la expansión de los daños.
- Medidas de seguridad en el transporte sanitario, las vías de comunicación por las que éste discurre y los centros hospitalarios ante posibles acciones secundarias.

Para concluir este apartado, la prevención pasa necesariamente por la realización de simulacros que prueben la eficacia de los protocolos. Los simulacros deben incluir la cadena asistencial completa, desde centros de coordinación a puestos de mando, para poder evaluar la coordinación y actuación de las diferentes unidades que pueden verse implicadas. Los simulacros deben ajustarse a la realidad para poder evaluar los resultados, por lo que se debe evitar cualquier tipo de pauta salvo las que establezcan los protocolos de intervención. Finalmente, deben incluir reuniones posteriores o auditoría del ejercicio para identificar los errores y fallos cometidos y poder corregirlos en los protocolos de actuación, tanto individuales como de coordinación.

2.4- El Protocolo IBERO.

Los cambios en el ecosistema de amenaza requieren, pues, una pauta clara de actuación coordinada frente a incidentes armados intencionados: IBERO. Este acrónimo pretende ser no sólo una vaga referencia patria a nuestros ancestros, sino, especialmente un homenaje a las víctimas del terrorismo en España. Es además, fácil de recordar, del mismo modo que el ABC para la valoración inicial de víctimas, o los algoritmos nemotécnicos THREAT o MARCH.

El significado del mismo responde a las siglas:

- Información del incidente.
- **B**loqueo de la amenaza.
- **E**scalonamiento de los servicios de emergencia.
- **R**espuesta y rescate.
- **O**rden y evacuación.

El protocolo IBERO es un protocolo de respuesta, es decir, se activa tras producirse el incidente. Pretende establecer un marco de actuación desde el inicio del ataque, donde surge la necesidad de analizar dónde se ha producido el incidente, su tipología, el escenario y la información de que se dispone para adaptar la respuesta y que ésta sea lo más eficaz y rápida posible, pues de ello depende cuál va a ser el saldo final de víctimas. La implementación de todo el protocolo tiene esa única misión: reducir los tiempos de respuesta, agilizar la cooperación entre distintos intervinientes y minimizar el número de víctimas, evitando que se produzcan más a través de la neutralización de la amenaza, y atendiendo lo antes posible a las que ya existen.

Por ello, se deben distinguir dos grupos principales de acción, los *primeros intervinientes policiales* y los *primeros intervinientes sanitarios*. Mientras en los primeros recae la responsabilidad de neutralizar la amenaza, asegurar la zona para evitar que nuevas víctimas accedan a la zona caliente o de amenaza activa, asegurar la salida segura de las víctimas, y proteger tanto a los servicios sanitarios que acuden en respuesta como las rutas de evacuación de heridos a centros hospitalarios como a los propios centros, es responsabilidad del responsable sanitario coordinar la asistencia estableciendo un puesto de mando avanzado, un puesto médico avanzado, un punto seguro de organización de recursos, zona segura de clasificación y triaje donde organizar la asistencia sanitaria y la evacuación, y la organización del carrusel de ambulancias para evacuar a todos los heridos una vez triados y priorizados a los centros hospitalarios

correspondientes.

De la cadena asistencial que conforman intervinientes inmediatos (ciudadanos), primeros intervinientes policiales y primeros intervinientes sanitarios depende la tasa de supervivencia. Tradicionalmente, se ha considerado “la hora de oro” como el estándar de los equipos de asistencia prehospitalaria como el tiempo máximo desde que se produce el incidente hasta la llegada del herido al hospital. Esta norma, sin embargo, se matiza en incidentes con múltiples víctimas en “20-60-90”: veinte minutos desde el inicio del incidente hasta que el herido es evacuado de la zona caliente, sesenta el tiempo máximo para ser trasladado a un hospital con capacidad de tratar sus lesiones, y noventa el tiempo máximo para estar en quirófano. Como se verá más adelante, los intervalos de respuesta y la asistencia de las víctimas por el propio ciudadano, son clave en la minimización del número de víctimas.

2.4.1.- Información del incidente.

Este primer apartado hace referencia a la información que es necesario aportar al centro coordinador de emergencias (112) para la activación del procedimiento. Un individuo exhibiendo un arma por la calle puede no responder a un incidente armado. Un atropello puede ser accidental.

Para que el CCE-112 sea correctamente alertado y se proporcione una respuesta adecuada al incidente, corresponderá a las Administraciones Públicas establecer qué criterios concretos activarán el procedimiento. A continuación, se incluyen algunas consideraciones que pueden resultar prácticas a la hora de fijar estos criterios:

- El lugar del suceso es de pública concurrencia, está ocupado por muchas personas o con gran concentración de ellas.
- Al menos una persona dirige armas o vehículos contra el resto.
- Hay intención evidente de causar heridos o matar, independientemente del resultado.

Del mismo modo, algunas cuestiones que el operador puede tratar de recabar -teniendo en cuenta las dificultades que conlleva debido a la situación de estrés a que la víctima o interlocutor se puede estar viendo sometida y la fiabilidad que su testimonio puede tener- y que contribuirían a mejorar la eficacia de la respuesta serían:

- Detalles sobre el lugar del suceso y tipo de evento o instalaciones. ¿Se trata

de instalaciones de uso público como un centro comercial donde los usuarios -víctimas potenciales- no tienen por qué conocer el entorno o por el contrario responden a uso privado, como unas oficinas -donde las víctimas potenciales serán en su mayoría los trabajadores y sí lo conocen? ¿Hay presencia de seguridad privada? Identificar ubicación exacta de la víctima.

- Si se ha realizado una evacuación en las instalaciones y si existe una sala segura donde se haya llevado a cabo un confinamiento. Si no existe tal sala, ¿tiene constancia de que haya víctimas confinadas y de su ubicación?
- Número de víctimas que el interlocutor aprecia, ¿hay heridos o víctimas mortales?
- Breve descripción del ataque: disparos, fuego automático, explosiones, y si es posible y la víctima conoce el dato, número de atacantes. ¿Se halla o hallan en la misma ubicación o se trata de un ataque dinámico? ¿Puede proporcionar algún tipo de descripción?
- ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde el inicio del ataque hasta producirse la llamada?

En España, los servicios de emergencias tienen su propia sala de recepción de avisos (061, 062, 080, 091, 092...) o bien integradas (112), en las que en teoría se hayan representados todos los cuerpos. Sea cual sea el itinerario del aviso, debe reflejarse en los planes y procedimientos de actuación que el mensaje debe llegar a todos de la forma más rápida posible.

El despliegue de los primeros intervinientes policiales se nutre de esta información inicial. Por la propia naturaleza de estos incidentes, salvo en el caso de ataques de categoría *amok*, presentan un grado elevado de planeamiento y sofisticación, de modo que el despliegue siempre parte de la base de encontrar el peor y más complejo escenario posible. Desde este punto de partida se debe sistematizar la información disponible, teniendo en cuenta dos factores: que los equipos de seguridad privada suelen representar la fuente de información más fiable y que cuentan con sistemas de vigilancia de apoyo que a su vez proporcionan información añadida, y que las víctimas y testigos del incidente, pese a estar involucrados en el mismo, por la situación de estrés a que se ven sometidos pueden proporcionar información imprecisa.

2.4.2.- Bloqueo de la amenaza.

Una vez iniciado el incidente, la prioridad para todos los intervinientes es minimizar sus consecuencias, si bien dependiendo del interviniente a que nos refiramos sus capacidades y la gestión que podrá hacer del incidente variarán. En el caso de intervinientes inmediatos -ciudadanos- e intervinientes inmediatos con deber de asistencia -vigilantes de seguridad privada- la acción de minimización de víctimas se encuadra en el denominado bloqueo pasivo de la amenaza.

- **Bloqueo pasivo de la amenaza.** Busca reducir el número de víctimas potenciales, mediante la aplicación, en la medida de sus posibilidades, del procedimiento Proteger-Alertar-Socorrer/Corre-Escóndete-Lucha/Avisa (Gutiérrez and Gutiérrez 2018):
 - **Proteger.** Tras reconocer que se está produciendo una situación de peligro, el siguiente paso a seguir es ponerse a salvo uno mismo y a aquellos que quieran seguir los mismos pasos. En este sentido el término “Proteger” se debe asociar con los dos primeros estadios del procedimiento CEL, “Corre” y “Escóndete”.
 - **Corre/escapa.** Por “correr” entendemos “evacuar” la zona caliente o lugar donde se está produciendo el ataque, si es posible, hasta alcanzar un lugar seguro. Se debe abandonar las pertenencias no esenciales. Se debe evacuar a tantas personas como sea posible, si bien no se debe perder el tiempo en convencer a nadie, pues la amenaza es dinámica y el tiempo corre en contra de las víctimas potenciales. Se debe ser cauto, por otra parte, a la hora de seguir a la multitud, por correrse riesgo de caer en cuellos de botella y aplastamientos. Del mismo modo, las salidas de emergencia también deben usarse con precaución por ser posibles trampas colocadas por los atacantes para incrementar el número de víctimas.
 - **Escóndete:** si la evacuación no es posible o implica mayor riesgo, las víctimas potenciales deben buscar hacerse invisibles al atacante, poniéndose a cubierto o encerrándose en algún espacio seguro (“Confinamiento” o “Lockdown”), como habitaciones, huecos, etcétera, teniendo en cuenta la cobertura que ofrecen dependiendo del tipo de armas empleadas en el ataque. Una vez fuera del alcance del atacante, los siguientes pasos a seguir son silenciar el teléfono móvil, guardar silencio, y estructurar la información de que se dispone para, si es posible, ponerse en contacto con los servicios de emergencia. Para garantizar la seguridad de los confinados,

conviene bloquear los posibles puntos de acceso y alejarse de las puertas, colocándose en lugares que puedan proporcionar protección balística fiable. Apagar luces, poner el móvil en silencio y no hacer ruido.

- **Lucha.** Finalmente, retornando al procedimiento CEL, si el escondite es descubierto y en caso de peligro inminente, la única opción es luchar. Se recomienda que durante el intervalo de respuesta las víctimas confinadas elaboren un sencillo plan de contingencia adaptado al lugar en que se encuentran y con los medios de que disponen: se debe mantener en la medida de lo posible la comunicación con los servicios de emergencia para proporcionarles información en tiempo real a la hora de intervenir y realizar también en la medida de lo posible chequeos de seguridad para reevaluar el nivel de amenaza o si es posible la evacuación. Nunca se debe perder la ventaja táctica que supone el escondite, organizando los medios de que se dispone para defender a quienes están confinados, planificando posibles puntos de acceso del atacante que puedan aprovecharse para la defensa. Llegado el caso, luchar contra atacante con el objeto o método más contundente posible.
- **Alertar:** una vez a salvo, fuera de la zona de ataque, o dentro si no supone un riesgo de ser descubierto, y con la información de que se dispone relativamente estructurada, las víctimas podrán avisar al 112. Deberán aportar tanta información como sea posible: lugar, número de atacantes, armas que utilizan, número de víctimas. Desde el exterior, esta información se empleará en el punto anterior –Información del Incidente-, pues es vital que los servicios de emergencias puedan ser activados de forma precoz y que cuenten con información lo más precisa posible desde el propio lugar del incidente para proporcionar una respuesta adecuada, efectiva, y en el menor tiempo posible. Este punto es de especial relevancia en el caso de los intervinientes inmediatos con deber de asistir, el equipo de vigilantes de seguridad privada, por su especial conocimiento tanto del entorno donde se ha producido el ataque como de los protocolos iniciales de respuesta y por los medios con que cuentan frecuentemente a su disposición, como centros de control y circuitos CCTV que, especialmente en instalaciones cerradas, ofrecen información en tiempo real mientras protegen a los operadores en un entorno confinado.
- **Socorrer.** Una vez alertados los servicios de emergencias, las víctimas potenciales de un ataque tienen el deber de socorro a otras si no corre riesgo su propia seguridad. Tras una autoexploración necesaria en busca de heridas, tratar las propias y especialmente las posibles

hemorragias masivas, para a continuación evaluar a quiénes estén en la misma zona segura. Se debe realizar un primer triaje básico según la gravedad de las lesiones, priorizando en primer lugar hemorragias masivas a tratar con torniquete y en segundo lugar problemas en la vía aérea, a tratar con apertura manual y posición lateral de seguridad. Todo ello sin olvidar en ningún momento que la prioridad es la propia seguridad y que en una amenaza activa la zona segura puede dejar de serlo en cualquier momento por el propio dinamismo de estos incidentes. Estas acciones precoces durante el *intervalo de respuesta* o tiempo en que los primeros intervinientes llegan al lugar del incidente desde que se produce la primera notificación, son las que pueden prolongar la vida de las víctimas hasta que puedan ser atendidas por profesionales sanitarios. Este punto, piedra angular de los Consensos Hartford, implica, no obstante, una serie de capacidades en los intervinientes inmediatos que distan de ser automáticas o innatas, por lo que resultan vitales y necesarios los programas formativos destinados al entrenamiento de la ciudadanía en técnicas básicas de control de hemorragia masiva o manejo de vía aérea, como el programa “Evita una muerte, está en tus manos”, certificado por el programa estadounidense *Stop the Bleed*, que es a su vez resultado práctico de los propios consensos.

- Finalmente, una vez llegados al lugar del incidente los primeros intervinientes policiales, se deben seguir sus indicaciones. Posiblemente ellos estén buscando todavía amenazas activas, por lo que se deben evitar gestos bruscos o gritos, colaborando e informando de todo, especialmente durante el registro e identificación, siempre previo a la asistencia médica.

Es recomendable, finalmente, incidir en la formación en el procedimiento Corre/Escapa-Escóndete-Lucha en toda la estructura de intervinientes, así como en la formación específica que señalan los Consensos Hartford basada en el acrónimo THREAT, tanto para personal de seguridad privada como primeros intervinientes policiales y de emergencias médicas, que, a su vez también deberían contar con formación específica básica acerca de qué son los incidentes armados intencionados a los que pueden enfrentarse y cómo actuar de forma segura en ellos.

- **Bloqueo activo de la amenaza.** En segundo lugar, el bloqueo activo de la amenaza es el realizado por los primeros intervinientes policiales desplegados sobre el lugar del incidente.

Se ha de neutralizar la amenaza tan pronto como sea posible, sin embargo se debe tener en cuenta que a pesar de que los protocolos de respuesta

policial para este tipo de incidentes se activen en el momento de la notificación, los primeros intervinientes policiales en llegar al lugar del ataque serán patrullas sin equipación especial. Por otra parte, en los grandes eventos sí se contará con un despliegue de seguridad y servicios de emergencia preestablecido, que también debe tener presente la posibilidad de este tipo de amenazas activas a la hora de confeccionar el plan de emergencia del evento.

Es fundamental una primera cooperación entre vigilantes de seguridad privada -de haberlos- con los primeros intervinientes policiales en zona para canalizar la evacuación de víctimas de la zona de riesgo, así como para bloquear el acceso a la misma a nuevas víctimas potenciales e impedir en la medida de lo posible el desplazamiento de los atacantes: como medida de precaución, los atacantes pueden seguir a la masa, bien para huir confundidos con la multitud -caso de Nicholas Cruz, en el tiroteo del instituto Marjory Stoneman Douglas de Parkland, Florida- o bien para continuar matando. Se debe garantizar la fluidez de la evacuación, puesto que los estudios demuestran que la conducta de masas en situaciones de pánico tiende al caos (Fidalgo, 1995), favoreciendo la formación de cuellos de botella y aplastamientos, la salida en masa por los mismos puntos aunque no sean una salida de emergencia propiamente dicha, etcétera, por lo que evitar este tipo de situaciones es indispensable para no incrementar el número de víctimas ni de focos a los que asistir. Las primeras víctimas evacuadas a zona segura pueden comenzar a ser triadas y asistidas, por lo que se recomienda que tanto los equipos de vigilantes de seguridad como los primeros intervinientes policiales de patrulla cuenten con kits de control de hemorragia masiva entre sus herramientas de trabajo, tanto para posibles autoasistencias como para gestionar los primeros instantes en este tipo de escenarios.

En esta primera fase es crucial que hasta que no esté establecido un mando único sobre el terreno, el centro de coordinación integrado dé las instrucciones pertinentes, ya que será el único que inicialmente tendrá una visión general de lo que está ocurriendo, el alcance y los medios disponibles para responder al incidente. Del mismo modo, es de vital importancia contar con una comunicación clara y constante sobre lo que está sucediendo, teniendo la precaución de no saturar la malla de telecomunicaciones, por lo que podría ser una medida interesante a implementar contar con sistemas alternativos de comunicaciones fuera de los habituales, al objeto de evitar el colapso de la red.

Una vez suprimida la amenaza y considerando que el factor tiempo juega un papel fundamental y es directamente proporcional al número de víctimas resultantes, se debe asegurar la zona y seguir limpiando y consolidándola.

En esta primera fase se debe también proceder al aseguramiento de los servicios de emergencias y bomberos, con espacios de intervención sanitaria protegidos y balizados al efecto. Finalmente, y por la propia naturaleza de este tipo de amenaza que busca entre sus principales motivaciones maximizar el número de víctimas y gozar de alto impacto mediático, se debe considerar que puede ser el primer ataque de un encadenamiento de acciones armadas dirigidas a causar daños entre los servicios policiales de intervención táctica -maximizando el impacto psicológico al dañar a unas fuerzas socialmente consideradas como la elite de las fuerzas policiales (vid supra, p.38)- y a colapsar los medios sanitarios, ralentizando o imposibilitando la asistencia, lo cual a su vez redundaría en un mayor impacto psicológico y en el incremento de la percepción de amenaza entre la población civil.

2.4.3.- Escalonamiento de los servicios de emergencia.

Por escalonamiento de los servicios de emergencia se entiende el proceso por el que, una vez notificada la existencia de un incidente activo con múltiples víctimas, se activan de forma inmediata según una distribución funcional en la zona del incidente, a su vez dividida en subzonas operativas donde los primeros intervinientes policiales realizarán la neutralización de la amenaza y la primera asistencia en la zona de amenaza directa, y donde los servicios de emergencias, en zona segura o bajo amenaza indirecta, comenzarán la asistencia de las víctimas conforme son extraídas de la zona de amenaza directa.

Esta fase es característica de incidentes prolongados sobre la media temporal de los incidentes activos -en torno a quince minutos-, debido a situaciones de atrincheramiento o toma de rehenes, que buscan dilatar en el tiempo y el espacio la agresión, ganando así efecto mediático y psicológico y desestabilizando por la implicación de recursos durante un periodo prolongado de tiempo tanto a las unidades policiales de intervención como a los servicios de emergencia médica que actúan como primeros intervinientes. Ejemplos de acciones como estas son incidentes terroristas como el teatro Duvrovka de Moscú y la escuela de Beslán por terroristas chechenos, el ataque de Bombay en 2008, el ataque de Westgate Mall en Kenya, en 2013, o finalmente, la Sala Bataclán, en 2015. Sin embargo, no es un fenómeno característico del terrorismo jihadista, sino de los ataques organizados en general: ataques como el de la sinagoga Tree of Life del pasado octubre de 2018 en Pittsburgh dan muestra de ello.

Sin embargo, este tipo de incidentes activos conlleva un cambio en lo operativo, y es que para mantener la seguridad de la cadena asistencial se debe garantizar la seguridad de los servicios de respuesta sanitaria. En primer lugar, se

desplazarán a la zona del incidente exclusivamente las dotaciones imprescindibles, en previsión de ataques-trampa o de ataques en un segundo escenario, que quedarían desatendidos de desplegar todas las capacidades en el escenario inicial. En segundo lugar, se llevará a cabo el escalonamiento de los intervinientes sanitarios a través de una zonificación que garantice que su emplazamiento es seguro y por tanto que la cadena de supervivencia va a poder operar de forma continua, minimizando riesgos, pues sin rescatador no es posible el rescate. Dicho emplazamiento responde a un proceso de zonificación, señalado en el Consenso Hartford I:

- **Zona caliente.** A ella accede exclusivamente el personal con capacidad de respuesta armada. Se corresponde con la zona donde se bloquea activamente la amenaza (ver epígrafe anterior), si bien en situaciones donde el incidente se prolonga en el tiempo da paso al escalonamiento de los intervinientes, mientras que en incidentes activos de menor duración -amok, pseudocomando, donde atrincheramientos y toma de rehenes son infrecuentes- la zona caliente evoluciona con mayor rapidez en zona templada, reduciéndose los tiempos de escalonamiento. Su extensión dependerá de la amenaza -si se trata de un incidente de tirador activo la zona será más limitada que si, por el contrario, aparecen explosivos, agentes NBQR o francotiradores, que requerirían una mayor extensión zonal- y del tipo de espacio, abierto o cerrado o con estructuras sensibles próximas.

En un incidente NBQR la extensión de la zona caliente dependerá del tipo de sustancia encontrada y de las condiciones meteorológicas del momento, así como de si se hallan en entorno abierto o cerrado. Existen aplicaciones móviles y abundante bibliografía que señalan dichas distancias y medidas de seguridad dependiendo de los factores mencionados.

En el caso de francotiradores -tanto en disparos de precisión como en forma de tiradores activos, como en el ataque de Las Vegas en octubre de 2017- es importante definir la zona roja dependiendo de la posición que el francotirador ocupa, por lo que es vital contar con información fiable sobre su posición, origen y dirección del fuego y tipo de arma que utiliza, pues ello nos indicará la distancia efectiva máxima que puede alcanzar.

En caso de haberse producido explosiones, la definición de la zona caliente debe considerar la presencia de estructuras sensibles a posibles daños estructurales, derrumbes o incendios, tomándose las precauciones pertinentes a la hora de zonificar e incluir el área potencialmente peligrosa dentro de la zona caliente. Del mismo modo, y en espacios cerrados, pueden aparecer gases tóxicos o falta de oxígeno respirable -bien por la explosión o por la utilización de gases, incluidos los de uso policial- por lo

que es recomendable contar con dispositivos de medición de la cantidad de oxígeno y monóxido de carbono tipo Q-RAE. En este sentido, son los cuerpos de bomberos lo que mejor conocen el trabajo en este tipo de entornos, por lo que son el mejor elemento de asesoramiento.

