

INTERROGANTES SOBRE LOS PLANES DE ACTUACIÓN ANTE LAS CATÁSTROFES. PAPEL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS. UN TEMA A DEBATE

Sr. Director:

En los últimos años asistimos a una creciente preocupación por parte de las instituciones y de los profesionales sanitarios sobre el tema de las catástrofes sanitarias, de sus causas y sus posibles soluciones. Desde distintos foros (incluida la SEMES) se nos muestran diversas formas de actuación, fundamentalmente encaminadas a dar respuesta rápida y eficaz a la posible catástrofe allá donde se genere. Desde las instituciones, fundamentalmente las públicas, se intenta dotar de medios suficientes para la mejor atención de estas situaciones. Sin embargo, frecuentemente se nos olvida que la atención definitiva ante una catástrofe, es decir ante los pacientes que ésta genera, se realiza en nuestros hospitales, dependiendo básicamente de la mejor o peor organización de los servicios de urgencias. Ante esto se nos ocurren múltiples interrogantes, a las que habría que dar solución o como poco sacar a debate.

¿Cómo definimos catástrofe? La definición más simple que hemos encontrado nos dice que es aquella situación en que los medios disponibles son insuficientes ante la demanda creada. Pero dado el momento por el que pasa nuestro actual sistema sanitario y siguiendo dicha definición nos encontraríamos en situación de permanente catástrofe en la mayoría de nuestros centros hospitalarios. Necesitamos, pues, redefinir la situación de catástrofe para conseguir un mejor punto de partida a la hora de intentar solucionarlas de forma conveniente.

¿A quién compete la realización del plan de catás-

trofes en un hospital? Con toda seguridad diríamos que a los servicios de urgencias, necesitando para ello el apoyo de los restantes servicios sanitarios y no sanitarios que conforman nuestro centro. Si ya es difícil tomar conciencia de esta problemática por parte del personal de urgencias, más arduo es aún mentalizar al resto de componentes de nuestros hospitales, sin cuya colaboración es imposible plantear de forma seria un plan de catástrofes.

¿Existe suficiente apoyo por parte de las diferentes administraciones? Pensamos que no. Desde hace algún tiempo por parte de estas administraciones se ha urgido a los hospitales la realización de su propio plan de catástrofes. Una vez diseñado éste parece tranquilizar conciencias. No debemos llamarnos a engaño, nos encontramos en una sociedad más dada a la improvisación que a la previsión, siendo muy difícil para nuestros gestores presupuestar medios y personal suficiente para la solución de unas situaciones poco probables.

¿Disponemos de medios suficientes? Seguramente no, pero debemos sacarles todo el partido posible. De poco sirve idear de una forma perfecta líneas de actuación si contamos con medios futuribles o que precisen de cierta demora para su puesta en funcionamiento. Más eficaz es un plan de actuaciones modesto y realizable que un plan grandilocuente y de difícil puesta en marcha.

¿Funciona un plan de catástrofes si no es conocido por la totalidad de un hospital? Rotundamente no. Harto complicado es dar publicidad de dicho plan en la situación en la que nos encontramos (fuertes cargas

laborales, mala o nula eficacia de los comités de catástrofes, escasa predisposición al trabajo en equipo, alejamiento entre equipos gestores y trabajadores, etc.), pero resulta imprescindible, por lo cual habría que crear mecanismos nuevos e imaginativos para difundir el contenido básico del plan de catástrofes de nuestros centros.

¿Las catástrofes internas deben poseer un plan específico? Sí. Las catástrofes internas (causadas fundamentalmente por incendio del propio centro) tienen entidad propia, precisando medios y soluciones distintas a las propuestas para las catástrofes externas. En su fundamento la diferencia viene dada por organizar un plan de evacuación en vez de un plan de acogida de accidentados, precisando la instalación de un dispositivo de tratamiento fuera del complejo hospitalario al mismo tiempo que se organiza dicha evacuación. Los planes contra incendios cuentan con diferentes ventajas respecto a planes de catástrofes externas: existencia de un ordenamiento legal en cuanto a prevención, mayor conocimiento por parte del personal de los centros e incluso de los ciudadanos que acuden a ellos, mayor difusión de casos reales ocurridos en otros centros y mayor claridad por parte de los organismos gestores para presupuestar mejoras técnicas.

