

Empleo del CASA 235 en aeroevacuaciones médicas

FERNANDO DIAZ NAVARRO
Teniente Coronel de Aviación

Al iniciarse la operación A/B, de las Fuerzas Armadas Españolas en la antigua Yugoslavia, se le asignó al Ala 35, entre otras, la misión de realizar las aeroevacuaciones médicas que pudieran surgir, dadas las características del avión CASA-235 (T.19).

La Unidad, una de las más antiguas del Ejército del Aire, ya había tenido alguna experiencia en este tipo de misiones, si bien de forma esporádica. Los casos más recientes fueron durante las operaciones en Namibia, aunque en aquella ocasión el personal sanitario a bordo fue suizo.

Para la mayoría de las tripulaciones, un vuelo de este tipo no presentaba diferencias importantes con los vuelos de carácter logístico que, de forma habitual, realiza un Ala de transporte.

No obstante, para esta ocasión, se realizó una re-



Fig. 1. AEROEVACUACION MEDICA. Movimiento intra e inter-teatro

Opciones posibles: A. Hospital local, civil o militar
B. Transporte por superficie o aéreo a un hospital de retaguardia
C. Evacuación aérea a un hospital fuera del teatro de operaciones



Peñas 94



copilación de las publicaciones relacionadas con el tema, con la finalidad de mejorar la instrucción y, si fuese necesario, sistematizar estos vuelos, de manera que, después de haber obtenido una mayor experiencia, quedase reflejado en el Manual Básico de Operaciones (MBO-35) de la Unidad. En el cuadro nº 1 figura la documentación, que como se puede observar, ha sido publicada por la Alianza Atlántica.

Lo que se expone a continuación es la experiencia de las tripulaciones que, a lo largo del año 1.993, han realizado las aeroevacuaciones que figuran en el cuadro nº 2, completada por la citada documentación.

Un sistema de aeroevacuaciones se podría definir como aquél que permite el movimiento de pacientes por vía aérea, bajo supervisión médica, hacia o entre instalaciones sanitarias. El sistema debe de incluir al personal médico especializado, los equipos de tratamiento a bordo y el control de movimientos de pacientes. Se pueden considerar como parte del sistema las instalaciones sanitarias y los equipos de comunicaciones, tanto en el origen como en el destino y la ruta.

Un desarrollo esquemático de su forma de funcionamiento está representado en la figura 1.

Desde el punto de vista aeronáutico se pueden distinguir dos tipos de aeroevacuaciones: AVANZADAS, en las que el objetivo es transportar al paciente para su tratamiento lo antes posible. El transporte terrestre (ambulancia) y el helicóptero, son los medios habitualmente empleados. El STANAG 2087 recoge los criterios para la realización de las aeroevacuaciones en áreas avanzadas. En el mismo se establece quienes deben ser evacuados, como realizar la programación de movimientos y que prioridades deben seguirse.

Este tipo de evacuaciones han sido llevadas a cabo por las sucesivas Agrupaciones Españolas en Bosnia-Herzegovina con sus propios medios y posteriormente, hasta el aeropuerto de Split, por helicópteros del Reino Unido.

INTRA E INTER-TEATRO. En este tipo de aeroevacuaciones la ventaja que para el paciente supondrá ser transportado a una instalación sanitaria más adecuada, debe ser comparada con las condiciones ambientales que soportará durante el vuelo.