Las unidades de intervención policial son las especializadas en la neutralización de este tipo de amenazas activas, por lo que cuando tomen el control tanto intervinientes inmediatos como intervinientes inmediatos con deber de asistir -seguridad privada- deberían quedar supeditados a ellos. Solo vehículos con blindaje adecuado para proteger de la amenaza latente deberían tener acceso a la zona caliente.

Para cuando la zona caliente esté definida ya se deberían de haber escalonado y establecido los equipos de atención sanitaria en la zona segura y haber accedido a la zona del incidente las unidades especializadas, por lo que se puede proceder a la evacuación de víctimas según dentro de la zona la zona caliente se establezcan áreas limpias de amenaza. Las víctimas en esta zona deben ser rescatadas y atendidas siguiendo las directrices señaladas en este documento, tales como MARCHED, y ser evacuadas a las zonas donde se encuentra el personal sanitario ya escalonado. Toda persona que salga de la zona caliente cuando la amenaza todavía se considera activa debe ser previamente identificada y asegurada, en prevención de posibles “Caballos de Troya”, en los que el atacante trate de huir confundido con las víctimas. Del mismo modo, también se requiere especial atención a pertenencias abandonadas tales como mochilas o bolsos, susceptibles de ser artefactos explosivos.

Los medios de comunicación que previsiblemente se personarán en el escenario del incidente no deberían tener acceso a realizar grabaciones del interior de la zona para prevenir la filtración de datos a posibles cooperantes en el ataque que se hallen en el exterior o que entorpezcan la investigación posterior del incidente.

- **Zona templada.** Es la zona de transición entre la zona caliente o bajo amenaza y la zona fría o segura. Es una zona de seguridad que siempre debe contar con protección y control sobre los individuos que acceden a la misma y donde solo tiene acceso personal autorizado.

En la zona templada se establece el área de clasificación y triaje de heridos. Por la proximidad con la zona caliente todo el personal debería llevar los equipos de protección individual adecuados -chalecos y cascos balísticos- e identificación clara de personal sanitario. El personal sanitario en todo momento debe estar protegido por las fuerzas y cuerpos de seguridad.

La zona templada y de triaje debe contar en todo momento con controles de acceso tanto para personal como vehículos y ambulancias, que deberían de ser fácilmente identificables y verificadas como tales, junto con sus ocupantes, a través de la misma malla de comunicaciones. La zona debe tener un acceso diferente a la salida de vehículos para evitar embotellamientos y se debe restringir la entrada de ambulancias a estrictamente las demandadas para evitar la saturación del espacio.

Se deben balizar y acondicionar los espacios de trabajo donde se va a realizar la asistencia a los heridos con medios adecuados. Se debe tener previsto el montaje de carpas en las que colocar a las víctimas para protegerlas en caso de producirse inclemencias meteorológicas. Es recomendable señalar convenientemente según los colores asignados para el sistema de triaje las zonas de colocación para cada grupo de víctimas conforme a su gravedad. La zona para pacientes urgentes debería contar con camillas extendidas para evitar dejar a la víctima en el suelo, previniendo la hipotermia y facilitando la movilización. Deberían desplegarse kits de control de hemorragias.

- **Zona fría o segura.** En ella se establecen los principales puntos de coordinación, el hospital de campaña, helipuertos de ser necesarios, etcétera. En esta zona el personal de emergencias no armado puede operar con libertad de movimientos dentro de las órdenes establecidas y tendiendo presente que debe haber seguridad, estar correctamente balizada y gozar de movilidad adecuada, puesto que debido al dinamismo de los incidentes activos puede convertirse en un momento dado zona caliente. Las concentraciones sanitarias se consideran en todo momento bajo posible amenaza, por lo que la alerta situacional debe permanecer activa durante toda la asistencia. Por ello también es recomendable contar con una zona alternativa para una posible reubicación de urgencia. En este sentido, también se debe tener en cuenta el control del tráfico rodado en el interior de la zona -incluyendo ambulancias y vehículos de evacuación- y un punto de concentración de recursos.

La zona fría es donde deberían posicionarse distintos elementos asistenciales. En primer lugar, una oficina para atención e información a los familiares, desviándolos a áreas de espera específicas. También es la zona donde se deberían ubicar los medios de comunicación, aplicándoseles las restricciones de vídeo e imagen necesarias para proteger la privacidad de las víctimas y los sanitarios en la realización de su trabajo.

Los Consensos Hartford sugieren como medida para reducir los tiempos de la cadena de asistencia la compresión de las distintas zonas, aproximando la zona templada a la caliente. Una solución parcial a este problema puede ser la creación

de zonas seguras intermedias, especialmente en eventos en los que se prevea gran concentración de personas (fiestas de ciudades o pueblos, espectáculos de afluencia masiva, zonas turísticas, etc.), y donde existen áreas diáfanas y defendibles próximas al lugar del incidente -plazas, aparcamientos, paradas de autobús- desde donde se puede acceder a las zonas de riesgo pero también establecer desde ahí una noria de evacuación hasta el punto de carga de ambulancias.

Finalmente, se debe contar como organismo coordinador con un *puesto de mando avanzado*, también debidamente protegido. Entre las ubicaciones óptimas se puede encontrar, en instalaciones que cuentan con seguridad privada, la sala de control, pudiendo utilizarse los sistemas CCTV e informáticos como parte del sistema de información durante la respuesta al incidente. Entre las funciones del puesto de mando avanzado podemos destacar el establecimiento de sistemas de coordinación en las comunicaciones para todos los servicios implicados, establecer objetivos y estrategias de acción como triajes rápidos, tratamiento y extracción, establecer las zonas de espera para los distintos equipos de rescate -sanitario, TEDAX, NBQR, bomberos, etc.- y las rotaciones de los mismos en caso de que la situación se dilate en el tiempo, establecer la zona protegida de triaje-identificación-clasificación y determinar los medios requeridos y código de autenticación para operar en dichas zonas, establecer la noria de ambulancias y sus correspondientes rutas protegidas de evacuación a centros hospitalarios previamente establecidos de acuerdo con sus capacidades de asistencia a trauma, servicios de urgencias y cirugía, así como el sistema de notificación a éstos acerca del traslado de víctimas y designar áreas de espera para familiares, atención psicosocial y zona de recuento, identificación y espera de víctimas mortales.

2.4.4.- Respuesta y Rescate.

Una vez neutralizada la amenaza se da una tercera fase en la respuesta táctica al incidente, la denominada fase aseguramiento y desactivación. Como su nombre indica, se persigue asegurar la zona frente a posibles amenazas secundarias como explosivos ocultos, atacantes camuflados entre las víctimas o apoyos que desde el exterior esperan para poder atacar a los intervinientes policiales y de emergencias. Siempre es recomendable, especialmente en caso de que se haya verificado que se trata de un atentado terrorista, la posibilidad de segundas acciones, y valorar una línea de acción planeada tanto a nivel operativo como de reparto de medios y recursos humanos y materiales para prevenir escenarios como el que se produjo tras el atentado de Oslo-Utoya, en el que Anders Breivik, primero con un coche-bomba y a continuación con un ataque de tirador activo logró colapsar el sistema de respuesta de la capital noruega. Del mismo modo, se

debe prestar especial atención en el aseguramiento tanto de la evacuación en ambulancias como de los centros hospitalarios, objetivos blandos especialmente vulnerables, así como a todas aquellas víctimas leves que acuden por su propio pie o en sus vehículos a los centros hospitalarios, por lo que el control del tráfico es otro aspecto no baladí que se debe considerar.

Por tanto, asegurada la zona y con el puesto de mando avanzado gestionando la evacuación a los principales hospitales y las posibles derivaciones a otros centros próximos, se procede al rescate o evacuación de las víctimas de la zona caliente. Para ello se deben desarrollar una serie de acciones de forma coordinada:

- Establecer equipos policiales especializados en la localización de artefactos explosivos y elementos terroristas. Establecer equipos de rescate con perros especializados en la localización de personas para detectar posibles víctimas escondidas o atrapadas. Establecer equipos criminalísticos o de policía científica especializados en la obtención, protección y salvaguarda de las posibles pruebas.
- Organizar pasillos seguros para la salida de todo el personal debidamente registrado e identificado. Valorar la posibilidad de acercar el área de clasificación y triaje para reducir el esfuerzo de los acarreos y traslados a pie, así como el uso de diferentes medios de transporte de heridos adaptados a las especiales características tanto del escenario como de las víctimas -tableros, camillas con ruedas, camillas tácticas de lona, camillas de rescate camillas improvisadas con medios de fortuna como manteles, sillas, etcétera-. Organizar la evacuación de las víctimas de la zona templada y fría a los centros hospitalarios adecuados.
- Finalmente, se debería tener prevista la integración de diversos modelos de equipos especializados en rescate táctico. En estos momentos en España conviven varios enfoques de respuesta táctico-sanitaria en incidentes armados con múltiples víctimas. El SAMUR de Madrid cuenta con los DEPAS (Dispositivo Especial Preventivo de Actos Antisociales), equipados con cascos y chalecos de protección balística, que podrían trabajar en zona templada de forma eficaz bajo protección de las Fuerzas de Seguridad. A su vez, el SEM de Cataluña cuenta con los ORCAS, su propia unidad de intervención y soporte y también dotados de equipación especial para el trabajo en zona templada, cuya función original es la de asistir al personal policial que pueda ser herido durante el operativo. Ambos equipos realizan formaciones específicas para trabajar bajo este tipo de amenazas.

Cada vez más miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado están formados en primeros auxilios básicos y control de hemorragias

masivas producidas durante un incidente armado. En determinados eventos de alto riesgo se despliegan equipos especializados en rescate táctico como el Equipo Táctico de Respuesta y Rescate del Grupo de Acción Rápida de la Guardia Civil quienes, en coordinación con los Servicios de Emergencias Médicas correspondientes, están encargados de prestar los primeros auxilios en zona caliente y de hacer una extracción rápida y segura. Del mismo modo, existen equipos en las policías autónomas vasca y foral - Navarra- equipados y formados para dar una primera respuesta y posicionarse como primeros intervinientes policiales e incluso prestar primeros auxilios en este tipo de entornos. Estas estructuras permiten una primera asistencia cualificada a las víctimas, un triaje inicial y una extracción segura de la víctima fuera de la zona de amenaza directa para su transferencia al personal sanitaria correspondiente, reduciendo cuantitativamente el tiempo de evacuación final.

Finalmente, Fuerzas Armadas tienen capacidad de despliegue de hospitales de campaña. Si bien su intervención no se contempla, en caso de Nivel de Alerta Antiterrorista 5 determinadas unidades de las Fuerzas Armadas apoyarían, de la forma que se determinase, las acciones policiales pertinentes. En este hipotético caso se podrían aprovechar no solo los recursos materiales militares tales como medios masivos de aeroevacuación o los propios hospitales de campaña, sino las capacidades táctico-sanitarias en entorno de combate que ciertas unidades de Operaciones Especiales contemplan y llevan a cabo en zona de operaciones durante despliegues en misiones internacionales.

2.4.5.- Orden y evacuación.

Esta fase final implica el control total del escenario presente en la fase anterior de Respuesta y Rescate ante amenazas intencionadas, de modo que otros servicios puedan acceder a la zona con seguridad y ocuparse de las amenazas no intencionadas derivadas, tales como incendios derivados de explosivos (equipos de extinción de incendios si es necesario), o de las víctimas (personal de los SEM).

El restablecimiento del orden implica también facilitar la evacuación de las víctimas. Los cuerpos policiales facilitarán vías de evacuación libres de tráfico hacia los hospitales de referencia tan pronto como sea posible, en cualquier caso en cuanto exista demanda de ello por los sanitarios, sin esperar a la resolución definitiva del escenario.

Además de la apertura de vías de salida, se facilitará la entrada para los

servicios de extinción de incendios y salvamento, en caso de ser necesarios, y de ambulancias o medios de logística sanitaria (carpas para montaje de puestos sanitarios avanzados, suministros, etc.) Todos estos recursos deberán estar identificados por el CCE-112, y sobre el terreno por los servicios que los han solicitado, negándose el acceso a los no solicitados.

Las funciones de los servicios de prevención y extinción de incendios se extenderán al control de las amenazas no intencionadas de origen antrópico, tecnológico o natural, como por ejemplo en extinción de incendios, rescate bajo estructuras colapsadas, control de vertidos, rescate de víctimas fuerza de la zona de amenaza directa, etcétera.

Por su parte, los servicios de emergencias médicas se ocuparán de la asistencia de las víctimas con la evacuación de las más graves tan pronto como sean rescatadas por los equipos de sanidad táctica y la estabilización y evacuación posterior de víctimas con lesiones moderadas y leves, así como la coordinación con centros como 112.

Finalmente, mencionar brevemente el estadio de *recuperación*, que va del establecimiento de lugares de apoyo a víctimas y familiares mediante apoyo psicológico, alojamiento, aparcamiento, duchas, comida, agua o bienes de primera necesidad, a la desactivación del personal de emergencias implicado a través de técnicas de *defusing* y *debriefing*, apoyo y descanso, o a la creación de grupos de trabajo multidisciplinares capaces de analizar los resultados de las intervenciones y extraer las lecciones aprendidas de cada caso, actualizando los protocolos utilizados en caso de necesidad.

3.- PROTOCOLO PREHOSPITALARIO.

- José Carlos Meneses Pardo, Hospital Universitario 12 Octubre/ Pre hospitalaria y Hospitalaria
- Vicente Priego Martínez, Gerencia de Emergencias Sanitarias de SACYL
- Armando J. Munayco Sánchez, Comandante Médico. (MD). Especialista en Medicina de Urgencias y Emergencias en Operaciones. Unidad Médica Aérea de Apoyo al despliegue de Madrid. UMAAD, Madrid
 - Pedro María Higuera Castañeda, Médico Adjunto, Gerencia de emergencias Sanitarias de SACYL
- Luis Miguel Maestro Gilmartín, Médico Adjunto Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de León
- Juan José Pajuelo Castro. Enfermero asesor unidades antiterroristas y operaciones especiales en Medicina Táctico-Civil y de combate
-

3.1.- Introducción.

El Tactical Emergency Medical Support (TEMS) (Apoyo Médico de Emergencia al Entorno Táctico Civil), tiene tras de sí una larga historia en los Estados Unidos. Sin embargo, a día de hoy, aún no existe un estándar de cuidados específico para TEMS, y para asistencia prehospitalaria al trauma en entornos de alto riesgo en nuestro país.

Las prácticas y los principios en los que se basan actualmente los primeros intervinientes en entornos civiles no se adecúan a las necesidades que requiere la asistencia de emergencia atípica en el lugar de la lesión en un entorno de alto riesgo.

El “Santo Grial” de la asistencia al trauma sigue siendo eliminar las muertes evitables; en el campo de batalla moderno: hemorragia aislada en una extremidad, neumotórax a tensión y obstrucción de la vía aérea. En 1996, el artículo trascendental de Butler y Haggmann sobre la asistencia prehospitalaria en el campo de batalla moderno estudió como moría la gente en combate, discutió las limitaciones que presentaba el, del inglés Advanced Trauma Life Support (Soporte Vital Avanzado al Trauma) o ATLS a los combat medics y, propuso un nuevo conjunto de principios para la asistencia al trauma en zonas de alto riesgo: el TCCC principios Tactical Combat Casualty Care (Asistencia Táctica de Heridos en Combate) (Smith et al., 2011; Butler, Haggman, & Butler, 1996)

El TCCC inició un cambio de paradigma en la asistencia prehospitalaria al trauma, enfatizando las consideraciones tácticas, introduciendo nueva

terminología como fuego enemigo, disciplina de luz y de ruido o éxito de la misión como elementos determinantes en la asistencia al trauma. Esta Guía es la principal responsable de la reducción en el Porcentaje de Bajas Fallecidas en las operaciones actuales del 14% en Vietnam al 7.4 – 9.4% durante OIF (“Libertad Iraquí”) y OEF (“Libertad Duradera”) (Beekley, Starnes, & Sebesta, 2007; Holcomb, Stansbury, Champion, Wade, & Bellamy, 2006; Gerhardt, De Lorenzo, Oliver, Holcomb, & Pfaff, 2009)

El éxito más que probado del TCCC en el campo de batalla, ha llevado a la comunidad médica civil, tanto la táctica como la convencional, a examinar con detenimiento los componentes de la doctrina TCCC y a integrar elementos de esta doctrina en la asistencia al trauma civil.

Por tanto, los servicios de emergencias médicas civiles y tácticos se encuentran en la misma disyuntiva que se le presentó a la comunidad médica de Operaciones Especiales en 1990. El TCCC se ha diseñado para su empleo por *combat medics* -sanitarios de combate- operando en escenarios bélicos, no para el sanitario táctico civil que interviene a pequeña escala en un entorno táctico urbano con un solo frente. La aplicación rígida e integral de las recomendaciones TCCC en protocolos civiles, supone esencialmente el mismo error que utilizar los principios del ATLS para el manejo del trauma en el campo de batalla. El TCCC no aborda las diferencias entre los ambientes militar y civil

Características que distinguen los Entornos de Alto Riesgo Civiles y Militares.

1. Espectro de Competencias y Responsabilidad: Los intervinientes sanitarios, policiales y civiles, deben regirse por las correspondientes legislaciones y protocolos estatales y locales, y pueden incurrir en delitos de negligencia o intrusismo, algo que no les ocurre a los militares.
2. Patrones Lesionales: Aunque las armas son similares en ambos escenarios, los patrones lesionales difieren debido a la prevalencia y las diferencias en el material de protección balística, así como en el empleo y en la potencia de los artefactos explosivos improvisados que encontramos en el entorno militar.
3. Diferencias en los obstáculos para la asistencia y la evacuación: A pesar de la amenaza de ataques terroristas dinámicos, los ataques secundarios y la resistencia armada a la evacuación de bajas es mucho menos común en escenarios civiles.
4. Distancias y recursos: Generalmente las distancias son más cortas y se dispone de más recursos para la evacuación hasta la asistencia

definitiva en el entorno civil.

5. La población a tratar incluye pacientes pediátricos, geriátricos y poblaciones especiales: los datos y los estudios del TCCC se basan principalmente en pacientes de 18 a 30 años, no contempla todos los grupos de edad que presenta el ámbito civil. El TCCC no contempla la asistencia a población civil no combatientes inocentes en entornos de alto riesgo. Niños, ancianos, embarazadas y pacientes dependientes son prevalentes en el entorno civil y su asistencia conlleva unos requerimientos especiales.

6. Estado de salud de base de la población: La población TCCC está relativamente sana y en buena forma física y no presenta la alta incidencia de dolencias crónicas que existe en la población civil.

7. Uso de medicación crónica del herido: El TCCC no tiene en cuenta o no hace referencia a los efectos del uso de medicación crónica, (como β -bloqueantes, aines, antiagregantes y anticoagulantes)

3.2.- Justificación

En los protocolos de los servicios convencionales de emergencias médicas (SEM) la seguridad de la escena es la principal prioridad. Sin embargo este principio algorítmico no contempla escenarios inseguros.

Los primeros intervinientes civiles son requeridos cada vez más para operar en entornos de alto riesgo. Las tradicionales directrices de actuación se limitan a centrarse en el paciente sin tener en cuenta las limitaciones tácticas u operacionales del entorno de trabajo.

Debido al aumento de incidentes intencionados dónde se produce un número de víctimas elevado, como por ejemplo atropellos múltiples, apuñalamientos, tirador activo y atentados con explosivos con múltiples víctimas, acciones llevadas a cabo por “lobos solitarios” y atentados por “pequeñas unidades” terroristas (*vid. Supra, capítulo 1*) y, para plasmar las lecciones aprendidas de los profesionales tanto sanitarios como tácticos en los últimos incidentes acaecidos tanto en Europa como en Estados Unidos (Hirsch et al. 2015), surge la necesidad de redactar un protocolo que aporte una flexibilidad clínica para este tipo de situaciones emergentes, en las que no se puede proporcionar una asistencia médica convencional o estándar debido a la falta de seguridad, especialmente en la fase de amenaza directa como indirecta, mientras que en la fase de evacuación será bajo los protocolos civiles locales convencionales. La premisa que reside detrás

de este protocolo es ofrecer un mecanismo que permita al personal policial (táctico-sanitario) con competencias asistenciales en primeros auxilios y, al personal de los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) una aproximación estructurada a las víctimas que les facilite el tratamiento de las amenazas de riesgo vital más inminentes, las cuales son similares a las que se pueden encontrar en el entorno prehospitalario en combate (Eastridge et al. 2012), inicialmente basada en la proximidad de los asistentes a la amenaza real o potencial y empleando un modelo de mitigación de la amenaza.

Este protocolo prehospitalario es una adaptación de “*A threat-based, statewide EMS protocol to address lifesaving interventions in potentially volatile environments*” de Matthew J. Levy, DO; Kevin M. Straight, MS; Michael J. Marino, MS; Richard L. Alcorta, MD (Levy et al. 2016), basado en las directrices para el manejo de heridos en situaciones de emergencia tácticas (Tactical Emergency Casualty Care) (C-TECC 2015) donde existe una amenaza real o potencial para el personal operativo y asistencial, basadas en los principios Tactical Combat Casualty Care (Asistencia Táctica de Heridos en Combate) o TCCC y que se han diseñado específicamente para cubrir esta carencia operativa.

Como valor añadido, toma en consideración las últimas recomendaciones de 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) (Monsieurs et al. 2015) en cuanto a medios de control de hemorragias se refiere, para ajustarlo a la normativa legal y a los protocolos de actuación nacionales. Este protocolo es acorde con las últimas recomendaciones sobre manejo de heridos en incidentes de múltiples víctimas intencionados (Jacobs & Joint Committee to Create a National Policy to Enhance Survivability from Intentional Mass-Casualty and Active Shooter Events, 2015; L Jacobs & Burns, 2014).