¿Debe acudir personal hospitalario al área de la catástrofe? El envío de equipos móviles avanzados al área de intervención es muy controvertido y debería quedar totalmente especificado en los planes de catástrofes, indicándose de forma prioritaria para la organización y no para el transporte o tratamiento. En muchas ciudades de nuestro territorio se están implantando equipos móviles de emergencias que deben ser los encargados de dar atención en el lugar de la catástrofe, así como organizar la evacuación de pacientes a centros hospitalarios. En el área rural esta misión tiene que seguir siendo realizada por los equipos de atención primaria, pese a su precario equipamiento.

¿Existe coordinación entre hospitales y otros organismos? Dicha coordinación no está especificada en los planes de catástrofes de forma clara, salvo en el caso de autoridades y organismos sanitarios, olvidándose a veces lo imprescindible que resulta el apoyo de

organismos civiles (protección civil, cuerpo de bomberos, policía local, cruz roja) y militares (ejército y guardia civil), gracias a un mal entendido sentido de autosuficiencia. La organización colectiva es necesaria para llevar a buen final un plan de catástrofes de un hospital.

La idea de lanzar todas estas interrogantes es abrir un debate necesario en la SEMES, como sociedad científica y representativa de la medicina de urgencias, intentando aportar soluciones generales que posteriormente podamos aplicar en nuestros centros sanitarios de forma particular.

Bibliografía Recomendada

1. Fuentes F, Casado JL, Pascual A, López A, Povar J, Vidal AI. Organización del Hospital ante las situaciones de Catástrofe Externa. *Emergencias* 1991; 3: 344-349.
2. Chulía V. Organización del socorro médico en situaciones de grandes catástrofes. *Emergencias* 1990; 2: 115-120.
3. Noto R, Hughenard P, Larcán A. Consecuencias del acontecimiento. En: Masson S. A. Ed. «Medicina de Catástrofes». Barcelona 1989: 13-33.
4. Ballesteros JA, Badosa AM, Usandizaga I y cols. Medicina de Catástrofes. *Rev Clin Esp* 1989; 184: 51-57.
5. Iglesias M. Catástrofe Externa. En: Dirección General de Sanidad ed. «El Hospital ante las situaciones de catástrofes intra y extrahospitalarias». Madrid 1976: 33-34.
6. Noji EK, Siverston KT. Injury prevention in natural disaster: a theoretical framework. *Disasters* 1987; 11: 291-296.
7. Barrier G. Emergency medical services for treatment of mass casualties. *Crit Care Med* 1989; 17: 1062-1067.
8. Waecckerle VH. Current Concepts: Disaster Planning and Response. *N Engl J Med* 1991; 324: 815-821.
9. Chulía V et al. Curso de Atención de las Catástrofes. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid. 1991.
10. Chulía V et al. Manual de Asistencia Sanitaria a las Catástrofes. Ed. ELA-ARAN. Madrid 1994.
11. García-Castrillo Riesgo L. Asistencia en caso de Catástrofe. Manual de Asistencia al Paciente Politraumatizado. Ed. ELA-ARAN. Madrid 1994.

**M. Ortiz Fernández, E. Lopera Lopera,
M. A. Gutiérrez Solís,
P. Ceballos García, A. Pulido Arroyo,
R. Merino Caballero**
Hospital «Valle de los Pedroches».
Pozoblanco (Córdoba).

ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA LA APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR EN DOMICILIO

Sr. Director:

De la mano de la *American Heart Association*, AHA que publicó sus primeras recomendaciones sobre Resucitación Cardiopulmonar (RCP) en 1974¹, e iniciativas similares por parte del *European Resuscitation Council (ERC)*, cuyo primer Congreso, recogido en un número monográfico de *Resuscitation*², se celebró en Brighton en 1992, con cierta periodicidad se publican recomendaciones científicas sobre RCP. De hecho, en el momento actual, se encuentran en fase de elaboración y modificación las nuevas recomendaciones a cargo del ERC, en especial tras las últimas indicaciones del *International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)*, integrado por representantes de la AHA³, *Heart and Stroke Foundation* de Canadá⁴, *Australian Resuscitation Council*^{5,6}, *Southern Africa Resuscitation Council* y el propio ERC⁷. En un trabajo de síntesis casi sin precedentes, hasta el momento presente, todos los esfuerzos han ido encaminados hacia la normalización de los criterios de aplicación (secuencia, indicaciones, órdenes de no-RCP, etc.).