Si el avión está presurizado, las camillas son adecuadas y se dispone de un equipo médico bien entrenado, el paciente sólo soportará las molestias adicionales que supone moverlo y una ligera falta

**CUADRO Nº 1
CRITERIOS DE EVACUACION
LAS AEROEVACUACIONES REALIZADAS POR EL T-19B**

DOCUMENTO	ASUNTO
CEPD (92) 396	Necesidades militares de aviones civiles para Aeroevacuaciones/médicas
CEPD (93) 237	Propuesta de SHAPE para establecer un sistema de A/M
AC/107-D/654	A/M empleando aviones civiles en el Teatro de Operaciones
AC/107-WP/152	Capacidad para A/M de diferentes aviones civiles
AC/107-WP/135	Resumen de legislación internacional sobre A/M en conflictos armados
JATE/087/90	Convención de Ginebra Uso de aviones civiles para A/M. Reino Unido
STANAG 2087P	Empleo de helicópteros en A/M avanzadas
STANAG 2132O	Documentación sobre tratamiento y causas de muerte de pacientes
STANAG 3093H	Requerimiento de transporte aéreo OTAN y respuesta
STANAG 3198	Requisitos que deben cumplir los equipos de oxígeno de los aviones
STANAG 3204	Terminología, clasificación de pacientes y procedimientos generales para A/M
STANAG 20400	Camillas y soportes

(1) Algunos de estos STANAG están revisándose como consecuencia de las enseñanzas sacadas durante la Guerra del Golfo.

de oxígeno que, en la mayoría de los casos, se puede contrarrestar con el oxígeno de a bordo. En general, deben tenerse en cuenta los efectos de la presión y la temperatura en cabina, el posible riesgo de turbulencia y la carga de trabajo que, según el número de evacuados, tendrá el equipo evacuador, que dispondrá durante el vuelo de unas instalaciones y espacio limitados. El STANAG 3204 establece la terminología, procedimientos generales y equipo necesario para este tipo de aeroevacuaciones.

Dentro de ellas, se pueden incluir las llevadas a cabo por el Ala 35 a lo largo del año 93. Otras evacuaciones de este mismo tipo han sido realizadas por el Ala 31 y el Grupo 45.

LOS PLANES PARA LAS AEROEVACUACIONES MEDICAS EN LA ALIANZA ATLANTICA

COMO consecuencia del cambio político ocurrido en Europa después de la caída del muro de Berlín, se ha producido un cambio en la estrategia de

la OTAN, que ya no contempla una amenaza clara y determinada. La nueva situación está produciendo conflictos de intensidad menor, pero más numerosos y dispersos geográficamente. Esta situación ha llevado a reconsiderar en muchos aspectos los planes anteriormente establecidos. Como es lógico, también ha dado origen a nuevos estudios y análisis de los planes para las aeroevacuaciones médicas. A partir de ahora intentarán abarcar todo el espectro de actividades en tiempos de paz, de crisis o guerra.

Propósito

Los nuevos estudios tienen como propósito establecer la estructura de un plan de aeroevacuaciones médicas para el apoyo a la Fuerza con unas características determinadas.

El plan debe ser genérico, de manera que se adapte a las situaciones que puedan surgir, no sólo como consecuencia de un conflicto, sino también de grandes catástrofes naturales.

Vivir una aeroevacuación médica en la Sección de Sanidad del Ala 35

FERNANDO PÉREZ CAMACHO
Teniente de Sanidad

El Ala 35, ubicada en la Base Aérea de Getafe (Madrid), es una unidad operativa de Transporte. Cuenta en la actualidad para el desarrollo de sus misiones con aviones CN-235 (T-19) que, entre otras características, permite una configuración de camillas de rápida instalación, que no habían sido utilizadas hasta que estalló el conflicto bélico en la antigua Yugoslavia. Con motivo de este conflicto, la Sección de Sanidad de esta Base habilitó dos salas como almacén de todo el material médico-quirúrgico indispensable en una aeroevacuación ya que se formaron grupos integrados por personal voluntario (médicos y D.U.E.'s) para tales misiones. Dicho material es supervisado periódicamente a fin de que se encuentre en perfecto estado cuando surge una emergencia de este tipo. Por ello, y debido al alto valor tanto desde el punto de vista médico-farmacológico, como desde el punto de vista económico estas salas aunque permanecen bajo llave, su seguridad radica, principalmente, en el celo del personal aquí destinado. Las

previsiones en caso de múltiple aeroevacuación, son para dotar un avión CN-235 (T-19) y dos C-130 (T-10), estos últimos ubicados en el ala 31 de la Base Aérea de Zaragoza.