Las directrices de este protocolo son un conjunto de recomendaciones de buenas prácticas que integran las necesidades médicas y operativas de la asistencia prehospitalaria y el manejo de heridos en operaciones tácticas y de rescate de alto riesgo (Smith et al. 2011), basadas en los principios del TECC y del TCCC, pero tienen en cuenta las características propias del entorno civil español.

Además, permite hablar un lenguaje común entre el personal policial, personal táctico sanitario con competencias asistenciales en primeros auxilios, y el personal del SEM, que se debería ampliar al resto de los profesionales sanitarios de la cadena asistencial, como personal de urgencias hospitalarias y cirujanos. Todo ello tiene por objetivo llevar a cabo un correcto continuum asistencial desde el lugar de la lesión hasta la cirugía y reanimación y, como finalidad, disminuir la morbilidad y la mortalidad de los ciudadanos.

3.3.- Antecedentes

Una revisión de los pasados sucesos con asaltantes armados y/o con explosivos, ha demostrado que la práctica prehospitalaria convencional de no acceder a la escena hasta que esta no es asegurada por los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, está asociada con un aumento de pérdidas de vidas humanas.

Debido a esto, surge la necesidad de introducir en los protocolos asistenciales elementos que sean capaces de eliminar la amenaza para realizar una extracción rápida de los heridos a una zona más segura, donde proceder a la identificación de las víctimas y al manejo de las lesiones de riesgo vital, en especial la hemorragia exanguinante mediante torniquetes como medio seguros y efectivo (Kragh et al., 2009; Kragh et al., 2011), y/o con agentes hemostáticos y vendajes compresivos, elementos que han demostrado su efectividad a lo largo de todos estos años en el manejo de la hemorragia exanguinante (Zietlow et al. 2015). En este tipo de situaciones, el propio ciudadano y/o el personal policial armado con competencias asistenciales en primeros auxilios será el encargado de realizar lo anteriormente mencionado, hasta que las víctimas pasen a ser responsabilidad del personal sanitario de los SEM (vid Supra, p.65).

En resumen, este protocolo tiene como propósito proporcionar un lenguaje común para operaciones que involucran a personal entrenado y equipado, tanto personal táctico-sanitario como personal sanitario convencional, en situaciones de amenaza donde es necesario un acceso rápido a las víctimas para acelerar las intervenciones de soporte vital lo más cerca posible del punto y del momento de la lesión. En países como Estados Unidos este tipo de incidentes activos donde existe una amenaza activa, el personal sanitario del SEM actúa bajo las órdenes del personal policial en la fase de amenaza directa y, además, debe portar el equipo de protección personal (en este caso balístico) que se recoja en sus protocolos, amparados bajo el concepto de Rescue Task Force. En nuestro país, por el contrario, ante este tipo de incidentes activos donde existe una amenaza directa, el personal sanitario del SEM convencional sin formación táctica no debe actuar, salvo que lo haga en la zona de amenaza indirecta bajo la protección y supervisión del personal policial.

De otra parte, excepcionalmente, en este tipo de incidentes activos donde existe amenaza directa, el personal sanitario del SEM con formación táctica y equipo de protección personal -en este caso balística- amparado bajo el concepto Rescue Task Force, como las unidades UIS ORCAS del SEM de Cataluña y DEPAS del SAMUR de Madrid, podrían actuar bajo la protección y supervisión del personal policial.

3.4.- Indicaciones

Este protocolo no reemplaza las prácticas generales de manejo del paciente de los SEM, que deben seguirse una vez que la amenaza activa se ha eliminado.

Al poner en práctica este protocolo los miembros del SEM reconocen que la situación es:

- Única, austera y diferente a la asistencia médica que se llevaría a cabo en una situación convencional.
- El prestar la asistencia prehospitalaria estándar podría poner en peligro de manera innecesaria al paciente y/o a los intervinientes. Este es un protocolo para un incidente con peligro activo o para un entorno con riesgos potenciales donde son necesarias intervenciones de soporte vital.

3.5.- Contraindicaciones

En ausencia o percepción de ausencia de una amenaza, se debe llevar a cabo la asistencia a los pacientes que está recogida en los protocolos estándar.

3.6.- Objetivos

- Sopesar las amenazas, las diferencias en la población civil, las limitaciones del equipo médico, la variabilidad de los recursos disponibles y el ámbito de práctica asistencial para responder a emergencias extraordinarias.
- Establecer marcos de acción que equilibren las proporciones riesgo-beneficio para todos los sanitarios civiles operativos intervinientes.
- Proporcionar instrucciones sobre la asistencia sanitaria de muertes evitables en el lugar de la lesión o en sus inmediaciones.
- Minimizar los riesgos para los intervinientes mientras se maximizan los beneficios de los pacientes.

3.7.- Fases y zonas de acción desde el punto de vista médico.

Las tres fases están basadas en el TECC Y TCCC, y representan la traducción de “lecciones aprendidas” en combate a la asistencia prehospitalaria civil en entornos de alto riesgo. Las fases son dinámicas, en ocasiones se superponen y rara vez son lineales.

Es de suma importancia entender que las tres zonas son situacionales y funcionales, no geográficas. Este concepto es un elemento crítico a la hora de aplicar el TECC en escenarios del mundo real.

Las zonas que se describen a continuación intentan estandarizar la terminología que se emplea en una situación con peligro real y/o potencial para que todos los implicados en la asistencia conozcan qué intervenciones se deben llevar a cabo en cada zona.

1. Zona roja o caliente. Direct Threat Care (DT) /TCCC Care Under Fire (CUF)

2. Zona amarilla o templada. Indirect Threat Care (ITC)/TCCC Tactical Field Care (TFC)

3. Zona verde o segura: Evacuation Care (EVAC)/TCCC Tactical Evacuation (TACEVAC)

3.7.1.- TECC Direct Threat Care (DTC) / Asistencia Bajo Amenaza Directa

TCCC Care Under Fire (CUF) /Asistencia Bajo el Fuego

La fase Direct Threat Care/Care Under Fire (DTC/CUF) describe las acciones emprendidas en respuesta a una baja en una situación en la que los riesgos inminentes para la vida son tan peligrosos, o más, que la herida recibida. Sólo se permiten intervenciones “médicas” mínimas. El equipo médico disponible es a menudo muy limitado y el escenario táctico dicta las intervenciones médicas. El riesgo por parte del herido y del rescatador de sufrir más heridas es extremadamente alto. Ejemplos de fases DTC/CUF:

- 1 Un agente de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad al que han disparado en la puerta de una vivienda, durante una búsqueda de alto riesgo.
- 2 Un miembro de un equipo de intervención rápida de un servicio de

bomberos que se encuentra un compañero herido en una estructura con riesgo inminente de derrumbe.

- 3 Personal de emergencias sanitarias que interviene en una explosión en los túneles del metro, en el rescate de los atrapados en un edificio derrumbado o en un sanitario operativo involucrado en un incidente con tiradores activos en un colegio o atropello múltiple intencionado en vía pública en área turística.

En primer lugar, el personal policial debe disponer de una gama de medidas más amplia para controlar los riesgos que el personal militar. Por ejemplo, en muy raras ocasiones se puede llevar a cabo un “reconocimiento por fuego”, la aplicación de “fuego de supresión” es muy limitada. El agente tiene más responsabilidades que su propia seguridad personal y la seguridad de su equipo, ya que incluye la protección de las víctimas y de los miembros de la comunidad. El adagio militar que afirma que “la mejor medicina en el campo de batalla es la superioridad de fuego” ha generado cierto rechazo al aplicar el TCCC en entornos civiles de alto riesgo, tanto porque dista de cumplirse como por los riesgos que entrañaría de hacerlo.

No obstante, el principio de valorar los beneficios de una intervención inmediata frente a los riesgos que presenta una amenaza inminente es aplicable por cualquier interviniente de cualquier Servicio.

Interviniendo bajo amenaza directa, las **prioridades** son:

1. evitar que la víctima y los intervinientes sufran más lesiones,
2. mantener al equipo centrado en neutralizar el riesgo,
3. minimizar los daños al público general y controlar aquellas hemorragias en las extremidades que supongan riesgo vital.
4. Si durante la neutralización de la amenaza algún agente resultase herido estando bajo amenaza directa, debe intentar continuar involucrado en la acción, buscar protección o cubierta, asistirse inicialmente a sí mismo, y controlar las hemorragias severas. Debe reincorporarse al enfrentamiento y colaborar con su equipo en la eliminación de los focos de riesgo aún activos.

En esta fase los miembros del equipo y los sanitarios operativos pueden ayudar a las víctimas a buscar cobertura, y pueden proporcionar auto-cuidados o ayudar a compañeros a controlar hemorragias severas mientras se utilizan tácticas que

minimicen las probabilidades de que otros miembros del equipo resulten heridos.

3.7.2.- Extracción de víctimas.

La extracción de víctimas desde el punto donde se produce la lesión es un principio básico de las directrices de este protocolo.

No debemos iniciar ninguna medida hasta que la víctima y el rescatador estén a cubierto. El adagio “No tratamos en la calle (we don’t treat in the street)” a veces se olvida en el caos del momento, pero no seguir esta regla expone a la víctima y a los rescatadores a más lesiones.

La realización de técnicas eficaces de extracción del herido del lugar donde se produjo la lesión es un eslabón crítico en la cadena de supervivencia de las bajas en entornos de alto riesgo. La necesidad de extracciones no convencionales persiste a lo largo de todas las fases de la asistencia, llegando hasta el traspaso de la víctima a los escalones superiores de asistencia médica.

Esto nos conduce a tener que disponer de capacidades como:

1. crear una zona segura para establecer un Punto de Reunión de Bajas o Nido de Heridos (CCP o Casualty Collection Point),
2. poder abrirse paso a través de zonas de difícil acceso para extraer víctimas (puertas con candados, paredes de pladur, muros de bloques de cemento, etc.)
3. utilizar herramientas o medios de circunstancias para descender víctimas desde estructuras elevadas.
4. intervenir en espacios confinados o en edificios derrumbados
5. contar con los protocolos, técnicas y procedimientos (TTP’s) para responder a incidentes con sustancias Nucleares, Biológicas, Químicas, Radiológicas y Explosivas [BRNE(NBQRe)], donde se hace necesario el uso de Equipos de Respiración Autónomos [SCBA(ERAs)].

Cuando se diseñen estas directrices para el rescate, es importante ser conscientes plenamente de las capacidades y carencias de los equipos de rescate civiles y verificar si esos equipos están preparados para adaptarse a un escenario dinámico contando únicamente con sus recursos habituales, o si requieren el

apoyo de equipos de rescate táctico pertenecientes a Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

3.7.3.- Control de hemorragias

El control precoz de las hemorragias es fundamental en medicina operacional y manejo del trauma en el entorno de alto riesgo, teniendo en cuenta el análisis de riesgo de la misión.

Tanto el TECC como el TCCC recomiendan controlar rápidamente las hemorragias de las extremidades que supongan riesgo vital. Los torniquetes son la intervención disponible más rápida y efectiva.

Los vendajes hemostáticos requieren de 3 a 5 minutos de presión continua y deben ser pospuestos hasta la fase de Indirect Threat Care/Tactical Field Care. Las hemorragias no controladas de las extremidades fueron la causa principal de muerte evitable en la Guerra de Vietnam (sumando el 9% del total de bajas) y siguen siéndolo en los conflictos actuales de Irak y Afganistán (2-3% del total de bajas) (Bellamy, 1984; Champion, Bellamy, Roberts, & Leppaniemi, 2003; Kragh et al., 2009)

El trauma en las extremidades y la exanguinación son también una causa importante de muerte evitable en el trauma civil (Acosta et al., 1998; Dorlac et al., 2005). Los servicios civiles de emergencias médicas y los equipos médicos de alto riesgo se están dotando cada vez más de torniquetes para uso rutinario en sus operaciones habituales.

Existe una evidencia sólida que demuestra la eficacia de los torniquetes para controlar hemorragias de riesgo vital (Beekley et al., 2008; Kragh et al., 2008), de la importancia de la colocación del torniquete antes de que se lleguen a estadios avanzados del shock, y de la seguridad del torniquete cuando se usa en periodos de menos de 2 a 4 horas (Lakstein et al., 2003; Walters et al., 2005) El Instituto de Investigación Quirúrgica del Ejército de Tierra de los Estados Unidos (The U.S. Army Institute of Surgical Research o USAISR) llevó a cabo un estudio para identificar las características y para determinar cuál de las opciones comerciales disponibles en el mercado era la más adecuada. El Combat Application Tourniquet (CAT) (Torniquete de Aplicación en Combate), y el Special Operations Tactical Tourniquet [Torniquete Táctico de Operaciones Especiales (SOFT-T Wide)], son los dos modelos más utilizados ya que son dos dispositivos cuya eficacia ya ha sido demostrada en ambientes prehospitalarios de alto riesgo. Ambos pueden ser colocados con una o dos manos y han demostrado una eficacia del 100% para

eliminar el pulso radial o femoral (Walters et al. 2005).

Durante la Fase DTC/CUF, el torniquete debe colocarse tan proximal en el miembro como sea posible para facilitar la velocidad y la eficacia. Puede ser colocado sobre la ropa, pero debemos vigilar que no haya objetos, que dificulten la compresión circunferencial del paquete muscular. Debe escribirse en la víctima de manera clara y fácilmente visible la hora de colocación del torniquete y debe indicarse su localización a los asistentes que recepcionen a la víctima durante las transferencias.

3.7.4.- Vía aérea.

En el TCCC, el manejo de la vía aérea se pospone hasta la fase Tactical Field Care, o asistencia bajo amenaza indirecta ITC del TECC. Sin embargo, algunos operadores y sanitarios han sugerido que colocar a la víctima inconsciente en posición lateral de seguridad para reducir las posibilidades de que se produzca una obstrucción de la vía aérea, supone una intervención rápida y sencilla que debería ser tenida en cuenta si se considera necesaria y es tácticamente aceptable.

Un ejemplo sería un incidente donde se produjera un tiroteo y, a la vez, una explosión en un espacio confinado, con un tirador aún activo en el escenario. Es probable que algunas víctimas presenten traumas faciales y obstrucciones de la vía aérea. Según el equipo se va desplazando hacia su objetivo, la colocación rápida de las víctimas en posición lateral de seguridad, puede ser una intervención que salve vidas de una forma rápida evitando la obstrucción de la vía aérea.

3.7.5.- Restricción de movimiento espinal.

El rescatador debe ser consciente de la necesidad de protección cervical durante la extracción si se ha producido un mecanismo lesional contuso significativo como una explosión con onda expansiva, caída o derrumbe de estructuras si bien, en una situación con múltiples víctimas, llevar a cabo esta protección cervical resulta prácticamente inviable. En lesiones penetrantes aisladas en cuello, la inmovilización espinal rara vez es útil (Arishita, Vayer, and Bellamy, 1989).

3.8.- TECC: Indirect Threat Care (ITC). Asistencia bajo Amenaza Indirecta.

TCCC: Tactical Field Care (TFC). Asistencia en Entorno Táctico

La Fase ITC/TFC articula una serie de **prioridades asistenciales** en el trauma que se produce en operaciones de alto riesgo aplicables a aquellas situaciones en las que la víctima y el asistente sanitario del SEM se encuentran en una zona más segura o de amenaza indirecta, como un Punto de Reunión de Bajas o Nido de Heridos (CCP) a cubierto o fuera del alcance del atacante, pero con una amenaza potencial para la seguridad o para la vida del personal.

Un nido de heridos o punto de agrupamiento de víctimas es una localización que está a cubierto de una amenaza directa y, dónde las víctimas pueden agruparse para ser trasladadas desde una zona de peligro a una zona de triaje/tratamiento. Serán necesarios varios nidos de heridos/puntos de agrupamiento de víctimas en las Zonas Templadas o Frías. Estos puntos se deben establecer cuanto antes y se debe informar de sus localizaciones a todos los intervinientes lo antes posible.

Aunque el mayor grado de seguridad para la víctima y el interviniente generalmente permiten una asistencia más pausada, el operativo debe ser consciente del carácter dinámico de las operaciones tácticas y de que la seguridad del escenario puede cambiar en un instante.

Los primeros intervinientes deben valorar:

- los potenciales beneficios de la asistencia médica,
- los riesgos que presenta una operación táctica en curso y
- lo que supondría el retraso en la evacuación una víctima.

La prioridad asistencial en esta zona es la evacuación de los pacientes a un área completamente segura. No se debe retrasar la extracción de los heridos por llevar a cabo tratamientos avanzados.

Las prioridades en la evaluación y el tratamiento de las víctimas deben limitarse a intervenciones esenciales salvavidas tras asegurar la escena, bajo el acrónimo:

MARCHED.

M-assive hemorrhage. Control de Hemorragias Masivas mediante presión directa y colocación de torniquetes en localizaciones anatómicas que permitan su colocación. Agentes hemostáticos o vendas estándar para empaquetar la lesión, y vendajes compresivos en lugares donde no sea anatómicamente viable la colocación de los torniquetes. Además, se incluye la inmovilización del anillo pélvico ante sospecha o diagnóstico de fractura de pelvis según mecanismo lesional, y especialmente si existe inestabilidad hemodinámica.

Airway/Vía Aérea. Inicialmente mediante apertura manual con maniobras básicas y cánulas nasofaríngeas. Posteriormente se podrán emplear dispositivos supra o extragloticos, o realizar la crocotiroidotomía quirúrgica o intubación orotraqueal según nivel de amenaza, competencias del asistente, número de víctimas y, situación clínica de las mismas.

Respiration/Ventilation. Respiración/Ventilación. Tratar heridas abiertas en tórax mediante parches oclusivos valvulados/canalizados, siempre y cuando se pueda continuar reevaluando a la víctima y, descomprimir los neumotórax a tensión mediante aguja/catéter 14 G de 8 cm. de longitud (o 10 G), si se dispone de ellas o, con una aguja/catéter 14 G estándar.

Circulation. Circulación. Reposición de fluidos sólo en pacientes en shock hipovolémico realizando una reanimación hipotensiva hasta recupera pulso radial y mejorar nivel de conciencia (TAS 90 mmHg) y, en pacientes con un TCE asociado una TAS > 90 mmHg para evitar la hipoperfusión cerebral.

Head/Hypothermia. Cabeza (Head) e Hipotermia. Manejo del TCE y prevención de la hipotermia precoz con medios activos.

E-verything else. Todo lo demás. Como analgesia, antibioterapia, inmovilización de fracturas, manejo de quemaduras, etc.

D-ocumentation. Documentación. Documentación del tratamiento realizado en tarjeta y/o informe que acompañará a la víctima a lo largo de todos los escalones asistenciales.

3.8.1.- Seguridad con las víctimas

Un aspecto importante al evaluar una víctima es comprobar que ésta no represente una amenaza para sí misma o para el rescatador. Por cuestiones de seguridad, se llevará a cabo una identificación y filiación de las víctimas para evitar pasar por alto posibles asaltantes tanto heridos como no heridos. La realizará el

personal policial mediante los medios electrónicos/digitales que se estipulen, en la entrada del nido de heridos/punto de agrupamiento de heridos. Si la víctima fuese uno de los asaltantes debe ser desarmada, identificada visiblemente y colocada en un lugar distinto del nido de heridos, alejada del resto de pacientes, bajo supervisión de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, para su incomunicación y custodia hasta su traslado.

- A los asaltantes heridos desarmados se les realizará la evaluación y asistencia estándar y se les identificará con una tarjeta de herido de color llamativo (naranja).
- A los asaltantes heridos o no heridos armados se procederá a su cacheo y retirada de armas y/o explosivos.

El personal policial es responsable de la seguridad de la cadena asistencial, no introduciendo “Caballos de Troya” en la cadena que pasarían a un escalón asistencial superior, con el riesgo que ello supondría para la seguridad de ese escalón y de los superiores (EVAC y Servicio de Urgencias Hospitalario).

3.8.2.- Control de hemorragias masivas

Los torniquetes son la intervención disponible más rápida y efectiva. La colocación clínicamente ideal de los torniquetes es directamente sobre la piel en la zona proximal (5-7 centímetros) al punto de sangrado en aquellas extremidades con hemorragias masivas no controladas que no hayan sido tratadas en la fase DT/CUF y que sean susceptibles de ser controladas con un torniquete además, este debe apretarse hasta que desaparezca el pulso distal. Eliminar tanto flujo distal como sea posible es importante para evitar (o al menos minimizar) el posible desarrollo de un síndrome compartimental (Tien, Jung, Rizoli, Acharya, & Macdonald, 2008; Kragh, O'Neill, Beebe, Fox, & Beekley, 2011; Kheirabadi, Scherer, Estep, Dubick, & Holcomb, 2009). En este tipo de incidentes, debido al gran número de víctimas, puede adquirir sentido la colocación del torniquete en la raíz del miembro (high and tight) al igual que se haría en Indirect Threat Care/Tactical Field Care.

Las vendas hemostáticas requieren de 3 a 5 minutos de presión continua, por lo que su empleo debe ser pospuesto hasta la fase de Indirect Threat Care/Tactical Field Care.

Si se colocó un torniquete durante la fase de amenaza directa DTC/CUF, éste

debe ser reevaluado durante la fase de amenaza indirecta ITC/TFC para comprobar su necesidad y su eficacia:

- Los torniquetes colocados apresuradamente sobre la ropa puede que no realicen suficiente presión para ocluir el flujo sanguíneo arterial. Puede que haya objetos, como una cartera, monedas, un cuchillo, o cartuchos de munición, que dificulten la compresión.
- El traslado del paciente desde el punto donde ha sido alcanzado hasta una zona más segura, si se realiza de manera apresurada, puede descolocar un torniquete que fue colocado correctamente.

Además de lo anterior, ya que en entornos tácticos se hace un uso libre de los torniquetes para tratar heridas que en principio presentan hemorragias graves, algunos de estos torniquetes se colocan sobre heridas que en realidad no precisan de estos dispositivos para controlar las hemorragias.