No obstante, en todas las ediciones comentadas, se echan en falta recomendaciones prácticas para la aplicación concreta de las técnicas de RCP de realización obligada fuera del entorno hospitalario clásico, en especial, en el domicilio del paciente. Este comentario resulta igualmente aplicable a otros entornos, algunos aún más hostiles quizá. Profundizando en la línea docente de uno de los autores, tras haber realizado una búsqueda inicial con motivo de un trabajo previo⁸, apenas hemos encontrado referencias al respecto, si bien existe algún comentario de soslayo en la literatura⁹. La riqueza derivada de la aplicación de las técnicas de RCP avanzada en el medio prehospitalario en Europa contrasta con la escasa representatividad del tema en la literatura. Movidos por el deseo de proponer unas recomendaciones prácticas para discusión que pudieran servir de ayuda, sin carácter vinculante personal o institucional, procedemos a enumerar una serie de recomendaciones de uso práctico para entornos similares al nuestro.

En el relevo de inicio del turno de trabajo el equipo debe comprobar el correcto funcionamiento de los instrumentos de trabajo, haciendo especial énfasis en el monitor-defibrilador-marcapasos-ECG, y el enlace entre el equipo portátil de radiocomunicaciones y la emisora del vehículo (a cargo del conductor). *Para equipos de menos de cuatro personas o, incluso, no medicalizados, se aconsejan metodologías de trabajo adaptadas a la situación*⁹. Como requisito básico e imprescindible, el equipo debe asegurar en todo momento la total ausencia de riesgos reales o potenciales (ambiente hostil, sospecha de muertes violentas, etc.), tomando cuantas medidas de protección sean necesarias, con especial atención a la necesidad de apoyo por parte de las fuerzas de orden público. Es posible establecer la sospecha de PCR de acuerdo con la información proporcionada por el Centro de Comunicaciones, la experiencia del equipo y, en nuestro estudio, las peticiones de socorro in situ por parte de familiares en la vía pública (índice de error en torno al 3,9%).

Tras el acceso al paciente, comprobaremos su estado vital de acuerdo con las recomendaciones más actuales, mientras se intenta recabar la mayor información posible por parte de los familiares. Clásicamente, la decisión de realizar desfibrilación e iniciar maniobras de RCP se establece de acuerdo con el ritmo del monitor, el tiempo estimado de parada y la información inicial suministrada por los familiares.

Las reacciones familiares pueden ser atenuadas si la muerte es esperada, siendo, por tanto, menos dramáticas y/o traumáticas. En ocasiones, estas consideraciones no influyen en las reacciones familiares, sujetas a múltiples y complejos factores a los que el equipo es ajeno. De forma paliativa, el impacto emocional del fallecimiento en los familiares parece atenuarse cuando éstos presencian las maniobras de RCP^{10,11}, motivo por el que siempre les ofrecemos esta posibilidad. Si algún familiar o allegado insiste en presenciar la reanimación, debe ser inmediatamente involucrado en actividades auxiliares, mateniéndolo siempre ocupado, haciéndole sentir necesario, aunque no imprescindible. En ocasiones puede resultar favorable estimularle a hablar al paciente.

Si existe, se utilizará una habitación contigua espaciosa. En caso negativo, el lugar será transformado en espacio diáfano (volteo de la cama hacia la pared, apilamiento de sillas, etc.), en cuyo centro se colocará al paciente en decúbito supino, de la forma menos traumática posible pero con decisión.

El médico asume el papel de líder en la aplicación de las maniobras, supervisando mediante órdenes claras y concretas las funciones preestablecidas para cada uno de los miembros del equipo. Mientras el médico controla la vía aérea, el enfermero (DUE) inicia el abordaje venoso y prepara las primeras dosis de medicación. Según diferentes modelos flexibles, el técnico en emergencias (TEM) monitoriza al paciente y/o inicia las compresiones cardíacas externas. De forma codificada, se solicita al conductor de oxígeno y aspiración suplementaria (si no se subieron), así como el ventilador mecánico. Se pueden utilizar elementos de la habitación para el anclaje de sueros, siendo por ejemplo, de utilidad, el uso de perchas para la ropa para su fijación a clavos, lámparas o estructuras salientes.