Si un profesional sanitario entrenado y legalmente capacitado, examina la herida con más detenimiento, determina que no es necesario el torniquete y, la situación lo permite, este debe aplicar un vendaje compresivo adecuado y aflojar lentamente el torniquete y evaluar cuidadosamente la extremidad para comprobar una reperfusión adecuada y para detectar signos de síndrome compartimental o de compromiso vascular.

Las lesiones vasculares graves en el cuello, la axila y la ingle (es decir, en zonas de unión) no son susceptibles de ser controladas por un torniquete y el vendaje compresivo es habitualmente difícil de colocar. Las vendas hemostáticas utilizadas por las unidades militares han demostrado tener éxito en el control del sangrado de este tipo de lesiones. El Combat Gauze®, un vendaje impregnado de kaolín, es el agente hemostático de elección recomendado por el Committee on Tactical Combat Casualty Care. Muchas unidades están utilizando uno de los dos agentes hemostáticos comerciales basados en el quitosán (Chitogauze® and Celox Gauze®) con resultados igual de satisfactorios. Los directores médicos deben asegurarse de que se encuentran en vigor los protocolos adecuados sobre el empaquetamiento de la lesión cuando consideren la inclusión de estos agentes hemostáticos, ya que estos no están diseñados para su aplicación externa simple.

Algunas lesiones vasculares en esas zonas de unión no pueden ser controladas ni con torniquetes, ni con vendajes compresivos, ni con agentes hemostáticos. Cuando la situación impide a los rescatadores mantener la presión directa de manera continuada y prolongada, se valorará el uso de dispositivos mecánicos que apliquen esta presión si bien, existe poca evidencia sobre el terreno sobre su uso y resultados. Al considerar la inclusión de este tipo de aparatos en los protocolos de actuación, recomendamos que sean instrumentos que hayan sido

evaluados clínicamente y que cuenten con la autorización de las autoridades competentes. Especial mención recibe el SJT Sam Junctional tourniquet, cinturón pélvico que permite control de hemorragias exanguinantes externas tanto en plexo axilar como inguinal y el AAoT, Abdominal Aortic Tourniquet, torniquete neumático de aorta abdominal que se coloca en hipogastrio, comprimiendo este segmento aórtico.

Se debe colocar un inmovilizador pélvico ante la sospecha de fractura de pelvis por mecanismo contuso de alta energía o lesión por explosión con una o más de los siguientes:

- Dolor pélvico o
- Cualquier amputación completa o parcial de extremidades inferiores o
- Sospecha de fractura pélvica en el examen físico o
- Pérdida de conciencia o Shock

Las lesiones en los tejidos blandos pueden parecer muy graves, pero si se tratan de manera precoz, muy raramente supondrán un riesgo vital. Si no existe una lesión vascular importante, la mayoría de los sangrados en tejidos blandos pueden manejarse adecuadamente aplicando vendajes compresivos adecuados. Los directores médicos deben considerar de manera muy positiva la inclusión del empaquetamiento de la lesión en los protocolos de actuación ya que el empaquetamiento de una lesión con gasas estériles, en la que posteriormente se aplicará un vendaje compresivo, ofrece un mejor control de la hemorragia que el uso en solitario de los vendajes compresivos.

3.8.3.- Vía aérea y restricción de movimiento espinal

Si la amenaza no ha sido suprimida y todas las hemorragias masivas han sido controladas, el tratamiento definitivo lo realizaremos en EVAC y el interviniente debe dedicarse a controlar y mantener permeable la vía aérea. Permitiremos al herido consciente la posición que mejor proteja la vía aérea incluyendo la de sentado.

Si la víctima esta inconsciente, respirando espontáneamente, la colocaremos en posición lateral de seguridad para reducir las posibilidades de que se produzca una obstrucción de la vía aérea, si se considera necesaria y la situación lo permite.

Si el paciente está inconsciente con la vía aérea obstruida o con posibilidad de obstruirse, aplicaremos la maniobra frente-mentón hasta poder colocar una cánula

nasofaríngea si no hay signos de fractura de base de cráneo, o cánula orofaríngea de Guedel si la hay.

Si la amenaza ha sido suprimida y todas las hemorragias masivas han sido controladas, al disminuir el peligro para la baja y para el interviniente en fase podemos continuar con los siguientes pasos del MARCHED. Las intervenciones básicas de manejo de la vía aérea son las mismas que en fases anteriores, añadiendo la posibilidad de aplicar la Intubación Asistida Farmacológica [ATLS 2018, antigua Inducción de Secuencia Rápida (ISR)].

La intubación endotraqueal y de Intubación Asistida Farmacológica consumen bastante tiempo y recursos. Es un procedimiento que requiere que el interviniente se concentre en el procedimiento y en la vía aérea, sacrificando por tanto su alerta situacional. Por tanto, esta intervención sólo se realizará cuando el riesgo externo esté totalmente eliminado y será factible si el paciente va a ser evacuado en un medio dotado de personal sanitario avanzado (médicos, enfermeros y técnico de emergencias sanitarias).

Si las medidas anteriores no han tenido éxito, si el tiempo y los recursos lo permiten y si se está entrenado y legalmente autorizado, considerar lo siguiente:

- Supraglóticos, especialmente i-gel, Mascarilla Fastrach que permite IOT a su través).
- Cricotiroidotomía quirúrgica.

Los pacientes con problemas en la vía aérea en la fase de amenaza indirecta ITC son una prioridad de evacuación alta ya que a menudo necesitan una gran cantidad de recursos.

El rescatador debe ser consciente de la necesidad de protección cervical durante la extracción y posterior inmovilización, si se ha producido un mecanismo lesional contuso significativo como:

- Explosión con onda expansiva,
- Caída o
- Derrumbe de estructuras.

Si bien, como se menciona anteriormente, las posibilidades de realizar una inmovilización completa de las víctimas en este tipo de incidentes en los momentos iniciales son prácticamente nulas.

3.8.4.- Respiración/Ventilación

Tanto los datos obtenidos en combate como por las agencias policiales indican que el neumotórax a tensión continúa siendo una causa importante de muerte evitable (Sztajnkrzyer 2010).

Como parte de la valoración inicial de la fase ITC/TFC, debemos exponer el tórax y examinarlo cuidadosamente -tórax anterior, la parte superior del abdomen, la espalda y los flancos- en busca de alguna lesión torácica abierta que trataremos con parche oclusivo valvular para cubrir el defecto y vigilando la posibilidad de desarrollo de neumotórax a tensión. Para tratarlo abombaremos o despegaremos el parche por una de sus esquinas exponiendo la herida o mediante la descompresión con aguja por personal entrenado y legalmente autorizado. Según las recomendaciones del C-TECC y del ERC, no se debe colocar parche en heridas penetrantes por el primer interviniente policial y, puede no estar indicada la colocación por personal sanitario si la víctima no puede reevaluarse de manera continuada, ya que se puede desarrollar un neumotórax a tensión iatrogénico. Los “pros” y “contras” de este tratamiento deben ser valorados por el personal asistencial según la situación específica.

En la fase ITC/TFC, las limitaciones operacionales a menudo dificultan la detección de los signos físicos que habitualmente alertan de la aparición de neumotórax a tensión, como la hipoxia, el estrechamiento de la presión del pulso, el enfisema subcutáneo, ingurgitación yugular, hipotensión arterial con bajo gasto o la desviación traqueal. Está indicado en este punto el empleo de la pulsioximetría para apoyo al diagnóstico, si se dispone de la misma y las condiciones del entorno lo permiten.

En la fase ITC/TFC y en otros escenarios prehospitalarios de alto riesgo cualquier paciente con trauma en el tórax, penetrante o contuso, que presente insuficiencia respiratoria progresiva está desarrollando un neumotórax a tensión y debe ser tratado mediante descompresión con aguja. Para que la descompresión torácica sea efectiva, se debe realizar mediante la inserción de una aguja/catéter 14 G de al menos 8 cm (o 10 G) si se encuentran disponibles o, con una aguja/catéter 14 G en ausencia de la misma, en el segundo espacio intercostal línea medioclavicular, asegurándose de que la entrada de la aguja dentro de la cavidad torácica no se produce medial a la línea mamilar y que no está dirigida hacia el corazón, sacando la aguja posteriormente y dejando el catéter asegurado en el lugar. Una opción aceptable es el 4º/5º espacio intercostal en la línea axilar anterior.

En la mayoría de las ocasiones el interior del catéter se obstruirá en pocos minutos y éste perderá la capacidad de evacuar el aire. No es necesario colocar una válvula unidireccional si dejamos puesto el catéter ya que no se producirá un neumotórax abierto. La resistencia creada por el pequeño diámetro interno del catéter del número 14 es similar a la del aire que se desplazará hacia dentro y hacia afuera a través de los diámetros más amplios de la boca y la tráquea.

Se podrá emplear también un kit de toracostomía descompresiva con aguja. En caso de que el herido no mejore, se realizará una punción torácica en el mismo hemitórax, y se considerará, basándose en el mecanismo lesional y los hallazgos físicos, si puede ser necesaria la descompresión del otro lado del tórax, según la última actualización de las recomendaciones TCCC de agosto de 2018.

3.8.5.- Circulación / Reanimación

La reanimación con fluidos intravenosos continúa siendo controvertida, a pesar de que la evidencia creciente de que el uso de productos no derivados de la sangre como fluidos de elección primaria en el tratamiento de la hipovolemia hemorrágica contribuyen al aumento de la morbilidad y mortalidad (F Butler, 2011; Haut et al., 2011; Dretzke, Sandercock, Bayliss, & Burls, 2004; Ley, Clond, Srour, & Barnajian, 2011).

La decisión de iniciar el tratamiento intravenoso debe basarse en la cantidad de sangre perdida por la víctima y el grado de shock, pues solo mejoraran sus parámetros hemodinámicos temporalmente, así como otros factores ambientales como el tiempo de evacuación hasta la instalación de tratamiento definitivo.

En general, los pacientes traumáticos jóvenes y sanos que presenten pulso radial palpable sin alteración del estado de consciencia, tras haber controlado las hemorragias, no van a requerir tratamiento intravenoso.

Y viceversa, todo paciente traumático con alteración del nivel de conciencia en ausencia de TCE y con pulso radial débil/ausente, presentará shock hipovolémico hemorrágico y precisará tratamiento intravenoso. Si bien el fluido de reanimación de elección es la Sangre Completa o en su ausencia los hemoderivados, en este tipo de incidentes y, sobre el terreno, seguramente se estará limitado al uso de cristaloides.

En caso de shock hipovolémico, la víctima debe recibir 1 gramo de Ácido Tranexámico en 100 ml de SSF (a pasar en diez minutos), antes de las 3 horas de producirse la lesión -se están realizando estudios sobre la viabilidad de su administración en bolo IV o IM-. Posteriormente se infundirá un bolo de 500 ml de

fluidos IV hasta conseguir recuperar el pulso radial y mejorar el nivel de conciencia.

Si el paciente presenta signos de TCE cerrado, comenzará una fluidoterapia IV para mantener el pulso radial o TAS superior a 90mmHg. En caso disponer de Sangre Total o hemoderivados, la TAS objetivo deberá de ser de 110 mmHg (Tran et al. 2018).

Varias unidades militares que combaten en los escenarios globales actuales han implantado con éxito protocolos de tratamiento intravenosos con hipovolemia permisiva.

Las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos recomiendan Hextend® (coloide) como fluido de primera elección debido a sus ventajas logísticas. El beneficio observado en la duración de la expansión del volumen intravascular con los fluidos basados en el hetastarch permite al personal militar interviniente optimizar el peso total de los suministros médicos a transportar (McSwain et al., 2011; Schreiber, 2011; Lissauer, Chi, Kramer, Scalea, & Johnson, 2011).

Los pacientes en parada cardiorrespiratoria deben considerarse como fallecidos y no se les debe realizar la RCP en esta zona. Sin embargo, las víctimas con trauma en torso o politraumatizados que no presenten pulsos o respiraciones en esta fase asistencial, se pueden beneficiar de una descompresión torácica bilateral para asegurarse de que no presentan un neumotórax a tensión antes de la interrupción del tratamiento.

3.8.6.- Prevención de la hipotermia.

La hipotermia en los pacientes que han sufrido un trauma produce alteraciones de la cascada de coagulación y acidosis, lo que aumenta considerablemente la mortalidad. La hipotermia es más fácil de prevenir que de tratar. Los esfuerzos deben estar dirigidos a que el paciente no pierda más calor.

La prevención de la hipotermia comienza en la fase ITC/TFC. Las víctimas deben ser trasladadas, si es factible, a una habitación caldeada. Si es posible, la víctima debe ser envuelta usando como mínimo un sistema de retención de calor, como mantas secas, sacos de dormir, prendas de goretex, etcétera.

Los profesionales sanitarios deben de disponer de medios activos de calentamiento y de calentadores de fluidos. Existen en el mercado varios dispositivos de producción de calor y, calentadores de fluidos, que en la actualidad son utilizados por unidades militares.

3.8.7.- Documentación.

Se deben documentar los hallazgos físicos más importantes y las intervenciones realizadas en la Tarjeta del Herido que deben ir con la víctima cuando se realice la transferencia. Además, esta tarjeta se debe anexar al informe asistencial del SEM para que acompañe a la misma durante todos los escalones asistenciales.

3.8.8 Todo lo demás.

Considerar el empleo de autoinyectores ante la sospecha de exposición a agentes nerviosos/organofosforados, bajo la supervisión de personal entrenado en protocolos NBQ-R y/o personal facultativo.

Dependiendo de los recursos y el tiempo disponibles, se deben tratar las quemaduras, lesiones oculares y el dolor agudo según los protocolos del SEM por personal del mismo.

En un IMV de las características a las que hace referencia el protocolo, resulta poco viable tanto por recursos, por tiempo y por cuestiones de seguridad, llevar a cabo muchos tratamientos que no sean para manejar situaciones de riesgo vital, siendo la prioridad una clasificación adecuada y un traslado rápido a un centro de asistencia definitivo.

3.8.9.- IMV intencionado.

En los incidentes con múltiples víctimas, una vez que el paciente ha sido trasladado a una zona donde no hay riesgo directo o indirecto, podemos comenzar con el triaje primario de estabilización para identificar los pacientes críticos y de clasificación de las víctimas según sus necesidades, interesante emplear cintas, rotuladores o tarjetas de herido de colores para identificar de manera clara a los heridos como inmediato o retrasado (rojo y amarillo, respectivamente).

Esto puede realizarse, dependiendo del escenario táctico, bien durante la fase de amenaza indirecta ITC/TFC o durante las primeras etapas de la fase EVAC/TACEVAC. Además, es aconsejable el uso medios luminosos de colores para trabajar en condiciones nocturnas o de baja visibilidad.

Los fallecidos también deben ser identificados y marcados de manera

adecuada para evitar que se les reevalúe de manera repetida por intervinientes diferentes.

3. 9.- TECC: Evacuation Care (EVAC)/ Asistencia Durante la Evacuación.

TCCC: Evacuación Táctica /Tactical Evacuation Care (TACEVAC)

La fase EVAC/TACEVAC describe los cuidados, según protocolos convencionales, que se prestan durante el traslado del paciente a una asistencia médica definitiva, periodo en el que por lo general tanto la víctima como el interviniente están expuestos a un riesgo relativamente bajo.

Un ejemplo de fase EVAC/TACEVAC sería la asistencia prestada en una zona de triaje o en un CCP seguro mientras el paciente espera a ser evacuado hacia un escalón sanitario más avanzado. Las víctimas se trasladarán de la Zona Templada a la Zona Fría a lo largo de los pasillos de evacuación que están libres de una amenaza inmediata, lo cual permite el traslado de los heridos con cierta seguridad desde el nido de heridos/punto de agrupamiento de víctimas a la zona de triaje/tratamiento más allá del perímetro exterior.

En un gran porcentaje de los escenarios civiles de alto riesgo, se limitará al escenario prehospitalario, pues se encuentran los recursos y se dan las circunstancias que permiten que los pacientes sean trasladados sin demoras desde el escenario hasta el centro sanitario donde recibirán el tratamiento definitivo. En estas situaciones el paciente normalmente es trasladado directamente desde la fase ITC/TFC hasta el box de trauma.

Sin embargo, si se produce algún retraso en la transferencia debido al escenario táctico, a problemas logísticos o a un gran número de bajas (como en un incidente con múltiples víctimas) o si el tiempo de tránsito es muy prolongado, entonces es muy importante seguir las indicaciones EVAC/TACEVAC.

Los profesionales de los Servicios de Urgencias Hospitalarios y de los Departamentos de Trauma deben conocer las guías EVAC/TACEVAC.

En los escenarios civiles, la evacuación se realizará por vía terrestre o aérea, en ambulancias de transporte o medicalizada. Sin embargo, puede que se tengan que usar para la fase EVAC/TACEVAC los vehículos disponibles tales como coches de policía, todoterrenos, vehículos blindados, etc. Esta sección trata principalmente de escenarios donde se dispone de medios con capacidades avanzadas.

3.9.1.- Reevaluación de la víctima.

Hay que reevaluar de inmediato al paciente y revisar todas las maniobras que se le hayan realizado en las fases precedentes bajo presión táctica y asistencial. Algunas intervenciones realizadas pueden dejar de ser efectivas durante el traslado del paciente y pueden producir situación de riesgo vital o de agravamiento de la situación clínica del paciente. Las víctimas deben de ser retiradas y trasladadas según las prácticas convencionales.

3.9.2.- Vía aérea

En la fase EVAC/TACEVAC, si todas las hemorragias masivas han sido controladas en la fase ITC/TFC, el interviniente debe dedicarse directamente a controlar y mantener permeable la vía aérea. Al disminuir el peligro para la baja y para el interviniente en esta fase podemos con el MARCHED. Las intervenciones básicas de manejo de la vía aérea son las mismas que en fases anteriores, añadiendo la posibilidad de aplicar la Intubación Asistida Farmacológica [Intubación Inducción de Secuencia Rápida (ISR)]. La intubación endotraqueal y de Intubación Asistida Farmacológica consumen bastante tiempo y recursos. En este tipo de incidentes son de gran relevancia los dispositivos supraglóticos/extraglóticos, en especial mascarilla iGel, que no presenta neumotaponamiento que inflar y, aísla la vía aérea en un aproximadamente un 90%.

La inmovilización espinal juega un papel muy importante en la fase EVAC/TACEVAC. En esta fase la balanza entre riesgo/beneficio se desplaza a hacia este último, de modo que si se dispone de los recursos necesarios, se realizará la inmovilización espinal a cualquier paciente que presente signos o síntomas neurológicos o que haya sufrido una lesión por mecanismo de alta energía. En esta fase se puede valorar la interrupción del control de la columna cervical usando el criterio NEXUS o la Regla Canadiense de Columna Cervical. Estos protocolos de fácil aplicación pueden identificar pacientes que no necesitan inmovilización, con casi un 100% de fiabilidad. En pacientes mayores de 65 años, hay que aplicar estos algoritmos con suma precaución ya que en este grupo de edad hay un alto riesgo de lesiones ocultas. Aunque el tratamiento ha de seguir los protocolos locales, debemos valorar los efectos de retrasar la evacuación hasta un centro de asistencia definitiva por realizar una exploración cervical minuciosa en pacientes críticos con lesiones cervicales penetrantes.

3.9.3.- Ventilación

Las intervenciones realizadas en la fase ITC/TFC se continúan en la fase EVAC/TACEVAC. Durante la evacuación suelen estar disponible equipos de monitorización adicional como la pulsioximetría, deben utilizarse para obtener información adicional del estado de la función respiratoria del paciente. Hay que tener en cuenta que la desaturación es un signo relativamente tardío de la insuficiencia respiratoria y que existen nuevas técnicas como la cinografía nasal que pueden aportarnos información más inmediata.

En esta fase se debe de disponer de oxígeno rápidamente como se dispone en casi todos los escenarios civiles y se debe poder administrar a discreción, aunque muchos pacientes traumáticos, como aquellos que sólo han sufrido lesiones musculoesqueléticas aisladas no requieren oxígeno suplementario.

En los incidentes con múltiples víctimas, donde los recursos escasean, el oxígeno suplementario se reservará para aquellos pacientes con lesiones en el aparato respiratorio que presenten insuficiencia ventilatoria, pacientes en shock, bajas con lesiones craneales, pacientes inconscientes, y cualquier paciente con baja saturación de oxígeno medida por pulsioximetría.

Debemos valorar la colocación de un tubo torácico en cualquier paciente que requiera repetidas descompresiones con aguja, que vaya a ser evacuado por medios aéreos o si se prevé un retraso en los tiempos de evacuación para el tratamiento definitivo con supervisión médica y conforme a protocolos locales. Los tubos torácicos requieren siempre una válvula unidireccional.

3.9.4.- Sangrado

En la fase EVAC/TACEVAC hay que exponer completamente todas las heridas y evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas en las fases de asistencia anteriores.

El paciente debe ser desnudado para poder realizar una inspección detallada en busca de lesiones no detectadas. En cuanto al personal táctico, el equipo y el uniforme, incluyendo los elementos de protección, deben ser inspeccionados para buscar daños y deben permanecer junto al paciente.

No debemos olvidar bajo ningún concepto el riesgo de hipotermia. Cualquier herida de importancia en las extremidades o cualquier lesión en las extremidades que sangre de manera descontrolada deberá ser tratada colocando un torniquete 5-7 centímetros por encima del punto de sangrado sobre la piel o usando un vendaje compresivo con un empaquetamiento profundo. Hay que verificar la

eficacia y la necesidad de todos los torniquetes.

Todas las complicaciones de los torniquetes están directamente relacionadas con el tiempo de colocación, así que cuanto antes se retiren, menores serán las complicaciones. Varios estudios muestran que no se produjo ninguna complicación por torniquetes colocados durante más de 120 minutos (Lakstein et al. 2003). En esta fase hay que decidir si se intenta aflojar o retirar los torniquetes o si se dejan colocados durante el traslado. Si se considera que el torniquete es necesario y efectivo y la víctima va a ser evacuada en breve a un centro hospitalario, el torniquete debe quedar colocado. Sin embargo, si presumimos retrasos importantes en el traslado podemos valorar sustituir el torniquete por un vendaje compresivo.

Otro factor a tener en cuenta y, quizás el más importante, no se retirará o transicionará un torniquete si la situación indica que no lo hagamos, especialmente en este tipo de incidentes dónde existen múltiples víctimas, se disponen de pocos recursos materiales y personales y no se puede reevaluar de manera continuada a las víctimas.

Antes de retirar cualquier torniquete efectivo en un paciente que ha recibido sueroterapia intravenosa para el shock, el paciente debe ser evaluado clínicamente para valorar las respuestas positivas a las intervenciones, no retirando nunca el mismo si el paciente no ha respondido positivamente a la reanimación y continúa en shock.

Para mover un torniquete distalmente a una localización de 5-7 centímetros por encima del punto de sangrado, se debe colocar un nuevo torniquete en la nueva localización. Una vez colocado correctamente el nuevo dispositivo, se retirará el torniquete previo.

Para transicionar de un torniquete a un vendaje compresivo, se aplicará en la herida un vendaje compresivo adecuado con agente hemostático o con empaquetamiento de la lesión. Una vez realizado el vendaje, se aflojará el torniquete y se comprobará que no existe sangrado. Si éste se produce se volverá a apretar el torniquete a 5-7 centímetros del punto de sangrado y, se reforzará el vendaje compresivo. Si no se produce sangrado tras aflojar el torniquete, se dejará el torniquete aflojado en el lugar, nunca retirándole, por si es necesario volverlo a emplear ante un resangrado.

Si detectamos pulso distal en un miembro donde se haya colocado un torniquete y se valore que éste es necesario, debemos controlar este pulso apretando aún más el torniquete o aplicando otro torniquete junto (proximal al primero, pegado lado con lado) para así obtener una superficie más amplia de presión sobre las estructuras vasculares.

Debemos marcar claramente con rotulador indeleble la hora de colocación de cada dispositivo. Los agentes hemostáticos deben utilizarse en las primeras fases en aquellas hemorragias importantes en áreas anatómicas donde no es factible el uso de torniquetes, o para reducir el número de torniquetes colocados a una baja. Actualmente se recomienda el uso de agentes hemostáticos de cuarta generación, en su mayoría se presentan en forma de gasas impregnadas.

Si se prevé que un herido va a requerir una transfusión sanguínea significativa (por ejemplo: presenta shock hemorrágico, una o más amputaciones importantes, trauma penetrante en torso, o evidencias de sangrado severo)

- Administrar 1 gr de ácido tranexámico diluido en 100 cc de Salino Normal o Ringer Lactato lo más pronto posible, pero NO más tarde de 3 horas de haberse producido la lesión. Cuando se emplee el ATX/TXA se debe administrar en diez minutos por vía IV. (Ver comentarios ITC)
- Comenzar con una segunda infusión de 1 gr de ATX/TXA al finalizar la reanimación con fluidos inicial.

3.9.5.- Acceso intravenoso y reanimación

Hay que comenzar un saline lock IV del 18 G en todo paciente con lesiones en el tronco o que se encuentre en shock o en riesgo de que se produzca el shock. El flujo que corre a través de un 18 G no es mucho más bajo que el de un 16 G o un 14 G y resulta más fácil de colocar en terreno hostil en un paciente hipotenso, si no es posible acceso intraóseo.

Debemos buscar signos de shock hemorrágico mediante la toma de la presión arterial y, si esto no es factible, al menos debemos vigilar la presencia de pulsos radiales y el nivel de consciencia del paciente. El estado mental de una víctima, en ausencia de lesión craneoencefálica, es el mejor indicador de la perfusión y de la ausencia de shock, este dato unido a la presencia y las características de los pulsos periféricos suponen para el interviniente un método excelente para vigilar la aparición de shock hemorrágico.

Asimismo, podemos administrar fluidos orales en pacientes conscientes que puedan tragar y que no hayan sufrido lesiones que requieran cirugía inmediata o en los casos en los que la evacuación se retrase, ya que esto reconfortará a los pacientes mientras esperan.

En aquellas bajas que presenten signos de shock hemorrágico se valorará el uso de productos sanguíneos, si disponemos de ellos y contamos con profesionales autorizados y protocolos médicos aprobados. Varios estudios

realizados en heridos en combate muestran mejores resultados en el tratamiento con hemoderivados en una proporción 1:1 de plasma y concentrado de hemáties y/o sangre completa comparado con el tratamiento tradicional con fluidos intravenosos (Wafaisade et al., 2011; Holcomb, 2010). El plasma contrarresta rápidamente la coagulopatía en el trauma, desmontando así una de las tres patas de la triada letal hipotermia-coagulopatía-acidosis. Aunque son necesarios más estudios centrados en el entorno civil, los datos militares son lo suficientemente sólidos para respaldar estas recomendaciones (Niles et al., 2008; Holcomb, Wade, Michalek, Zarzabal, & Schreiber, 2008).

Si no hay productos sanguíneos disponibles o no se refleja su uso en los protocolos locales, se recomienda administrar bolos de 500 ml de coloide o de un cristaloides (Ringer Lactato, SF) apropiado cada 30 min para mantener al paciente en hipotensión permisiva. El objetivo es alcanzar y mantener una presión sistólica de 80-90 mm Hg y mejorar el nivel de consciencia. La cantidad total de coloide no debe superar los 1000 ml. La reanimación hipotensiva debe evitarse en bajas con lesiones craneales asociadas. En lesiones cerebrales traumáticas (TBI)/traumatismos craneoencefálicos (TCE) deben administrarse los bolos de fluidos para alcanzar el objetivo superior a 90 mmHg. (Ver comentario en ITC) Debemos elevar 30 grados la cabeza de cualquier paciente con sospecha de TBI/TCE que no se encuentre en shock.

3.9.6.- Prevención de la hipotermia

No se escatimarán esfuerzos en la fase EVAC/TACEVAC para prevenir la aparición de hipotermia mientras “empaquetamos” al paciente y durante el traslado para un tratamiento definitivo.

Las ropas húmedas se retirarán y se sustituirán, en la medida de lo posible por vestuario seco y colocaremos al paciente resguardado de corrientes para evitar pérdidas de calor por conducción hacia el suelo y otras superficies.

Se recomienda el uso de fluidos intravenosos calientes. Es de suma importancia mantener esta vigilancia frente a la hipotermia durante todo el traslado hacia el tratamiento definitivo, especialmente en evacuaciones aéreas.

3.9.7.- Monitorización

Debe monitorizarse al paciente, durante la espera y el traslado al tratamiento definitivo. Se anotarán todos los signos vitales para comprobar su evolución y para no interrumpir la continuidad de cuidados. En pacientes intubados se incluirá

capnografía.

En incidentes con múltiples víctimas o en entornos ruidosos la pulsioximetría puede ser una ayuda eficaz para obtener información visual continua del pulso (y de la saturación de oxígeno) de los pacientes. Los intervinientes deben procurar que la pulsioximetría se mida en miembros sanos sin lesiones para que las lecturas sean lo más reales posibles.

3.9.8.- Reevaluación y retriaje

Si se dispone de tiempo para ello, se realizará una evaluación secundaria completa de cabeza a pies y del tórax a la espalda. Atenderemos cualquier lesión destacable que no haya sido tratada previamente, incluyendo la inmovilización de lesiones en huesos largos o articulaciones y la realización de la inmovilización pélvica -previamente, en control de la hemorragia si se sospecha fractura y sangrado- si se considera necesario.

Se llevará a cabo un segundo triaje de evacuación de los pacientes para determinar la forma de traslado y el destino de todos los evacuados.

3.9.9.- Analgesia y antibioterapia

La administración de analgésicos puede ser necesaria en casos donde el personal policial deba mantener sus facultades mentales y permanecer operativo, continuando involucrado activamente en la misión, o en aquellos casos en los que la víctima civil sólo experimente dolor leve o moderado, se recomienda el uso de fármacos no opiáceos por vía oral o IV. Se evitará el uso de aines que inhiben la agregación plaquetaria -ibuprofeno, melódica, diclofenaco, dexketoprofeno, etc.

En casos de dolor moderado a severo, además de la medicación no opiácea oral o IV, se recomienda administrar opioides (fentanilo o cloruro mórfico) por cualquier vía (iv, io y submucosa actiq), ajustando la dosis según los efectos.

Es importante destacar que el inicio de acción de las inyecciones intramusculares (IM) de opioides puede retrasarse hasta 45 – 60 min., se debe ser cuidadoso con esta vía de administración y evitar su acumulación. Si se usan opioides, vigilar atentamente la aparición de efectos adversos y disponer de naloxona. Se valorará disponer de anti-eméticos cuando se administra analgesia opioide.

La administración de antibióticos, en escenarios de alto riesgo como rescates

en zonas remotas o escenarios hostiles con tiempos de evacuación muy largos, la administración precoz de antibióticos en heridas penetrantes o contaminadas y en lesiones oculares puede mejorar el pronóstico.

3.9.10.- Quemaduras

En situaciones con múltiples víctimas, donde es probable que se produzcan retrasos en las evacuaciones, se valorará el tratamiento de los grandes quemados, que se hará siguiendo los protocolos locales:

- Se calculará el total de la Superficie Corporal Quemada (SCQ) y se cubrirá el paciente con gasas secas estériles.
- Es apropiado el uso de analgesia de forma agresiva en pacientes quemados.
- Se iniciarán las medidas para prevenir la hipotermia.
- Se debe realizar un manejo precoz y agresivo de la vía aérea y/o la intubación con ISR en cualquier baja con signos de lesiones inhalatorias.
- Uso de vendajes comerciales para quemaduras para controlar el dolor en aquellos quemados con menos del 20% del total de la SCQ. El riesgo de hipotermia inducido por estos vendajes comerciales es excesivo en grandes quemados y por eso los evitaremos en estos pacientes.
- El uso de vendajes comerciales para quemaduras para controlar el dolor en aquellos quemados con menos del 20% del total de la SCQ no está aconsejado, ya que no han presentado mayor evidencia que unas gasas convencionales húmedas o secas, y pueden interactuar con medicación en el tratamiento hospitalario.

No es preciso administrar cantidades excesivas de líquidos IV en la fase EVAC. Obviamente, la prevención de la hipotermia y la hipotensión permisiva son más importantes que la reposición de líquidos en un paciente quemado en shock en el entorno táctico.

Aunque los pacientes quemados van a requerir grandes cantidades de fluidos, las cantidades requeridas se calcularán para las primeras 8 y 24 horas una vez

que el paciente se encuentra en la instalación de tratamiento definitivo.

Usaremos la Reanimación con fluidos (Regla de los Diez del USAISR)

- Si el total de la superficie corporal quemada es superior al 20%, la reanimación con Fluidos debe ser comenzada tan pronto como se haya iniciado un acceso IV/IO. La reanimación debe ser iniciada con Ringer Lactato, salino normal, o Hextend (coloide). Si se emplea Hextend (coloide), no se deben de infundir más de 1000 ml, continuando la reanimación con Ringer Lactato o salino normal si es necesario.

- La velocidad inicial de reanimación con fluidos IV/IO se calcula como $\%TSCQ \times 10cc/h$. en adultos entre 40-80 kg de peso. Por cada 10 kg por ENCIMA de los 80 kg, aumentar la velocidad inicial 100 ml/h.

Si también hay presente un shock hemorrágico, la reanimación de este shock hemorrágico tiene preferencia sobre la reanimación del shock por las quemaduras.

3.10.- Prioridades adicionales

El rescatador debe preparar a las víctimas para su evacuación teniendo en cuenta los factores ambientales (como los espacios reducidos o los movimientos verticales).

En todo momento que sea posible durante la fase EVAC/TACEVAC las víctimas deben ser revaluadas y confortadas, incluso si están inconscientes. Hay que aportarles en cada momento toda la información disponible y explicarles todos los procedimientos que se les estén realizando.

Debemos documentar toda la asistencia (las evaluaciones, los tratamientos y los cambios en la evolución del paciente se anotarán detalladamente) siguiendo los protocolos locales, lo ideal es contar con una tarjeta estándar de recogida de datos de cada víctima, se entregará copia de esta documentación en la instalación de tratamiento definitivo que reciba al paciente para así mantener una adecuada continuidad de cuidados.

La RCP puede jugar un papel más importante durante la fase de evacuación, especialmente en pacientes electrocutados, hipotermia grave, en parada cardíaca no traumática o, ahogados-semiahogados; sin embargo, sigue dependiendo del número de víctimas y del número y tipo de recursos disponibles y el tiempo de traslado es corto.

Se podrá valorar la inmovilización cervical espinal completa o restricción de movimiento espinal, siempre que el número de víctimas y las circunstancias lo aconsejen, en aquellos que presenten clínica de lesión medular y/o tengan un mecanismo de alta energía asociado.

3.11.- Formación

Para conseguir que realmente se hable un lenguaje común entre el personal táctico-sanitario y los profesionales sanitarios de todos los escalones asistenciales, se recomienda que estos últimos sean formados y reciclados en los tiempos que se marquen previamente en técnicas de control de hemorragia con medios como torniquetes y agentes hemostáticos y, técnicas de extracción de heridos.

Así mismo, se recomiendan charlas situacionales por personal con experiencia en la lucha antiterrorista y formación táctico-sanitaria, para contextualizar la asistencia sanitaria en incidentes con múltiples víctimas por atentados terroristas, a los que los profesionales sanitarios se pueden ver enfrentados, para dar a conocer los peligros en estas situaciones y como eliminarlos o al menos, reducirlos.

Se hace también hincapié en la necesidad de realizar simulacros, formaciones e intercambios entre el personal policial y táctico-sanitario y, el personal sanitario civil para una mejor consecución de los objetivos en caso de producirse un incidente real de las características mencionadas.

Para finalizar, se recomienda encarecidamente que tanto el personal sanitario civil como los el personal policial y táctico-sanitario, estipulen un plan formativo para instruir a todos los ciudadanos que puedan verse enfrentados a este tipo de incidentes sobre la identificación y control de las hemorragias de riesgo vital mediante presión directa, agentes hemostáticos y vendajes compresivos, siguiendo la misma línea que las políticas estadounidenses (Department of Homeland Security, 2016; The White House, 2015), ya que se ha demostrado una gran tasa de efectividad en la colocación de los primeros (Goolsby, Branting, Chen, Mack, & Olsen, 2015; Wall, Welander, Singh, Sidwell, & Busing, 2012) con un mínimo entrenamiento lo que se traducirá, en definitiva, en un mayor número de vidas salvadas por aquellos que se encuentran en el lugar del incidente y son los primeros afectados.

3.12.- Material

Queda clara la necesidad, según lo expuesto anteriormente, de estar equipado con ciertos materiales para reducir la mortalidad y morbilidad de las víctimas producidas en este tipo de incidentes.

La disposición en el equipo, el número y la disposición en los vehículos o zonas, se tendrá que reflejar y consensuar en los protocolos. Se recomienda la predisposición de mochilas para control de hemorragias en puntos de gran afluencia de personas y en lugares críticos, como por ejemplo al lado de los DESA, siguiendo las recomendaciones de los Consensos Hartford.

El tipo de material a llevar en el equipo/vehículo irá acorde a la formación y la capacidad legal para la realización de las técnicas de los intervinientes. A continuación se expone un listado de material mínimo necesario:

1. Torniquetes comerciales
2. Agentes hemostáticos tipos gasa y Xstat®
3. Vendas estériles estándar para empaquetamiento
4. Vendajes compresivos
5. Medios digitales para identificación/filiación
6. Tarjetas de herido/Triaje (roja, amarilla y naranja)
7. Medios luminosos de colores (rojo, amarillo, naranja)
8. Cánulas nasofaríngeas
9. Dispositivos supraglóticos
10. Tubos endotraqueales de diferentes tamaños y material para la IOT
11. Kit de cricotiroidotomía quirúrgica
12. Parches oclusivos con válvula o tunelizados.
13. Agujas de toracostomía 14G de 8 cm o 10G.
14. Saline lock o aguja/catéter 14G y material para canalizar vía IV
15. Sueros de 500 ml cristaloides/coloides para reposición de fluidos

16. Kits de hipotermia que permita el traslado y transferencia de los heridos
17. Autoinyectores para agentes nerviosos/organofosforados
18. Chalecos balísticos
19. Cascos balísticos
20. Preferiblemente subfusiles y armas cortas.
21. Transmisiones para dos canales de trabajo.
22. Otro material que se determine (rotuladores indelebles, tijeras, parches oculares...)

CONCLUSIONES

Uno de los principales problemas a los que la sociedad occidental contemporánea se enfrenta es la violencia armada en general y el fenómeno terrorista en particular. La similitud con un escenario bélico con múltiples víctimas ha comenzado a hacerse patente en una sociedad que ya había olvidado los desastres de la guerra en sus propias carnes. El terrorismo, como guerra asimétrica, la ha traído de vuelta.

En este sentido, los países occidentales se han visto obligados a pasar por un proceso de readaptación de sus procedimientos de respuesta a este tipo de incidentes, con diversa fortuna. Países como España, donde el terrorismo ha estado presente durante décadas, se ha visto sorprendida por nuevos modus operandi y nuevos perfiles de víctimas para los que tiene que readaptar su respuesta. Sin embargo, y ello es común a todos los Estados europeos, a pesar de estrictos controles en materia de posesión de armas, las propias estructuras estatales, las diversas jurisdicciones y la compartimentalización que supone la división del trabajo, hacen que cuando se ha producido un incidente armado muchos de los protocolos de respuesta no están lo suficientemente testados, muestran fallos o simplemente aparece la descoordinación antes un nuevo perfil de ataque en el que priman las múltiples víctimas.

Por ello resultaba perentorio llevar a cabo una revisión efectiva de la literatura donde se identificasen, con base en casos de éxito operativo en otros países como Estados Unidos, buenas prácticas y modelos trasladables al caso español, identificando qué actores deben intervenir en estos incidentes, en qué zonas y con qué funciones.

El Protocolo ÍBERO responde a tres preguntas:

- ¿Cuál es la amenaza armada, cómo se articula y cómo se desarrolla? Con ello se pretende facilitar la toma de decisiones y agilizar la elaboración de respuestas adaptadas a través de un mejor conocimiento de lo que la amenaza puede implicar.
- ¿Cuál es el rol de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado? Su rol es claramente el de neutralizar la amenaza, pero también lo es prestar una primera asistencia en zona de amenaza directa, en condiciones de seguridad, y extraer a las víctimas de esta zona de peligro para ponerlas en manos del personal sanitario. En este punto tenemos el primer eslabón de cooperación necesaria.
- ¿Cuál es el rol de los servicios de emergencias? Garantizar la cadena de supervivencia desde que reciben a la víctima del primer interviniente

policial hasta la llegada de aquella al hospital. Sin embargo, en un entorno de amenaza, la seguridad del sanitario depende también del interviniente policial. Respecto al punto anterior, se deberán especificar dentro de los Planes de Emergencia, los centros asistenciales a los que deben ser trasladados las víctimas, para evitar colapsar los más cercanos al lugar del incidente. De nuevo conocer los mecanismos de cooperación es fundamental.

- Finalmente, el eje central es la víctima, que a su vez es interviniente inmediato de cuya acción en la respuesta al incidente éste puede desarrollarse de una forma u otra y obtener un número de víctimas más o menos elevado. Los ciudadanos deben conocer también tanto amenaza como modo de actuar ante ella, así como ante las fuerzas policiales de rescate o los servicios de emergencias. Es necesaria la formación, dotación de medios y, concienciación, especialmente de los ciudadanos y, de todos los miembros de los diferentes escalones asistenciales, para hablar un lenguaje común, disminuyendo la morbi-mortalidad de las víctimas.

El documento responde en buena medida a estas preguntas y proporciona una base documental para profundizar en dichos temas. Sin embargo el recorrido no se agota aquí. La asistencia psicológica tras el incidente, que figura en el primer anexo, ya apunta un tema que requiere ulterior desarrollo y que afecta a la recuperación de víctimas e intervinientes. Finalmente, el último estadio de la cadena asistencial, como gestión hospitalaria de un incidente con múltiples víctimas y a la vez como potencial objetivo también requiere un desarrollo más profuso. Del mismo modo, otros temas que no se encuentran comprendidos en este documento pero que merecen su propia línea de investigación en futuras revisiones y adendas son las plataformas aéreas y marítimas o la amenaza NRBQ.

Finalmente, este documento no pretende sustituir los procedimientos operativos de los organismos implicados, sino clarificar conceptos sentando una mejor y más eficaz base común para proveer respuestas integradas, efectivas y que redunden en un acortamiento de los tiempos de respuesta que, como se ha analizado, son inversamente proporcionales a la tasa de supervivencia. Ello en cualquier caso sería un intento fútil si no se considerase una última variable: la formación de todo el espectro de intervinientes en la respuesta a este tipo de emergencias, acompañada de simulaciones realistas que permitan testar las vulnerabilidades, corregir errores e implementar las buenas prácticas aprendidas sobre el terreno, en un tipo de incidentes que, pese a infrecuentes, son altamente letales.

Bibliografía.