Iniciados los bucles terapéuticos y según evolución, el médico debe «salir» de forma periódica para informar de la situación a los familiares «dando la cara», proporcionando información escueta y precisa, razonable, humana y respetuosa, regresando a la «sala de reanimación».

Si el paciente es *éxitus*, previo a la interrupción de las maniobras, se debe informar a la familia de la situación e inminente cese de las maniobras. Es en este momento cuando se finalizan las maniobras, desconectando al paciente del respirador, agradeciendo las ayudas recibidas por parte de familia, vecinos y colaboradores, mientras se procede a recoger el material clínico, utilizado, con especial atención a los elementos punzantes. Se facilitará la colocación del cadáver, manteniendo en todo momento la máxima dignidad posible.

Ayudado por el equipo, el médico informará de la posible causa del fallecimiento, desculpabilizará a la familia, recabará información suplementaria sobre su patobiografía y realizará los informes médico-legales pertinentes, a los que debe añadirse registro del ritmo final, así como del sumario de sucesos, con copia de ambos para archivo. Es importante informar sobre los trámites para la asistencia funeraria. En caso de sospecha de muerte no natural, avisar y esperar la llegada de policía.

En caso de muerte natural, se debe realizar un informe para el médico de cabecera, e incluso hablar por teléfono con él, si se localiza fácilmente. Dejare-

mos un teléfono de contacto para cualquier información ulterior que deseen recabar sobre asistencia prestada u otro particular.

En este momento, los integrantes del equipo pasan a compartir de forma conjunta la función inicial de descarga psicosocial de duelo familiar. En este sentido, resultan insustituibles tanto el apoyo del personal de enfermería, líder en empatía, como la humanidad proporcionada por la experiencia personal y profesional de los técnicos¹². Se intentarán canalizar las reacciones de autoinculpación, explicando la posible causa de PCR dentro del contexto epidemiológico actual del paciente, desdramatizándolo y asumiéndolo como una forma contemporánea de fallecimiento.

Una vez informada la familia, ésta pasa a ocupar el centro de atención del equipo, iniciando un nuevo ciclo de valoración del/los nuevo/s paciente/s. Lamentablemente, debido a la fugacidad de la atención prestada por los equipos de emergencias médicas, en especial por el imperativo de una operatividad precoz, dicha atención siempre resulta precaria. Los recursos de Atención Primaria, por otro lado, no contemplan la continuidad de cuidados de la familia en este difícil trance, una familia cuya vida diaria, en ocasiones, aparece trastocada hasta dos semanas tras el óbito¹¹. *En consecuencia, desde estas páginas se insta a los servicios de asistencia prehospitalaria a la creación de equipos de apoyo psicosocial para el soporte familiar en caso de muerte súbita. Dichos equipos, con autonomía y disponibilidad 24 horas al día, así como recursos propios para desplazamiento al domicilio en un tiempo razonablemente breve, podrían verse enriquecidos por la inestimable colaboración de los profesionales del trabajo social y otros afines.*

En caso de supervivencia del paciente, se deben iniciar de forma inmediata los cuidados postresucitación en el mismo lugar de la RCP. Se informará detalladamente a la familia, solicitando colaboración para el descenso del paciente (punto crítico) y revisando todos los detalles de forma reglada de acuerdo con una lista de chequeo preconfeccionada para el transporte sanitario asistido del paciente crítico. La familia debe estar informada tanto del pronóstico como de la posibilidad de recurrencia de la PCR, así como de otros incidentes adicionales.

Se dará preaviso al hospital, realizando transferencia reglada, con especial énfasis en la aportación de información oral y documentación escrita. De forma rutinaria debe realizarse un seguimiento de la evolución hospitalaria del paciente para control de calidad.