- Acosta, JA, JC Yang, RJ Winchell, RK Simons, DA Fortlage, P Hollingsworth-Fridlund, and DB Hoyt. 1998. "Lethal Injuries and Time to Death in a Level I Trauma Center." *Journal of the American College of Surgeons*. 186 (5): 528–33.
- Al-Sury, Abu M. 2012. "The Jihad Experiences: The Most Important Enemy Targets Aimed at by the Individual Jihad." *Inspire* 9: 23–24.
- American College of Surgeons. 2013a. "Active Shooter and Intentional Mass-Casualty Events: Hartford Consensus II." *American College of Surgeons Bulletin* II. <http://bulletin.facs.org/2013/09/hartford-consensus-ii/>.
- . 2013b. "The Hartford Consensus." *American College of Surgeons Bulletin*. <https://www.facs.org/about-ac/s/hartford-consensus>.
- . 2015. "The Hartford Consensus III: Implementation of Bleeding Control." *American College of Surgeons Bulletin* 100 (07).
- AQ External Operation Team. 2015. "Assassination Operations." *Inspire*, no. 14: 64–71.
- . 2016. "Professional Assassinations." *Inspire*, no. 15: 66–71.
- Arishita, GL, JS Vayer, and Rf Bellamy. 1989. "Cervical Spine Immobilization of Penetrating Neck Wounds in a Hostile Environment." *Journal of Trauma* 29 (3): 332–37.
- Asal, Victor, R Karl Rethemeyer, Ian Anderson, Allison Stein, Jeffrey Rizzo, and Matthew Rozea. 2009. "The Softest of Targets: A Study on Terrorist Target Selection." *Journal of Applied Security Research* 4 (3): 258–78.
- Beekley, AC, JA Sabesta, LH Blackbourne, GS Herbert, DS Kauvar, and DG Baer. 2008. "Prehospital Tourniquet Use in Operation Iraqi Freedom: Effect on Haemorrhage Control." *Journal of Trauma* 64 (2 Suppl): S28-37.
- Beekley, AC, BW Starnes, and JA Sebesta. 2007. "Lessons Learned from Modern Military Surgery." *The Surgical Clinics of North America* 87 (1): 157–84.
- Bellamy, Rf. 1984. "The Causes of Death in Conventional Land Warfare: Implications for Combat Casualty Care Research." *Military Medicine* 149 (2): 55–62.
- Ben-Ishay, Offir. 2016. "Mass Casualty Incidents: Time to Engage." *World Journal of Emergency Surgery*. 11 (8). <https://doi.org/10.1186/s13017-016-0064-7>.
- Blair, J. 2014. *A Study of Active Shooter Incidents in the United States between 2000 and 2013*. Washington D.C.: Texas University Press.

<https://www.fbi.gov/file-repository/active-shooter-study-2000-2013-1.pdf/view>.

Burke, Robert. 2018. *Counter-Terrorism for Emergency Responders*. 3rd ed. Boca Raton: Taylor and Francis Group, LLC.

Butler, F. 2011. "Fluid Resuscitation in Tactical Combat Casualty Care: Brief History and Current Status." *Journal of Trauma* 70 (5 Suppl): S11-12.

Butler, FK, J Haggman, and EG Butler. 1996. "Tactical Combat Casualty Care in Special Operations." *Military Medicine* 161 (Suppl 3): 3–16.

C-TECC. n.d. "Frequently Asked Questions: What Is TECC?" Tactical Emergency Casualty Care Guidelines.

———. 2015. "TECC Guidelines." C-TECC. 2015. http://c-tecc.org/images/content/TECC_Guidelines_-_JUNE_2015_update.pdf.

———. 2017. "TECC Guidelines for First Responders with a Duty to Act." C-TECC. 2017. <http://www.c-tecc.org/images/TECC-Guidelines-for-FR-with-a-duty-to-act-32017.pdf>.

CALL. 2017. *Tactical Combat Casualty Care Handbook, Version 5*. 5th ed. Center for Army Lessons Learned.

Champion, Hr, Rf Bellamy, CP Roberts, and A Leppaniemi. 2003. "A Profile of Combat Injury." *Journal of Trauma* 54 (5Supl): S13-19.

Chef, AQ. 2010. "Make a Bomb in the Kitchen of Your Mom." *Inspire*, 2010.

Dirección General de la Policía, 2005. Circular 50 Plan de Actuación con motivo de atentados terroristas.

Crevillén, David. 2016. "Asesinos En Masa, Amok y Lobos Solitarios: Hacia Una Categorización de Los Tiradores Activos." *Tactical Online* December.

———. 2017. "Hacia Una Categorización de Los Tiradores Activos (II): Los Lobos Solitarios." *GrupoDC Solutions, Blog de Inteligencia, Seguridad y Defensa*. 2.

Crevillén, David, and Beatriz Gutiérrez. 2017. "'Soft Targets' e Incidentes Armados: Terrorismo y Gestión de Incidente." *Seguritecnia*, no. 446: 90–93.

Crevillén, David, and Juan José Pajuelo. 2018. *Guía de Soporte Vital Para Seguridad Privada Como Primer Interviniente En Incidentes Armados*. Madrid: GrupoDC Solutions.

Department of Homeland Security. 2016. "Stop the Bleed." 2016. <https://www.dhs.gov/stopthebleed>.

Dietz, Park E. 1986. "Mass, Serial and Sensational Homicides." *Bulletin of the New*

- York Academy of Medicine*. 62 (5): 477–91.
- Dorlac, WC, ME DeBakey, JB Holcomb, SP Fagan, KL Kwong, and GR Dorlac. 2005. “Mortality from Isolated Civilian Penetrating Extremity Injury.” *Journal of Trauma* 59 (1): 217–22.
- Doss, Kevin, and David Shepherd. 2015. *Active Shooter. Preparing for and Responding to a Growing Threat*. Waltham: Butterworth-Heinemann.
- Dretzke, J, J Sandercock, S Bayliss, and A Burls. 2004. “Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Prehospital Intravenous Fluids in Trauma Patients.” *Health Technology Assessment* 8 (23:iii): 1–103.
- Eastridge, BJ, Robert Mabry, P Seguin, J Cantrell, T Tops, P Uribe, and O Mallet. 2012. “Pre-Hospital Death on Battlefield: Implications for the Future of Combat Casualty Care.” *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 73: S431–37.
- FBI. n.d. “Oklahoma City Bombing.” History.
- Fidalgo, Manuel. 1995. “NTP 395. La Conducta Humana Ante Situaciones de Emergencia: La Conducta Colectiva.” 395. NTP. Madrid. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_395.pdf.
- Gerhardt, RT, RA De Lorenzo, J Oliver, JB Holcomb, and JA Pfaff. 2009. “Out-of-Hospital Combat Casualty Care in the Current War in Iraq.” *Annals of Emergency Medicine*. 53 (2): 169–74.
- Goolsby, C., A Branting, E Chen, E Mack, and C Olsen. 2015. “Just-in-Time to Save Lives: A Pilot Study of Layperson Tourniquet Application.” *Academic Emergency Medicine* 22 (9): 1113–17.
- GrupoDC Solutions. 2017. “Telegram Como Plataforma de Propaganda Jihadista.” Madrid. <https://www.grupodcsolutions.com/single-post/2017/04/17/Telegram-como-plataforma-para-la-propaganda-Jihadista>.
- Gutiérrez, Beatriz. 2015. “La Doctrina de La Muqawama (Resistencia): El Caso de Hamas.” *Revista Del IEEE* 2 (6). <http://revista.ieee.es/index.php/ieee/article/view/197>.
- . 2017. “Definiendo Objetivos: El Ataque a La Sala La Reina En Estambul Visto Por El Estado Islámico.” *GrupoDC Solutions, Blog de Inteligencia, Seguridad y Defensa*. 2 (3). <https://www.grupodcsolutions.com/single-post/2017/02/12/Definiendo-objetivos-El-ataque-a-la-Sala-%25E2%2580%259CLa-Reina%25E2%2580%259D-en-Estambul-visto-por-el-Estado-Isl%25C3%25A1mico>.
- . 2018. “Doctrinary & Tactical Aspects of Jihadist ‘Low-Tech’ Stabbing Operations.” *GrupoDC Solutions, Blog de Inteligencia, Seguridad y Defensa*.

3 (Week 22). <https://www.grupodcsolutions.com/single-post/2018/05/28/Doctrinary-Tactical-aspects-of-Jihadist-Low-Tech-stabbing-operations>.

Gutiérrez, Beatriz, and JM Gutiérrez. 2018. "Pautas de Actuación En Un Incidente Armado y Necesidad de Formación." *GrupoDC Solutions, Blog de Inteligencia, Seguridad y Defensa*. 2 (5).

Haut, ER, BT Kalish, BA Cotton, DT Efron, AH Haider, and KA Stevens. 2011. "Prehospital Intravenous Fluid Administration Is Associated with Higher Mortality in Trauma Patients: A National Trauma Data Bank Analysis." *Annals of Surgery* 253 (2): 371–77.

Hesterman, PhD, Jennifer. 2015. *Soft Target Hardening. Protecting People from Attack*. Boca Raton: CRC Press. <https://www.asisonline.org/ASIS-Store/Products/Discontinued/Pages/Webinar-Soft-Targets-Hardening-and-Protecting-People-from-Attack.aspx>.

Hirsch, M, P Carli, R Nizard, B Riou, B Baroudjan, T Baubet, V Chhor, and C Chollet-Xemard. 2015. "The Medical Response to Multisite Terrorist Attacks in Paris." *Lancet* 386 (10012): 2535–2538.

Holcomb, JB. 2010. "Optimal Use of Blood Products in Severely Injured Trauma Patients." *Hematology* 2010: 365–469.

Holcomb, JB, LG Stansbury, Hr Champion, C. Wade, and Rf Bellamy. 2006. "Understanding Combat Casualty Care Statistics." *Journal of Trauma* 60 (2): 397–401.

Holcomb, JB, CE Wade, JE Michalek, LA Zarzabal, and MA Schreiber. 2008. "Increased Plasma and Platelet to Red Blood Cell Ratios Improves Outcome in 466 Massively Transfused Civilian Trauma Patients." *Annals of Surgery* 246 (3): 447–58.

Horgan, John, Paul Gill, Noemi Bouhana, James Silver, and Emily Corner. 2016. "Across the Universe? A Comparative Analysis of Violent Behavior and Radicalization across Three Offender Types with Implications for Criminal Justice Training and Education." Washington D.C. <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=272097>.

Ibrahim, Yahya. 2010. "The Ultimate Mowing Machine." *Inspire*, no. 2: 53–57.

Instrucción nº 6/2017 de la Secretaría de Estado de Seguridad, por la que se imparten recomendaciones en materia de autoprotección y criterios de actuación ante la comisión de atentados terroristas, Secretaría de Estado de Seguridad. 2017

Jacobs, L, and KJ Burns. 2014. "The Hartford Consensus to Improve Survivability in Mass Casualty Events: Process to Policy." *American Journal of Disaster*

Medicine. 9 (1): 67–71.

- Jacobs, LM, and Joint Committee to Create a National Policy to Enhance Survivability from Intentional Mass-Casualty and Active Shooter Events. 2015. “The Hartford Consensus III: Implementation of Bleeding Control: If You See Something Do Something.” *Bulletin of the American College of Surgeons* 100 (7): 20–26.
- Jasparro, C. 2010. “Lone Wolf: The Threat from Independent Jihadist.” *Jane’s Intelligence Review*.
- Katz, Samuel. 1996. *The Hunt for the Engineer: How Israelis Agents Tracked the Hamas Master Bomber*. New York: Fromm International.
- Khateer, Dr. 2011. “Making Acetone Peroxide.” *Inspire*, no. 6: 39–45.
- Kheirabadi, BS, MR Scherer, JS Estep, MA Dubick, and JB Holcomb. 2009. “Determination of Efficacy of New Hemostatic Dressings in Amodel of Extremity Arterial Hemorrhage in Swine.” *Journal of Trauma* 67: 450–59.
- Knoll, James. 2010. “The ‘Pseudocommando’ Mass Murder: Part I, the Psychology of Revenge and Obliteration.” *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 38 (1): 87–94.
- Kopp, Carlo. 2008. “Technology of Improvised Explosive Devices.” *Defense Today*, no. January: 46–48. <http://www.ausairpower.net/SP/DT-IED-1007.pdf>.
- Kragh, JF, ML Littrel, JA Jones, TJ Walters, DG Baer, CE Wade, and JB Holcomb. 2011. “Battle Casualty Survival with Emergency Tourniquet Use to Stop Limb Bleeding.” *Journal of Emergency Medicine* 41 (6): 590–97.
- Kragh, JF, ML O’Neill, DF Beebe, CJ Fox, and AC Beekley. 2011. “Survey for the Indications for Use of Emergency Tourniquets.” *Journal of Special Operation Medicine*. 11 (1): 30–38.
- Kragh, JF, TJ Walters, DG Baer, CJ Fox, CE Wade, J Salinas, and JB Holcomb. 2008. “Practical Use of Emergency Tourniquets to Stop Bleeding in Major Limb Trauma.” *Journal of Trauma* 64 (2Supl): S49-50.
- . 2009. “Survival with Emergency Tourniquet Use to Stop Bleeding in Major Limb Trauma.” *Annals of Surgery* 249 (1): 1–7.
- Lacey, Jim (Ed.). 2008. *A Terrorist’s Call to Global Jihad*. Edited by Jim Lacey. 1^a. Maryland: Naval Institute Press.
- Lakstein, D, A Blumfeld, T Sokolov, G. Lin, R Bssorai, M Lynn, and R Ben-Abraham. 2003. “Tourniquets for Hemorrhage Control on the Battlefield: A 4-Year Accumulated Experience.” *Journal of Trauma* 54 (5 Suppl): S221-225.
- Langman, Peter. 2009. *Why Kids Kill. Inside the Mind of School Shooters*. New

York: Saint Martin's Press.

- Levy, MJ, KM Straight, MJ Marino, and RL Acosta. 2016. "A Threat-Based, Statewide EMS Protocol to Address Lifesaving Interventions in Potentially Volatile Environments." *Journal of Special Operation Medicine*. Spring (1): 98–102.
- Ley, EJ, MA Clond, MK Srour, and M Barnajian. 2011. "Emergency Department Crystalloid Resuscitation of 1.5L or More Is Associated with Increased Mortality in Elderly and Non-Elderly Trauma Patients." *Journal of Trauma* 70 (2): 398–400.
- Lissauer, ME, A Chi, ME Kramer, TM Scalea, and SB Johnson. 2011. "Association of 6% Hetastarch Resuscitation with Adverse Outcomes in Critically Ill Trauma Patients." *American Journal of Surgery* 202 (1): 53–58.
- Martin, Manuel Saint. 1999. "Running Amok: A Modern Perspective on a Cultural-Bound Syndrome." *Primary Care Companion Journal of Clinic Psychiatry*. 1 (3): 66–70.
- McCauley, Clark, and Sophia Moskalenko. 2014. "Toward a Profile of Lone Wolf Terrorists: What Moves an Individual from Radical Opinion to Radical Action." *Terrorism and Political Violence* 26 (1).
- McSwain, NE, Hr Champion, TC Fabian, DB Hoyt, CE Wade, BJ Eastridge, and KG Proctor. 2011. "State of the Art Fluid Resuscitation 2010: Prehospital and Immediate Transition to Hospital." *Journal of Trauma* 70 (5Suppl): S2-10.
- Meloy, J., Jens Hoffman, Angela Guldemann, and David James. 2012. "The Role of Warning Behaviors in Threat Assessment: An Exploration and Suggested Typology." *Behavioral Sciences and the Law*, no. 30: 256–79.
- Meloy, J.R., Stephen Hart, and Jens Hoffman. 2014. "Threat Assessment and Threat Management." In *International Handbook of Threat Assessment*, edited by J.R. Meloy and Jens Hoffman, 3–17. New York: Oxford University Press.
- Meloy, J.R., and M.E. O'Toole. 2011. "The Concept of Leakage in Threat Assessment." *Behavioral Sciences and the Law*. 29: 513–27.
- Ministerio del Interior. 2014. *Ley 5/2014 de Seguridad Privada*. Ministerio del Interior.
- Moghadam, Assaf. 2008. *The Globalization of Martyrdom: Al-Qaeda, Salafi Jihad, and the Diffusion of Suicide Attacks*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Monsieurs, KG, JP Nolan, LI Bossaert, R Greif, IK Maconochie, NI Nikolau, G Perkins, and J Soar. 2015. "European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015." *Resuscitation* 95: 1–80.

- Mullen, Paul. 2004. "The Autogenic (Self-Generated) Massacre." *Behavioral Sciences and the Law.*, no. 22: 311–23.
- Naji, Abu Bakr. 2006. *The Management of Savagery. The Most Critical Stage through Which the Ummah Will Pass.* John M. Olin Institute for Strategic Studies at Harvard University.
- NFPA. 2013. "ACFD Rescue Task Force." <https://www.nfpa.org/-/media/Files/News-and-Research/Resources/External-links/First-responders/Urban-Fire-Forum/UFF-Rescue-task-force-operations-2013.ashx?la=en>.
- Niles, SE, DF McLaughlin, JG Perkins, CE Wade, Y Li, PC Spinella, and JB Holcomb. 2008. "Increased Mortality Associated with the Early Coagulopathy of Trauma in Combat Casualties." *Journal of Trauma* 64 (6): 1463–65.
- Nuhas, Imam Ibnu. 2014. "The Virtues of Inghimasi." *Inspire*, no. 13: 42–45.
- Pajuelo Castro, Juan José. 2017. "El Difícil Camino de La 'Medicina Táctico-Civil' y 'de Combate' En España." *EMSWorld*, no. July/August.
- Rapoport, David. 2004. "The Four Waves of Modern Terrorism." In *Attacking Terrorism: Elements of a Grand Strategy.*, edited by Audrey Kurth Cronin and James Ludes, 46–73. Washington D.C.: Georgetown University Press.
- Sageman, Mark. 2008. *Leaderless Jihad.* Philadelphia: Philadelphia University Press.
- Salih, Abu. 2010. "OSJ Gun School: Training with the AK." *Inspire*, no. 4: 42.
- Salih, Abu. 2011a. "Training with the AK (2)." *Inspire*, no. 5: 24–25.
- . 2011b. "Training with the AK (3)." *Inspire*, no. 6: 37–38.
- Schbley, Ayla Hammond. 2006. "Towards a Common Profile of Religious Terrorism: Some Psychosocial Determinants of Christian and Islamic Terrorism." *Police Practice and Research* 7 (4): 275–92.
- Schreiber, MA. 2011. "State of the Art Fluid Resuscitation 2010: Prehospital and Immediate Transition to Hospital." *Journal of Trauma* 79 (5Suppl): S13-14.
- Schweitzer, Yoram. 2014. *Al-Qaeda's Odyssey to the Global Jihad.* Edited by Aviv Oreg. Tel Aviv: INSS. [http://www.inss.org.il/uploadImages/systemFiles/memo134\(4\)_rev10April2014.pdf](http://www.inss.org.il/uploadImages/systemFiles/memo134(4)_rev10April2014.pdf).
- Sinai, Joshua. 2016. *Active Shooter. A Handbook on Prevention.* Miami: ASIS International.
- Smith, Reed, David Callaway, Geoff Shapiro, Jeffrey Cain, Sean McKay, and

- Robert Mabry. 2011. "The Committee for Tactical Emergency Casualty Care (CTECC): Evolution and Application of TCCC Guidelines to Civilian High Threat Medicine." *Journal of Special Operation Medicine*. 11 (2): 84–89.
- Sztajnkrzyer, MD. 2010. "Tactical Medical Skill Requirements for Law Enforcement Officers: A 10 Year Analysis of Line-of-Duty Deaths." *Prehospital and Disaster Medicine* 25 (4): 346–52.
- The White House. 2015. "Don't Be a Bystander: Find Out How You Can 'Stop the Bleed.'" 2015. <https://obamawhitehouse.archives.gov/blog/2015/10/06/stop-bleed>.
- Tien, HC, V Jung, SB Rizoli, SV Acharya, and JC Macdonald. 2008. "An Evaluation of Tactical Combat Casualty Care Interventions in a Combat Environment." *Journal of American College of Surgeons* 207 (2): 174–78.
- TRADOC. 2007. *A Military Guide to Terrorism in the Twenty-First Century*. Fort Leavenworth, Kansas: US Army Training and Doctrine Command. <http://fas.org/irp/threat/terrorism/guide.pdf>.
- Tran, A, J Yates, A Lau, J Lampron, and M Matar. 2018. "Permissive Hypotension versus Conventional Resuscitation Strategies in Adult Trauma Patients with Hemorrhagic Shock: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials." *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 84 (5): 802–8.
- Transportation Security Administration. 2014. "If You See Something, Say Something." Department of Homeland Security Website. 2014. <https://www.tsa.gov/news/top-stories/2014/07/28/if-you-see-something-say-somethingTM>.
- Vázquez Caubet, José Camilo. 2011. "Amok. Una Carrera a Ninguna Parte." 3. Cuadernos de Salud Mental Del 12. Madrid.
- Wafaisade, A, M Maegele, R Lefering, M Braun, S Peiniger, and E Neugebauer. 2011. "High Plasma to Red Blood Cell Ratios Are Associated with Lower Mortality Rates in Patients Receiving Multiple Transfusions." *Journal of Trauma* 70 (1): 81–88.
- Wall, PL, JD Welander, A Singh, RA Sidwell, and CM Busing. 2012. "Stretch and Wrap Style Tourniquet Effectiveness with Minimal Training." *Military Medicine* 177 (11): 1366–73.
- Walters, TJ, JC Wenke, DS Kauvar, JG McManus, JB Holcomb, and DG Baer. 2005. "Effectiveness of Self-Applied Tourniquets in Human Volunteers." *Prehospital Emergency Care* 9 (4): 416–22.
- West, John. 2008. *Fry the Brain. The Art of Urban Sniping and Its Role in Modern Guerrilla Warfare*. Countryside: Spartan Submissions, Inc.

Zietlow, JM, SP Zietlow, DS Morris, KS Berns, and DH Jenkins. 2015. "Prehospital Use of Hemostatic Bandages and Tourniquets: Translation From Military Experience to Implementation in Civilian Trauma Care." *Journal of Special Operation Medicine*. 15 (2): 48–53.

Anexo I. Intervención psicosocial de emergencias tras incidentes terroristas.

En la actualidad, los incidentes terroristas constituyen una de las principales amenazas para los gobiernos occidentales; por ello, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y los Servicios de Emergencia de cada país han de ser capaces de dar una respuesta de manera eficaz. Más allá de las características propias de una situación de emergencias, la intervención en estos sucesos requiere una alta especialización en la actuación que ha de implementarse. La intervención ha de ser global y ha de atender de manera integral tanto a las víctimas directas del suceso como a los intervinientes. Es por ello que se hace imprescindible incluir la atención psicosocial como una parte más, integrada dentro de los protocolos y procedimientos de intervención ante una amenaza terrorista.

Como en otras emergencias, la intervención psicosocial va a verse diferenciada en función de la zona en la que se implemente (recordar también que la zona implementada puede ser dinámica, dependiendo del tipo de incidente). No obstante, deberemos diferenciar entonces entre tres zonas principales: la zona caliente o roja, donde la amenaza terrorista se sitúa muy cerca y el riesgo vital es elevado; la zona templada o naranja, cuyo principal objetivo fuera de la amenaza directa, es el de estabilizar a las víctimas para su traslado a la zona fría o azul. Los diferentes profesionales que intervienen en estas situaciones han de estar preparados para poder poner en marcha una atención psicosocial de calidad.

En la zona roja, la intervención psicosocial se llevará a cabo siempre que no exista riesgo vital para las víctimas y se caracterizará por el manejo de las reacciones de estrés agudo de las personas afectadas en primera persona por el suceso (la neutralización de la amenaza será realizada de forma sencilla, precisa y escueta por personal de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, siempre y cuando el tipo de amenaza o incidente lo permita o haya cesado, sin poner en riesgo la misión encomendada). El principal objetivo psicosocial en esta zona es el de hacer visible al primer interviniente como un líder que ayuda a las víctimas a ser evacuadas lo antes posible desde la zona caliente hasta la zona templada o fría, colaborando de manera adecuada con los rescatadores. Por otro lado, la intervención psicosocial en la zona templada se caracteriza por la implementación de primeros auxilios psicológicos, así como por la puesta en marcha de herramientas de triaje psicológico; es decir, se llevarán a cabo técnicas que ayuden a las personas a comenzar a afrontar lo sucedido, y se detectarán aquellos casos donde existe mayor riesgo psicológico. En esta guía no se aborda directamente el trabajo en la zona fría con las víctimas, pues esta tarea, fuera de la intervención policial, corresponde a los equipos de intervención en crisis (Servicios de emergencia local) propios del lugar donde se dé el suceso.

En todo el entramado que constituye la intervención en incidentes terroristas,

una pieza fundamental es aquella que reconoce la necesidad de establecer unas medidas de cuidado para los primeros intervinientes. Éstos son profesionales que desempeñan su labor bajo unas condiciones especiales, donde el riesgo vital es elevado tanto para las víctimas a las que socorren como para ellos mismos. Y además, se encuentran en un escenario donde han de tomar decisiones muy complejas con escasa información, poco tiempo y con un estrés elevado. Debido a ello, en este protocolo se contemplan acciones que tanto el propio interviniente, como su grupo de iguales y la organización de la que forman parte, pueden llevar a cabo para garantizar una buena recuperación tras la intervención y prevenir así la aparición de posibles patologías derivadas de la misma.

Por lo tanto, en las próximas páginas se establecerá una guía de intervención psicosocial ante incidentes terroristas. Estas recomendaciones forman parte de la intervención global en estos sucesos y tienen como principales lugares de acción las zonas más próximas al mismo, priorizando siempre la seguridad y autoprotección respecto a todo lo demás, (en continua coordinación con los equipos de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad); además, también se fijará una línea básica de cuidados al interviniente.

1. Gestión de comportamiento y comunicación de masas en estado de estrés agudo. Intervención en zona caliente (roja).

1.1. Gestión de los mecanismos de comportamiento colectivo por parte de los primeros intervinientes

El comportamiento colectivo en situaciones de amenaza se refiere a la reacción de un grupo de población frente a un suceso repentino y peligroso, como puede ser un atentado terrorista, que afecta a la seguridad física de esas personas.

Ante el acto terrorista, las personas pueden adoptar una “identidad social” que puede aumentar el riesgo en la gestión de su seguridad (ej.: en espacios confinados). Los primeros intervinientes han de actuar de manera precoz, empleando habilidades psicológicas para la comunicación e influencia funcional y la minimización de mecanismos de comportamiento colectivo que aumenten el riesgo de daño a la población amenazada.

Hay tres mecanismos que se pueden activar provocando que una persona en este tipo de situaciones se comporte de forma diferente a como lo suele hacer individualmente. Los primeros intervinientes, con la adopción de una actitud de liderazgo, deben procurar minimizar la activación de estos mecanismos en un

sentido indeseable:

Desindividualización. El anonimato, la identidad grupal de “víctima colectiva bajo amenaza”, la ambigüedad y la incertidumbre de la situación, son elementos que pueden facilitar que la conducta de la persona sea conducida por patrones emocionales, impulsivos e irracionales (ej.: huir dañando a otras personas que también se encuentran bajo amenaza). La persona que experimenta desindividualización deja a un lado su identidad personal y pasa a realizar conductas desde el anonimato que le da el grupo. Este mecanismo se dará más frecuentemente cuanto más grande sea el grupo y las conductas serán más disfuncionales cuanto más estresante sea la situación.

Contagio. En situaciones de indecisión y falta de discriminación en los estados/conductas a adoptar, la persona se puede aferrar a un comportamiento inadecuado que ya han comenzado a hacer otros y crear una espiral disfuncional (ej.: huir hacia donde parece encontrarse el foco de amenaza, colapsar salidas, etc.).

Sugestión. En situaciones de masa, puede haber una mayor sugestionabilidad motivada por la influencia colectiva pese a haber estimulación evidente en contra (ej.: pensar “si todo el mundo lo hace, será que hay que hacerlo así”).

Objetivos

Por lo tanto, teniendo en cuenta que el comportamiento de masa se va formando a partir de acciones prominentes de individuos (individuos clave) hasta que se genera la respuesta colectiva, los objetivos principales son:

- Convertir a los primeros intervinientes en individuos clave lo antes posible.
- Maximizar el liderazgo para aumentar la génesis de una “identidad social funcional” de los ciudadanos afectados y disminuir las probabilidades de pánico y conductas de riesgo.

1.2. El interviniente como líder ante la emergencia colectiva

En emergencias terroristas el interviniente puede verse involucrado en dos tipos de situaciones diferentes. La primera de ellas y la más frecuente, es la evacuación de personas a una zona segura. La segunda, es el confinamiento junto con las

víctimas en un lugar mientras se neutraliza el ataque.

El interviniente, ante una situación de evacuación a zona segura en la que cuenta con la información mínima necesaria para llevar a cabo ésta (ej.: alejar de la zona de tirador activo), ha de adoptar una actitud por la que se le reconozca como “persona clave”. Con este propósito, se han establecido una serie de directrices:

Directrices

- 1) Emplear su posición a cubierto (lo más visible posible para la población) y su equipo (uniforme, linterna, megáfono, etc.) para hacerse obedecer.
- 2) Emplear una actitud de seguridad y control en la transmisión de los mensajes.
- 3) Utilizar mensajes directivos e imperativos (órdenes y no sugerencias).
- 4) Dar la directriz empleando la 2ª persona del singular. Reduce la desindividualización y la persona recibe el mensaje como algo “dirigido a ella”.
- 5) Dar la directriz incluyendo en la medida de lo posible la acción que queremos “que haga”, en vez de la que queremos “que no haga”. (ej.: “Caminen deprisa, pegados a las paredes”, o “métanse en las tiendas y escóndanse”, en vez de “No se queden en medio de la calle”).
- 6) Ayudar a la población a ponerse a cubierto mediante el formato de evacuación más útil en ese contexto:
 - a. Follow directions. Los líderes indican la dirección de una salida apropiada hacia zona segura al mayor número de personas posible, utilizando para ello la comunicación verbal y no verbal.
 - b. Follow me. Cada líder elige una o varias personas cercanas a él para que le sigan. Él es el encargado de conducirlos a la zona segura apropiada. La acción del líder se concentra sobre un reducido número de personas. Se emplea en contextos en los que llegar a la zona segura es complejo y de no hacerlo así requeriría de muchas indicaciones.
- 7) Dar información muy breve y precisa sobre el incidente. El objetivo de mantener informada a la población no es otro que el de buscar su

cooperación para adoptar unas óptimas y adecuadas medidas de seguridad/autoprotección y poder afrontar con éxito el rescate. Para ello:

- a. Seleccionar aquella información que sea relevante en base a los datos disponibles y la seguridad de las personas.
 - b. Emplear una actitud de seguridad y control en la transmisión de los mensajes.
 - c. Dar mensajes claros y sencillos. Describir de manera objetiva lo que está sucediendo e indicar de manera directa las medidas de protección a tomar.
 - d. Asegurarse de que la información está siendo recibida adecuadamente por los receptores.
 - e. En la medida de lo posible, actualizar los datos cada cierto tiempo. En el caso de que no se disponga de contenido novedoso, repetir la última información de la que se dispone.
 - f. Aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos tal y como se describe el apartado 2.
- 8) Cuando la situación lo permita, se comenzará la evacuación de heridos con las directrices anteriormente indicadas.

Los mensajes de alerta variarán en función de la situación, si bien deben, en la medida de lo posible:

- Avisar del peligro haciendo, si es posible, una valoración inicial del mismo.
- Informar y aconsejar lo más detalladamente posible de las precauciones a tomar mediante consejos muy precisos y reiterativos.
- Renovar la información en la medida en que sea útil para realizar cambios en las precauciones a adoptar.

En el caso de que la evacuación no sea posible, las personas pueden esconderse en diferentes lugares (tiendas, domicilios...) mientras dura la amenaza. Al igual que en una situación de evacuación, en el caso de que el interviniente haya quedado confinado junto con víctimas civiles mientras dura el

tipo de incidente, ha de ser reconocido como "persona clave".

2. Comunicación y primeros auxilios psicológicos para primeros intervinientes

2.1. Zona caliente (roja). Comunicación y Primeros Auxilios Psicológicos (solo cuando no hay riesgo vital para las víctimas)

En la zona caliente, la intervención con las personas afectadas va a estar enfocada en facilitar su supervivencia y situarlas en un lugar seguro. El estado psicológico en que la persona se puede encontrar es variable. En la mayoría de los casos va a ser útil:

- Identificar *nuestro rol*. Hacer explícito nuestro rol. No importa que el uniforme muestre claramente la condición de policía, sanitario, bombero... La persona puede estar confusa e identificarnos es un "input" más.
- Manifestar nuestra intención de ayudar. Esta es una forma de conectar con la persona para luego añadir información concreta.
- Dar instrucciones a la persona afectada respecto a cómo ha de comportarse. El objetivo en los casos en los que nos mostramos más directivos, es maximizar la eficacia de la intervención y sobre todo, minimizar riesgos o daños durante la intervención. Así, es conveniente dar instrucciones firmes pero en tono calmado y breves pero concretas.

A mayor estado de descontrol de la persona, mayor firmeza y sencillez en las instrucciones.

A la hora de dirigir o guiar verbalmente, conviene tener en cuenta:

- Adoptar una actitud de seguridad y control en lo que pedimos.
- Evitar "pedir permiso" o "pedir sugerencias" sobre nuestras instrucciones.
- Informar de la importancia de nuestra instrucción.
- Reforzar positivamente el cumplimiento por parte de la persona afectada.

Informar para reducir ambigüedad e incertidumbre. A medida que se percibe

que las personas están momentáneamente protegidas, se les pueden ir explicando las operaciones que se van a realizar o se están realizando (¡siempre que no vayan a alarmarles aún más!), aumentando así la sensación de control y el liderazgo en la gestión de su protección y ayuda.

Cuando informemos es importante:

Procurar suministrar información útil. Referirse a recursos, acciones, planteamientos, estado de la situación, etc., cuyo conocimiento por parte de la persona afectada va a facilitar su afrontamiento funcional ante la situación de emergencia.

Ser descriptivos. Siempre que sea posible, hay que procurar basarnos en hechos, situaciones y acciones lo más objetivas posibles más que en opiniones sin fundamento, impresiones o sensaciones. Esto va a hacer que la persona comprenda mejor lo que le queremos transmitir con respecto al estado de la situación.

Ser específicos. La información es así más útil y se evitan los malos entendidos. Aquí conviene recordarnos que ser descriptivos y específicos no tiene por qué ser sinónimo de dar demasiados detalles, especialmente si podemos valorarlos como “escabrosos” y no aportan información adicional significativa y sí más carga emocional.

Ser constructivo. Esto implica subrayar la información positiva, motivar hacia el cambio de lo mejorable y adoptar y transmitir una actitud que muestre que confiamos en que éste es posible. Tener en cuenta respecto a nuestra actitud constructiva, que tras algunas informaciones ésta puede ser incluso contraproducente en un primer momento de shock de la persona afectada. Seamos conscientes y cautos en este sentido.

2.2. Zona templada (naranja). Primeros auxilios psicológicos. Comunicarse con el herido si es posible. Para alentarle, tranquilizarle y explicarle el tratamiento.

En la zona templada, el manejo psicológico de las personas afectadas va a estar condicionado por el contexto (zona segura), el estado físico de la persona y los recursos humanos disponibles para atender a dichos afectados.

Teniendo en cuenta lo anterior, los objetivos de apoyo psicológico son:

- 1) Realizar gestos y señales de naturaleza simple y práctica que comuniquen psicológicamente a los supervivientes que están siendo cuidados (ej.:

- facilitar mantas, alimentos y bebida).
- 2) Asegurarse de que los supervivientes heridos y asustados no se queden solos, y particularmente que los niños no permanezcan separados de sus padres.
 - 3) Permitir la expresión verbal de sentimientos asociados con la experiencia del desastre. Aceptar el desahogo o ventilación emocional.
 - 4) Confortar y consolar. Ayudar a que la persona perciba sus reacciones de estrés agudo como reacciones normales ante la situación anormal (normalizar y dar sentido a su estado).
 - 5) Ofrecer tranquilidad con argumentos objetivables “Vamos a protegerles”, “vamos a llevarlos al hospital”, ...
 - 6) Transmitir información precisa y de forma responsable, además de disipar los rumores que puedan ir surgiendo.
 - 7) Confortar y consolar.
 - 8) Ayudar a que las personas afectadas ilesas se involucren en el proceso de apoyo colectivo dirigiendo su comportamiento hacia un objetivo (ej.: ayudar a tapar a heridos, a mantener acompañados a niños solos, etc.).
 - 9) Mantener a las familias juntas y potenciar la reunificación entre los seres queridos. Transmitir expectativas para la reunificación, ante la existencia de personas desaparecidas. (ej.: *“En cuanto el peligro pase, vamos a dar prioridad a saber dónde están sus familiares. Ahora tenemos que mantenernos protegidos para que se puedan reunir después”*).
 - 10) Información de los pasos inmediatos a dar (ej.: *Traslado a hospitales, a Centro de Atención a Supervivientes, etc.*).

Directrices

Para poder llevar a cabo adecuadamente los primeros auxilios psicológicos se recomienda seguir una serie de indicaciones:

Contacto con la persona

- Identificación del interviniente. Quién es y a qué servicio pertenece.
- Explicar que la presencia del interviniente tiene como objetivo la ayuda y la atención a la persona.
- Reforzar positivamente las acciones recomendables que la persona ya ha llevado a cabo.

Transmitir seguridad y control inmediato

- Considerar que la persona puede estar confusa respecto al comportamiento más útil a adoptar.

- Preguntar el nombre de la persona afectada para referirnos a ella.
- Proteger a las personas afectadas de la exposición innecesaria a condiciones ambientales y circunstancias que pueden alimentar el estrés agudo (estímulos sensoriales, etc.).
- Facilitar la sensación de seguridad. Informar explícitamente del control y eliminación de situaciones de peligro o riesgo cuando así haya ocurrido.

Evaluar y realizar Triage del estado de las personas afectadas

Valorar el estado de funcionamiento psicológico de la persona para priorizar objetivos de ayuda y seleccionar la manera de interacción más apropiada en función de su estado. Bajo los principios de:

- Sencillez. El método de evaluación ha de ser básico pero suficiente como para clarificar el estado y los objetivos a alcanzar en función de este.
- Presteza. La evaluación de la persona ha de realizarse en un corto espacio de tiempo.

Factor SEA - 3

Preguntas y Observaciones a realizar

Discurso

Cantidad y calidad del discurso; organización del contenido, fluidez...

Emoción

Ánimo dominante, adecuación y coherencia de la emoción, ausencia de emoción, euforia, ...

Apariencia

Características inusuales, bizarras, ropa rota, ensangrentada, atípicamente sucia, desaliñada, ...

Alerta

Orientación a la persona (a sí misma y a otros), lugar, tiempo y situación. Conciencia de su estado psicológico interno y de sus reacciones. Capacidad de juicio sobre su conducta y la pertinencia de sus actos. Memoria y funciones intelectuales. Contenido del pensamiento (pertinencia, alucinaciones, delirios, rumiaciones...).

Postura, movimientos (enlentecimiento, hiperactividad, tics...), interacciones con el interviniente...

Conducta motora

Herramienta de Triage psicológico SEA - 3

- En caso de que existan varias personas afectadas simultáneamente, priorizar la atención tomando como criterios básicos de emergencia:
 - o El riesgo de daño auto o heteroinfligido de la persona.
 - o La capacidad de seguir instrucciones del interviniente.
 - o La vulnerabilidad física de la persona afectada (ej.: niños pequeños, personas mayores, etc.).
- Obtener información en un contexto y con una actitud lo más calmada posible.
- Mostrar una conducta de atención y comprensión de lo que la persona afectada comunica. Transmitir que se han escuchado las necesidades específicas que la persona tiene en ese momento.
- Emplear preguntas claras, sencillas, breves y directas.
- Valorar al principio el empleo de preguntas cerradas, con respuestas más focalizadas, en la medida en que la persona esté notablemente desestabilizada.
- Obtener información de forma estructurada para facilitar que la persona organice su pensamiento respecto a lo ocurrido y lo que al interviniente le interesa conocer.
- Respetar el ritmo y la dificultad emocional que la persona puede tener para proporcionar información. Si no es imprescindible, aparcar la que le resulte especialmente difícil comentar en ese momento.
- Emplear acciones de escucha activa (paráfrasis, resúmenes, reflejos, repeticiones, etc.) que hagan percibir a la persona que se le está prestando atención.
- Explicar a la persona lo que se está haciendo, lo que va a ocurrir y cómo se está gestionando la situación. En este sentido, valorar la utilidad de explicar:

- Qué se va a hacer para prestarle ayuda.
 - Qué se sabe sobre lo ocurrido.
 - Qué servicios asistenciales significativos están ayudando.
 - Qué se va a hacer respecto a la situación.
- Respecto al manejo de la información apuntada, valorar la pertinencia en términos del contexto en que se informa, así como de cantidad, profundidad (evitar en ese momento detalles excesivos, dramáticos o que destaquen la evolución negativa de la situación) y calidad (evitar elucubrar o hacer conjeturas que la persona pueda recibir como información correcta y fiable).

CALMAR, CONFORTAR Y ORIENTAR

Consiste en prevenir la escalada de estrés agudo favoreciendo la conducta de afrontamiento funcional y resiliente de la persona afectada.

- Actuar como modelo de control. Emplear mensajes verbales, paralingüísticos y no verbales que reflejen una actitud calmada y controlada por parte del interviniente.
- Atender las demandas más simples que la persona pueda tener y que menos interfieran la atención de emergencia, (ej.: abrigarse, abrocharse, tener el teléfono móvil consigo, etc.).
- Tomar en consideración factores culturales, de género, religiosos, etc. que puedan condicionar la intervención (ej.: contacto físico, proximidad durante la conversación, etc.).
- Si se necesita que la persona siga alguna instrucción, asegurarse de que entiende lo que se le pide. Si es necesario, pedir feedback sobre la comprensión de la instrucción. Subrayar la importancia de seguir las instrucciones por su propia seguridad y/o la de otros.
- Orientar o dirigir a la persona diciéndole qué hacer frente a qué no hacer.
- Mostrar respeto hacia la necesidad de la persona de salvaguardar enseres y pertenencias, especialmente si no pueden ser recuperadas o protegidas.
- Recordar la posibilidad de reacciones ambivalentes o de desconsideración a las acciones de ayuda del interviniente. Las expectativas de la persona afectada, la intensidad de las emociones y la propia actuación del interviniente, pueden ser condicionantes de reacciones “negativas” de las personas ayudadas.
- Enfatizar el motivo de la presencia del interviniente y su intención de ayudar.
- Validar la dificultad para afrontar lo que la persona está viviendo y reconocer y destacar los esfuerzos de afrontamiento que esté llevando a

- cabo.
- Prevenir la necesidad de hablar “demasiado” o de “romper el silencio”. Cuidar que el diálogo derive hacia promesas, mensajes de alivio o “frases hechas”, consejos no pedidos y difíciles de llevar a cabo, etc., que la persona puede recibir con aversión y hacer que pierda la confianza en el interviniente.
 - Aceptar y mostrar calma ante reacciones emocionales intensas por parte de la persona ayudada. Evitar, no obstante, la canalización del estrés agudo por medio de conductas con riesgo de daño para sí misma o para otras personas. Procurar contener o aislar a la persona, si sus reacciones emocionales están generando un efecto de “contagio” en otras personas afectadas.
 - Facilitar recursos en la medida de lo posible para que la persona se relacione con sus propios signos y síntomas de estrés agudo de una manera más funcional. Por ejemplo:
 - o Facilitar y modelar un patrón respiratorio adecuado.
 - o Proporcionar información útil que le ayude a reducir ambigüedad, incertidumbre y preocupación.
 - o Ayudar a que perciba su estado como *normal* en la situación *anormal* y así lo valide neutralizando la escalada del estrés agudo.
 - o Ayudar a que realice conductas sencillas y útiles que retroalimenten la sensación de control y contengan la sensación de indefensión.

ENLAZAR

Facilitar apoyo social, proveniente de figuras significativas para la persona afectada.

- Si la situación lo permite, ayudar a la persona a establecer contacto presencial o telefónico con la persona que desee (familiar, allegado, etc.
- En caso de que la persona afectada esté herida y tenga menores o mascotas a su cargo, enlazar en ese momento con personas, validadas por la persona afectada que se puedan hacer cargo a corto plazo de esta población o informar qué va a ocurrir con la gestión y cuidado de estos.
 - Valorar la presencia cercana de allegados durante la atención, o la pertinencia de apartarlos de la situación, en la medida en que ayuden o no a que la persona afectada gestione su estrés y faciliten sus acciones funcionales.