Bibliografía

1. Standards for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). *JAMA* 1974; 227 (suppl.): 833-868.
2. [...] *Resuscitation* 1992; 24 (2).
3. The American Heart Association. Who we are. <http://www.amhrt.org/aha.html> (acceso 6/3/97).
4. Taylor M. Heart and Stroke Foundation of Canada: Department of Research Administration. <http://www.hsf.ca:80/research/index.html> (acceso 6/3/97).
5. Hambrecht K. The Australian Resuscitation Council Advanced Life Support Committee [editorial]. *Aust Crit Care* 1992; 5 (4): 2-4.
6. Paediatric advanced life support. The Australian Resuscitation Council Guidelines. <http://www.library.usyd.edu.au:80/MJA/mja/issues/aug19/arcg/arcabs.html> (acceso 6/3/97).
7. Resuscitation. <http://www.elsevier.nl/inca/publications/store/5/0/5/9/5/9/505959.pub.shtml> (acceso 6/3/97).
8. Pacheco Rodríguez A, Serrano Moraza A, Pérez Belleboni A, Peña Alba A, Arranz Rementería C. Consideraciones sobre la RCP en domicilio [comunicación]. IV Jornadas SEMES-Asociación madrileña. Madrid: noviembre 1996.
9. Hackman BB, Kellerman AL, Everitt P, Carpenter L. Three-rescuer CPR: the method of choice for firefighter CPR? *Ann Emerg Med* 1995; 26 (1): 25-30.
10. Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med* 1987; 16 (6): 673-675.
11. Delbridge TR, Fosnocht DE, Garrison HG, Auble TE. Field termination of unsuccessful out-of-hospital cardiac arrest resuscitation: acceptance by family members. *Ann Emerg Med* 1996; 27 (5): 649-654.
12. Pacheco Rodríguez A, Serrano Moraza A, Pérez Belleboni A, Peña Alba A, Arranz Rementería C. Información a los familiares del paciente en PCR en domicilio: recomendaciones prácticas [póster]. IV Jornadas de SEMES-Asociación madrileña. Madrid: noviembre 1996.

**A. Serrano Moraza, A. Pacheco Rodríguez,
A. Pérez Belleboni, A. Peña Alba,
C. Arranz Rementería**
Servicio Especial de Urgencias 061
del Insalud. Madrid

S.E.M.E.S.: SÉ MÁS

56

Sr. Director:

En el editorial del nº 5 de EMERGENCIAS (Sept.-Oct./96) se nos invitaba «a todos a comunicar cuanto consideren de interés», ya que la revista debe «ser el órgano de expresión de SEMES» y «estamos abiertos a sugerencias y colaboraciones». Quisiera en esta ocasión presentarme como «recién llegado» y transmitir mi visión de la SEMES desde mi ámbito de actuación: la pertenencia a un Servicio de Urgencias Hospitalario (H. Universitario «Príncipe de Asturias» en Alcalá de Henares) sin plantilla médica específica de Urgencias.

Soy consciente de que mi valoración pudiera estar distorsionada por algunos sesgos que he intentado controlar:

1. Mi juventud pudiera predisponerme a un espíritu crítico contra «lo establecido».

2. La ilusión y fidelidad a mi profesión y a mi campo de trabajo puede llevarme a sobredimensionar sus virtudes y posibilidades de futuro y perder el sentido de la realidad.

3. Mi ámbito de actuación hospitalario no recoge la pluralidad y la diversidad de tendencias que configuran la SEMES.

En estos años dedicados a la Urgencia he trabajado sobre la misma con profesionales diversos (Coordinado-

res de Urgencias, Directivos de Primaria, Extrahospitalaria y de Hospitales, con médicos y enfermeras de diferentes Servicios de Urgencias, Técnicos, Celadores, Colaboradores...) y, a pesar de ello, asumo que mi no conocimiento en profundidad de la SEMES puede impedirme valorar adecuadamente las importantes virtudes y las complejas dificultades de toda índole que sin duda existen y hacer que mi valoración «externa» (como recién incorporado) no deba ser tenida en consideración.