FACILITAR EL AFRONTAMIENTO AUTÓNOMO O ASISTIDO

Fomentar la capacidad de la persona afectada para cubrir necesidades inmediatas y facilitar el acceso a otros recursos de ayuda.

- Identificar las necesidades que la persona afectada tenga en ese momento o en el futuro inmediato.
- Valorar la capacidad autónoma de la persona y el contexto, para cubrir la necesidad.
- En caso de que no pueda o no sepa, valorar la pertinencia de la derivación inmediata (a otros servicios asistenciales presentes) o demorada, aunque necesaria.
- En caso de derivación demorada, informar a la persona de los pasos a dar para acceder al recurso de ayuda al que se le motiva a acudir.

3. Cuidados de los intervinientes

Las situaciones de emergencia en el entorno táctico civil, constituyen eventos cargados no solo de un riesgo físico potencial, sino también psicosocial. Variables como el tipo de incidente, factor tiempo de respuesta, entorno de riesgo vital, elementos físicos con los que trabajar, número de afectados, gravedad de la situación, etc., se convierten en estresores con los que el profesional ha de manejarse durante su intervención.

El afrontamiento del daño psicológico potencial del personal interviniente, ha de conllevar acciones tanto preventivas y proactivas (sin esperar a que sean demandadas), como reactivas (a partir de las necesidades surgidas en una situación). Y estas acciones han de llevarse a cabo antes, durante y después de la exposición a eventos de alto estrés.

En este apartado, nos vamos a centrar en el autocuidado del profesional y el cuidado que el grupo de iguales y la organización pueden proporcionar, tanto de manera preventiva como de manera inmediata tras la intervención en un contexto de alto impacto.

3.1. Directrices de cuidado y apoyo antes de la intervención en situaciones críticas.

3.1.1 Directrices de autocuidado desde el propio profesional

La prevención primaria es aquella que se realiza antes de que suceda cualquier daño. Su objetivo principal es preparar a las personas para que, en caso de tener que intervenir en un incidente terrorista, puedan recuperar la normalidad en un breve periodo de tiempo sin tener secuelas tras el mismo. Además del aprendizaje relacionado con la tarea profesional concreta a desarrollar, se recomienda que los intervinientes participen en procesos de formación y entrenamiento continuo relacionados con las siguientes áreas:

- Formación técnica de base y continua. Una buena capacitación en lo que se refiere a conocimientos y habilidades que permitan que el profesional sea competente en su labor. Tiene un elevado impacto positivo en su capacidad de manejo de situaciones estresantes. Numerosos intervinientes afirman que lo que les ayuda a trabajar en situaciones de alto impacto psicológico es *conocer cómo tienen que actuar*. Los conocimientos y las habilidades permiten “automatizar” de alguna manera las acciones del profesional de emergencias y prevenir el bucle creciente del estrés agudo: ej.: “No recordar cómo actuar en una situación estresante, cómo manejar un instrumental, cómo realizar un gesto técnico, etc., provoca que el estrés agudo aumente más aún en la situación crítica”.
- Conocer los factores de protección y de vulnerabilidad personales que facilitan o dificultan el afrontamiento de la situación. No todas las personas reaccionan igual ante un mismo suceso, ni la misma persona reacciona de la misma manera ante situaciones similares. El momento vital que cada uno está atravesando, el apoyo social y familiar o el significado personal que la persona atribuye al suceso, son algunos de los aspectos clave que van a ayudar o dificultar el afrontamiento integral de lo sucedido. Que cada persona conozca a nivel general y reconozca en sí mismo cuáles son esos elementos, se convierte en una herramienta potente de prevención.
- La mayoría de las personas que se enfrentan a situaciones críticas vivencian reacciones de estrés agudo y otros síntomas relacionadas con el estrés laboral propio de las situaciones de emergencias. Es importante que los intervinientes conozcan qué es el estrés, sus signos y síntomas, normalicen su respuesta tras un incidente crítico y entrenen habilidades de control de la activación y mantenimiento de la atención en situaciones de alto estrés.
- Cuidado general y mantenimiento de la salud física y mental.

3.1.2. Directrices de cuidado mutuo desde el grupo de iguales

El trabajo en equipo es una de las premisas básicas a la hora de trabajar en situaciones de crisis y emergencias. El grupo de iguales se hace especialmente relevante no solo a al ahora de afrontar la tarea encomendada, sino en el momento que hay que ofrecer apoyo emocional eficaz. Para que esto sea real, el grupo ha de establecer un trabajo continuo en materias de cohesión y cooperación grupal, estableciendo un clima que facilite la comunicación, la identificación y resolución de conflictos y el apoyo emocional entre sus miembros.

3.1.3. Directrices de apoyo desde la organización

La organización puede establecer una serie de medidas que contribuyan a la prevención de riesgos psicosociales laborales de sus integrantes; algunas de esas recomendaciones son las siguientes:

- Conocer y prevenir los factores de vulnerabilidad propios de la organización, enmarcados dentro de la prevención de riesgos laborales y salud laboral, así como establecer acciones para su solución o la minimización de sus consecuencias.
- Establecer protocolos de intervención claros y precisos donde se indiquen los puestos, funciones, rotación de turnos y tareas a realizar por cada profesional.
- Realizar una adecuada selección de los perfiles profesionales para cada tarea.
- Facilitar información y formación relacionada con el autocuidado del interviniente y los recursos disponibles a este nivel para sus trabajadores,

3.2. Directrices de cuidado y apoyo durante la intervención en situaciones críticas

3.2.1 Directrices de autocuidado desde el propio profesional

¿Qué puede hacer el profesional durante su intervención en situaciones críticas? Para responder a esta cuestión, un matiz importante tiene que ver con la duración de la intervención.

Algunas recomendaciones son:

- Solicitar información que le ayude a reducir los “puntos oscuros” de la intervención hasta donde sea posible. Reducir del mismo modo la ambigüedad e incertidumbre de la situación.
- Aceptar las reacciones de estrés percibidas en ese momento como reacciones normales ante la situación anormal.
- Afrontar las reacciones de estrés más interferentes mediante acciones factibles y no entorpecedoras de la actuación técnica, escogiendo en ese momento las más funcionales. Algunos ejemplos de afrontamiento son:
 - o Enraizar el foco de atención en el contexto externo (estímulos físicos, por ejemplo), cuando el estrés cognitivo y emocional está “nublando” la percepción y el pensamiento.
 - o Orientarse a la tarea. Conectar con objetivos inmediatos y prioritarios. “¿Qué quiero hacer (ahora)? ¿Qué puedo hacer (ahora) para lograrlo?”
 - o Permitir que las reacciones fisiológicas de estrés estén presentes y simultáneamente “darles espacio” mediante la respiración para evitar que “secuestren” la capacidad de análisis y toma de decisiones.

En intervenciones que se prolongan durante horas:

- Mantenerse orientado en el tiempo. Tomar conciencia del tiempo transcurrido para no descuidar la cobertura de necesidades fisiológicas básicas.
- Cuidar proactivamente dichas necesidades (hidratándose, equilibrando niveles de gasto energético mediante alimentos rápidos y sencillos de ingerir, regulando el esfuerzo físico tomándose un respiro (especialmente tras esfuerzos anaeróbicos), etc.).
- Fomentar el clima de cohesión de equipo, apoyando y reconociendo el trabajo de su grupo de iguales y siendo receptivo a estas acciones, provenientes de los otros.

3.2.2. Directrices de cuidado mutuo desde el grupo de iguales

En este punto cabe destacar un refrán adaptado: “*Mal de muchos, consuelo de todos*”, en el que se destaca la importancia del apoyo y comprensión mutua, ante una vivencia similar para buena parte del personal durante su actuación en una situación crítica, así como el ánimo y colaboración cuando la intervención ha de llevarse a cabo. Estas actitudes neutralizan la “falacia de caso único” en la que,

cuando el profesional se percibe afectado y no percibe lo mismo en los demás, trata de ocultar su estado para no ser diferente, con el subsiguiente “*ocultismo emocional*”. Esto, en ocasiones se convierte en una niebla que envuelve el ambiente de trabajo del equipo, donde parece que nadie está afectado por el estrés de la situación, cuando la realidad es otra.

Algunas acciones de apoyo mutuo durante la intervención son:

- Ayudar a compañeros con evidente estado de estrés agudo a orientarse a la tarea. Conectarle con objetivos inmediatos y prioritarios. “*¿Qué queremos hacer (ahora)? ¿Qué podemos hacer (ahora) para lograrlo?*” e *instigarles a actuar*.
- Apoyar y reconocer acciones funcionales para mantener la cohesión y la motivación orientada a la gestión de la situación, empleando la comunicación verbal y/o no verbal.

3.2.3. Directrices de apoyo desde la organización

La organización puede contribuir al afrontamiento del estrés por incidente crítico con acciones como:

- Provisión de recursos para maximizar el afrontamiento funcional de las fuentes ambientales de estrés. Ej.: recursos materiales y equipamientos para la protección e intervención que la situación requiere.
- Gestión y provisión de información relevante. Bajo este objetivo se va a considerar toda la información que contribuya a reducir la incertidumbre y la ambigüedad que en algunas ocasiones surgen y se convierten en elementos “inflamables” del estado de estrés.
- Provisión de elementos logísticos para contribuir al cuidado del interviniente cuando la gestión del incidente se prolonga en el tiempo. Tiempos de descanso en los que se pueda recuperar fuerzas, rehidratarse, reponer energías, etc.

Graduación de la exposición. Especialmente en aquellas situaciones críticas en las que la intervención es compleja, con varios frentes de actuación de diferente impacto y la organización de equipos y turnos de trabajo surge como condición necesaria. Es recomendable facilitar que los equipos roten y se expongan a situaciones de diferente grado de impacto a lo largo de las horas o días de intervención (Ej.: tras explosión de artefactos, con derrumbes y personas atrapadas, o tras parapetos de tiradores activos con toma de rehenes, incluyendo heridos).

3.3. Directrices de cuidado y apoyo después de la intervención en situaciones críticas.

3.3.1. Directrices de autocuidado desde el propio profesional

En el contexto del *después* se van a considerar las horas, días o primeras semanas inmediatamente posteriores a la intervención del personal de emergencia.

El profesional puede y debe ser proactivo para llevar a cabo acciones de afrontamiento del estrés en diferentes momentos post-intervención: al finalizar su turno de trabajo o al acabar una intervención de alto impacto que queda resuelta al cabo de horas o días. Entre ellas, cabe destacar:

- Autocuidado físico inmediato. Reponiendo energías de forma saludable (rehidratarse, comer y descansar) en un espacio que esté aislado de los estímulos estresantes.
- Conciencia y canalización de reacciones de estrés. Identificar signos y síntomas de estrés asociados a la participación en el evento crítico y afrontamiento de dichas reacciones. Para afrontarlas, lo recomendable es:
 - o Apoyarse en los recursos personales disponibles.
 - o Emplear de forma saludable los recursos de apoyo no formales (contacto con familia, allegados, etc.).

Participar en los sistemas de apoyo psicológico inmediato que la organización ponga a su disposición, recordándose a sí mismo que estos dispositivos no contemplan al profesional como una persona en un estado anormal que necesita psicoterapia, sino que lo contemplan como un *profesional normal, que tiene que afrontar la participación en un incidente de alto impacto*.

3.3.2. Directrices de cuidado mutuo desde el grupo de iguales

- La existencia de un equipo en el que existe un alto grado de cohesión y apoyo social facilita la canalización de las reacciones de estrés del personal afectado, hasta el punto incluso, de poder ser proveedores o receptores, según el caso, de *Primeros Auxilios Psicológicos* por parte de sus propios compañeros. En este sentido, el obtener apoyo del grupo de iguales va a ser un elemento funcional muy potente.

De igual manera, con el paso de los días o semanas, los propios compañeros se pueden convertir en espejo de las reacciones del profesional afectado que no logra superar el estado de afectación

provocado por su participación en el evento crítico. En un ambiente de apoyo social, los compañeros pueden incidir en su motivación por obtener ayuda profesional cuando en el transcurso del tiempo, el empleo de recursos personales no parece ser suficiente para afrontar el estrés producido por el incidente crítico.

3.3.3. Directrices de apoyo desde la organización

Durante las horas, días o primeras semanas inmediatamente posteriores a la intervención en el incidente crítico, la organización puede dinamizar intervenciones de apoyo psicológico distintas, de carácter individual y grupal. Todas ellas están encuadradas en el *paraguas* de la intervención psicológica inmediata integral tras situaciones críticas.

Son técnicas cuyo objetivo final es el afrontamiento exitoso tras la vivencia de un suceso de alto impacto emocional. No son intervenciones destinadas a curar o sanar psicopatologías sino que están encaminadas a la prevención de las mismas. Tras el suceso, el interviniente ha de enfrentarse a una serie de emociones y pensamientos que forman parte del proceso natural de afrontamiento de una situación crítica. Con la ayuda de estas técnicas, pone en marcha sus propias habilidades y recursos de manera más efectiva y se da respuesta a las múltiples necesidades que los intervinientes pueden tener de manera holística e integral.

En este punto, únicamente se nombrarán y describirán brevemente dichas intervenciones:

- Primeros Auxilios Psicológicos (P.A.P.)

Los P.A.P se aplican inmediatamente después de que haya acontecido el evento crítico, es decir, durante los primeros minutos u horas. Su objetivo principal es el de acompañar al interviniente de manera individual para que inicie la aceptación y el afrontamiento de lo sucedido, facilitando la puesta en marcha de sus propios recursos personales y el comienzo de la recuperación de la funcionalidad previa al suceso. Han de ser administrados por personas con formación en estas técnicas. De esta forma, los P.A.P. pueden ser implementados por el equipo de intervención psicosocial en crisis, así como por los propios intervinientes formados para ello.

- Apoyo Grupal Inmediato tras finalizar el turno (A.G.I) (Defusing)

Se trata de una técnica grupal que se pone en marcha cuando el incidente ha finalizado o está estabilizado, antes de que los intervinientes recuperen su funcionamiento cotidiano. Consiste en una única reunión con un grupo

lo más homogéneo posible cuyo objetivo principal es la conceptualización adecuada y realista de lo sucedido y el screening de personas especialmente afectadas por el suceso. Ha de ser dirigida por profesionales del equipo de intervención psicosocial en crisis.

– Apoyo Grupal en Eventos Impactantes (Debriefing psicológico)

Intervención grupal cuyo principal objetivo es el de mitigar los niveles de estrés tras el incidente y recuperar el mayor grado de control sobre lo sucedido para prevenir la aparición de secuelas. Las sesiones han de ser conducidas por profesionales del equipo de intervención psicosocial en crisis y en ellas se crea un espacio donde se facilita la ventilación emocional y el análisis de pensamientos, sentimientos y conductas. Se lleva a cabo durante los primeros días tras el incidente siendo recomendable aplicarlo dentro de un conjunto de acciones para cuidar la salud, nunca de manera aislada.

– Intervenciones de orientación, asesoramiento y consejo (Counselling).

Proceso de acompañamiento y ayuda individual a través del cual la persona toma conciencia sobre lo sucedido y de los factores que le han llevado a la situación actual. Se despliegan líneas de acción para lograr el *apoyo emocional, el cambio de los comportamientos y estilos de vida, la solución de problemas y el afrontamiento de decisiones vitales*. Se lleva a cabo en un proceso dinamizado mediante las habilidades de comunicación interpersonal del agente de ayuda, en el encuentro interbiográfico con el profesional afectado.

Bibliografía básica.

Álvarez Leiva C. & Macías Seda, J. (2001). Triage: generalidades. 2(3). 125-133.

Baloian, I., Chia, E., Cornejo, C., & Paverini, C. (2007). Intervención psicosocial en situaciones de emergencia y desastres: guía para el primer apoyo psicológico.

Glizer, I. (1993). Prevención de accidentes y lesiones: conceptos, métodos y orientaciones para países en desarrollo. OPS.

Morales, G., Pérez, J., & Menares, M. A. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología*, 12(1), 9-25.

Muñoz Justicia, J. & Vázquez Sixto, F. (2002). Procesos colectivos y acción social. Universitat Autònoma de Barcelona.

Osorio Vigil, A. PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS. Integración Académica en Psicología.

Ruíz Muñoz, E.M. (2015). El triaje psicológico ¿Una herramienta para el psicólogo de emergencias?. 14(1).



Anexo II. Protocolo Hospitalario

Introducción y antecedentes

Como bien se ha especificado en las páginas iniciales de este protocolo, la formación y concienciación de todos los involucrados en el manejo de las víctimas es fundamental. En el caso del personal hospitalario cobra especial relevancia, puesto idealmente se encuentran en el centro de asistencia definitivo. Por lo tanto, deben conocer los mecanismos lesionales y las lesiones generadas por los mismos, así como la asistencia y los medios que se emplean en la fase extrahospitalaria.

Llevando a cabo una lectura de diferentes estudios y revisiones de incidentes terroristas o con tiradores activos se pueden extraer las siguientes conclusiones:

La mayoría de las víctimas críticas fallecen en el lugar del incidente.

Entre las lesiones más comunes en el caso de atentados con explosivos se encuentran:

- Lesiones timpánicas
- Fracturas. Siendo las más prevalentes los traumas maxilofaciales y de huesos largos.
- Daños pulmonares por la explosión (Blast Lung Injury), con buen pronóstico.
- Combinación de lesiones: oculares, de tejidos blandos, quemaduras, etc.
- Hemorragias masivas, con indicación de cirugía urgente.
- Entre las lesiones más comunes en incidentes con arma de fuego:
- Lesiones craneoencefálicas penetrantes con una alta tasa de mortalidad.
- Heridas en zona toracoabdominal con hemorragias masivas internas asociadas.
- Número muy reducido o inexistente de hemorragias masivas en extremidad, pero con una alta tasa de mortalidad.

Principios asistenciales

En cuanto a la asistencia a llevar a cabo en IMV intencionados se aconseja tomar como referencia las recomendaciones del C-TECC First Receivers si bien, están todavía pendientes de ser publicadas, se pueden señalar puntos recopilados de los diagramas de flujo ya existentes como la importancia de la formación en control de hemorragias de todo el personal hospitalario y cursos de familiarización con el TECC, así como el diseño de protocolos hospitalarios específicos y de la realización de ejercicios periódicos con múltiples víctimas.

Para realizar la asistencia inicial los profesionales asistenciales que vayan a abordar a las víctimas deben de estar formados y familiarizados con programas internacionales como el Advance Trauma Life Support (ATLS®) o Definitive Surgery for Trauma Care (DSTC®), estos empleados con éxito tanto en situaciones de combate como convencionales con muy buenos resultados a lo largo de los años. En especial está empezando a cobrar especial relevancia el concepto de cirugía de control de daños en el entorno civil a raíz de los atentados de París y sucesos posteriores. Dicho concepto, que proviene del entorno militar, ha demostrado su eficacia en el abordaje quirúrgico del paciente traumatológico también en el entorno hospitalario civil.

Como se menciona anteriormente el abordaje ATLS® consiste en la valoración y manejo de las situaciones de riesgo vital mediante el ABCDE, el cual es prácticamente equiparable al MARCHED, puesto que este último se basa en el anterior. Por lo tanto, a la hora de abordar a un paciente producido en este tipo de incidentes se deben seguir los mismos pasos, contando con la ventaja, en principio, de disponer de más recursos personales y materiales y, de estar en entorno seguro tanto para las víctimas como para los profesionales.

Si bien en el ATLS® la prioridad en una situación convencional es el manejo de la vía aérea con control cervical, en este tipo de situaciones la prioridad continúa siendo el control de la hemorragia masiva tanto externa como interna. Para este control de hemorragias está adquiriendo mucho protagonismo el empleo del Resuscitative Endovascular Ballon Occlusion of the Aorta (R.E.B.O.A. o del ER-R.E.B.O.A.®) en las diferentes zonas de colocación de I-III, ya que, cada vez van surgiendo estudios que avalan su seguridad y eficacia.

En la vía aérea cobra especial relevancia la IET para el aislamiento de la misma, realizada por personal entrenado con todos los medios disponibles y con un alto grado de seguridad.

Para el manejo de lesiones torácicas como neumotórax o neumotórax a tensión ya se dispone de la capacidad de llevar a cabo la colocación de tubos torácicos de técnicas estériles y de dispositivos que pueden conectarse a aspiración, si

procede, además de otras técnicas quirúrgicas que estén indicadas.

Finalmente, se llevará a cabo la canalización de dos vías de grueso calibre, si no se ha hecho ya, para la reanimación con fluidos siguiendo las recomendaciones del DSTC, priorizando la administración de sangre completa o, de hemoderivados en ratio 1:1:1 (CH:Plasma:Plaquetas) si bien, pueden existir protocolos diferentes en función de la institución. Habrá que tener también en cuenta la prevención de la hipotermia y el manejo de la acidosis, para evitar la Tríada Mortal.

Para un correcto diagnóstico de las lesiones se hace necesaria la familiarización del personal responsable del triaje con el empleo de los ecógrafos, cuyo uso y posicionamiento debe de estar previsto en el protocolo correspondiente, así como en la realización de la técnica de á-FAST.

Además, debe hacerse hincapié en la correcta canalización de las víctimas a las zonas de equipos de radiodiagnóstico y del aumento de personal en la zona de banco y de donación de sangre, para lo que puede ser interesante instaurar un protocolo similar al de Walking Blood Bank empleado en los hospitales de campaña en Zona de Operaciones (Z.O.)

Conclusiones finales

Además de la gestión de las víctimas y su correcto manejo hasta el alta de las mismas, no habrá que olvidar que el hospital continúa siendo un objetivo terrorista -se han perpetrado 100 ataques terroristas en hospitales de todo el mundo con más de 700 víctimas mortales-, por lo que los diferentes protocolos deben recoger el posicionamiento y perimetrado por parte tanto del personal de seguridad privada como pública, según el nivel de amenaza.