Quizás sea éste el punto de partida: la falta de información de qué es y qué hace SEMES. A nuestro Hospital (y me consta que en otros tampoco) no llega esa sensación «extraordinaria de la pujanza de la Sociedad» como decía el Dr. Millá en el editorial de julio-agosto. Mi acercamiento a la misma sólo se ha producido a través del contacto personal durante muchos meses con miembros tan convencidos como los Dres. S. Juárez, J. F. Perianes, L. Jiménez de Diego y algunos miembros del 061, entre otros. Si esa insuficiente divulgación de la actividad de la Sociedad es el único problema creo que tiene fácil arreglo. Más me preocuparía que tradujese una falta de actividad de la Sociedad, o que ésta se circunscribiese a círculos estrechos dentro de la misma.

En mi opinión, considero que una «Sociedad» debería:

1. Acompañar al profesional de la Urgencia en su

dura labor, esto es: desterrar la rutina diaria; fomentar un espíritu crítico constructivo; ilusionar a los nuevos profesionales con la Medicina de Urgencias; reconocimiento a la labor realizada; potenciar el desarrollo curricular de todos los profesionales implicados; fomentar el conocimiento personal, la amistad y colaboración de todos los profesionales (en definitiva, fomentar el desarrollo humano = la medicina humana); facilitar el entendimiento y las buenas relaciones con otras instituciones (Ministerios, Colegio Oficial de Médicos, otras Sociedades, Hospitales...), etc.

2. Formar, es decir: corregir prácticas en desuso o mejorables; establecer pautas de actuación validadas por la Sociedad; facilitar una verdadera formación de calidad; potenciar la formación multidisciplinar (aspectos médico-legales o éticos, calidad asistencial, aspectos clínico-epidemiológicos, ...); dar a conocer los avances de la Medicina de Urgencias; una revista mensual y de calidad.

3. Informar a todos con una agenda actualizada (Congresos, Cursos, ...); Bolsa de Trabajo; novedades editoriales; facilitar Abstracts de Congresos; etc.

4. Compartir los aspectos científicos de la Medicina de Emergencias a través del correo electrónico o Internet; creación de Grupos de Trabajo de Urgencias; recoger el sentir de los profesionales: sus opiniones, sus alegrías, sus quejas...

Una de las mayores sorpresas para mí ha sido la

revista EMERGENCIAS. Considero que una revista científica expresa el espíritu de su especialidad y, en este caso, además de la Sociedad a la que representa. Por lo que parece hay mucho que mejorar. Disculpád mi ingenuidad, pero ¿es que no hay nada que comunicar? Un esquelético número cada dos meses no refleja toda nuestra labor asistencial, investigadora o docente. Creo, sinceramente, que deberíamos tenernos en mayor estima. Pero de todo esto hablaremos en otra ocasión.

En definitiva, se trata de manifestar mi convencimiento de que en Urgencias y Emergencias: asistencia, calidad, formación, adiestramiento, información, nuevas tecnologías, ética... son conceptos inseparables, compatibles y que se refuerzan. Corresponde a la SEMES (NOS corresponde a la SEMES), verdaderos protagonistas del sistema sanitario de atención urgente, ayudarnos a utilizarlos correctamente. Sólo con el esfuerzo de todos la Sociedad tendrá sentido. Tanto si mis impresiones son correctas como si, por error, no deben ser tenidas en consideración... podéis contar con mi apoyo y mi ilusión.

Recibid un cordial saludo desde Alcalá de Henares.

Miguel A. Mateos Hernández
Coordinador de Urgencias
Hospital U. «Príncipe de Asturias»
Alcalá de Henares. Madrid

57

TÉCNICOS DE EMERGENCIA MÉDICA (TEM). UNIFICACIÓN DE CRITERIOS SOBRE SU DENOMINACIÓN Y FORMACIÓN

Sr. Director:

La presente carta es para expresar mi preocupación por un tema tan importante como es la denominación y las siglas del personal técnico, así como la variedad de cursos y cursillos que se imparten.

La figura del técnico recibe una gran heterogeneidad de nombres y de siglas para mencionar al personal «no sanitario» que realiza esta labor. Señalo a continuación algunos ejemplos de abreviaturas que se aplican, dependiendo del servicio al que pertenezca o según algunos autores:

- O.T.S.: (Oficial de Transporte Sanitario^{1,2}).
- T.U.M./T.T.S. (Técnico de Urgencias Médicas / Técnico de Transporte Sanitario^{3,4}).
- T.A.T.S. (Técnico Auxiliar de Transporte Sanitario⁵).
- A.T.S. (Auxiliar de Transporte Sanitario⁶), siglas equivalentes a las de Ayudante Técnico Sanitario (actualmente Diplomados Universitarios en Enfermería: D.U.E.'s), dando lugar a equívocos.
- A.A.B. (Auxiliar Asistencial Básico).
- Paramédicos.
- Parasanitarios.
- A.P.E. (Agente Parasitario de Emergencia).
- Socorristas^{3,7}, etc.

Estos son algunos ejemplos de nombres que obtenemos en los certificados de formación.

En mi opinión, es importante que la figura del Técnico reciba una sola denominación como base para la futura creación de una profesión acreditada y homologada.

Así mismo, los programas de formación deberían ser similares en todas las instituciones, siguiendo un temario unificado y acreditado y un número mínimo de horas lectivas para prestar los servicios, ya que la duración de los cursos oscila entre 32 y 340 horas según las instituciones que las imparten.

Estoy seguro de que la vía más adecuada para el reconocimiento definitivo de nuestra profesión es la formación seria, acreditada, unificada y homologada. De esta manera se garantizaría una asistencia aplicada por profesionales y una colaboración especializada con nuestros compañeros médicos y el personal de enfermería que forman parte de los equipos asistenciales.

Algunos servicios aún aplican el término «socorrista» para designar al personal de transporte sanitario. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (DRAE, 21.^a edición), el significado de este vocablo es el de «persona especialmente adiestrada para prestar socorro en caso de accidente». Así mismo, señala que «socorrer» es «ayudar, favorecer en un peligro o necesidad», por lo que esta acción puede ser desempeñada por cualquier ciudadano, con conocimientos básicos, que presencie un suceso.

El Transporte Sanitario y la asistencia que implica requiere adquirir unos conocimientos mucho más amplios y un personal formado y entrenado para afrontar correctamente gran diversidad de situaciones.

Respecto al término «Técnico», el DRAE en su apartado 3 señala: «persona que posee los conocimientos especiales de una ciencia o arte».

Si lo que se pretende, en definitiva, es que el transporte de enfermos y heridos sea realizado por personal con conocimientos y características específicas, la palabra que mejor define a esta figura es la de Técnico.

Bibliografía

1. Viñals Pérez S. Oficial de Transporte Sanitario [carta]. *Emergencias* 1995; 7 (5): 272.
2. Lechuga del Río R, López Díaz M, Bosque E, Pérez García S, García Salinero J, García M, Martín de Santos MA, Hernández I, Romero-Nieva J. ¿Descubierto en Sanidad el misterio de la Trinidad? [carta]. *Emergencias* 1995; 7 (3): 154.
3. Patricio i Domínguez JF, Cerdá i Vila M, Figueras Arnella JM, Zamora i García S. Formación en emergencias de Cruz Roja de Barcelona [comunicación]. *Emergencias* 1989; 1 (7): 22. II Congreso Nacional SEMES- Reus-Salou, 7-9 junio 1989.
4. Anónimo. Programa de formación de técnicos de transporte sanitario. *Emergencias* 1990; 2 (3): 175-177.
5. Curso Técnicos Auxiliares de Transporte Sanitario. Servicio de Urgencias – 061 Madrid.
6. Cruz Roja Española. Centro de Formación. Departamento de Recursos Humanos. Auxiliar de transporte sanitario. Manual del alumno. Año 1991, Editorial Cruz Roja Española. Madrid.
7. Cruz Roja Española. Centro de Formación. Departamento de Recursos Humanos. Socorros y Emergencias. Manual del alumno. Editorial Cruz Roja Española. Madrid.

Justo Urbano Heredero
Técnico de Emergencias
UVI núm. 10. SEU 061
Madrid

FE DE ERRATAS

En el artículo original “La Red Internet en Urgencias y Emergencias” (*Emergencias* 1996; 8 (6): 485-489), se cometió un error en el orden de los firmantes. Debían aparecer de la siguiente forma: J. Gil Cebrián, R. Díaz-Alers Rosety, J. López Alvaro, J. C. Rodríguez Yañez, A. Cabrera Santos, M. A. Ruiz-Cabello Jiménez.