Un día cualquiera, o mejor dicho, una noche, pues suele ser siempre por la noche, cuando la tranquilidad y la calma, después de un ajetreado día, parecen apoderarse de toda la Base sumiéndola en una paz absoluta, suena un teléfono indicando el comienzo de una noche sin fin:

- ... cuatro heridos en Jablanica... hora estimada de salida las 07:00 horas.

Es entonces cuando saltan todos los resortes. El médico, D.U.E. y el sanitario de servicio saben que la alarma se ha activado, que se dispone de poco tiempo y de muchas cosas por hacer, y bien.

Hay que permanecer en contacto con el capitán de día, el oficial de vuelo, el Escuadrón de Mantenimiento y la sección de automóviles.

El teléfono M.W. suena. Es una llamada del Hospital del Aire:

- ... hay que prever dos posibles bajas más. ¿Tenemos todo a punto?

- Afirmativo. Todas las botellas de oxígeno al 100%, las pilas del electrocardiógrafo-desfibrilador cargadas...

Mientras tanto, el Escuadrón de Mantenimiento está trabajando denodadamente instalando las camillas en el avión; un vehículo sale a la pista para decirles que hay que montar dos camillas más, aparte de las que se llevan de reserva. A la vez, un camión y una furgoneta están en la puerta del botiquín cargando los contenedores, botellas de oxígeno, colchones de vacío y, por si acaso, unas cajas con raciones de emergencia. La base portátil de enchufes para los equipos de reanimación se ha llevado con anterioridad, pues casi es lo primero que debe instalarse y comprobar que su funcionamiento es correcto pues en ello, aparte de la cualificación del personal médico, puede ir la vida de una persona en estado crítico.

Las acciones combinadas de los diversos elementos permiten que los preparativos previos a una aeroevacuación médica se desarrollen con la mayor eficacia y en el menor tiempo posible. En estas ocasiones, un fallo, un olvido, un descuido, difícilmente sería cubierto por la improvisación. La colaboración con la Sección de Sanidad del personal tanto en tierra como en vuelo (pilotos, mecánicos, supervi-

**CUADRO Nº 2
EVACUACIONES MEDICAS EFECTUADAS POR EL ALA 35**

Itinerario: Getafe-Split (Croacia)-Getafe

FECHA	HORAS VOLADAS	PAX	OBJETO	AVO
09.01.93	09:10	11	A/M 1 legionario	T.19B-33
12.03.93	08:45	9	A/M 1 teniente legionario	T.19B-28
15.05.93	09:00	14	A/M 2 suboficiales. 2 tropa	T.19B-34
08.10.93	10:40	19	A/M 1 herido Agr. Mad.	T.19B-36
18.10.93	09:15	17	A/M 1 herido Agr. Mad.	T.19B-35
4/5.12.93	09:00	13	A/M 1 Sgto. herido	T.19B-32
20.12.93	09:45	11	A/M 1 legionario enfermo	T.19B-23
09.01.94	09:30	9	A/M 1 paracaidista herido	T.19B-33
Itinerario: Getafe-Brindisi (Italia)-Getafe				
17.05.93	09:25	7	A/M 1 paracaidista herido	T.19B-24

Las aeroevacuaciones médicas se realizarían hacia lugares fuera del teatro de operaciones, por lo que estarán basadas en el empleo de aviones de alcance medio.

Este plan deberá ser flexible, de manera que contemple el empleo, de aviones civiles y militares, en proporciones variables.

Para una mayor economía de medios, deberá ser multinacional. Con ello se lograría reducir la contribución de cada nación a las necesidades totales. También se reduciría el impacto que produce un excesivo número de aviones de transporte, operando en un mismo punto del teatro de operaciones.



dar que las condiciones de trabajo en un avión, por su espacio vital y su desconexión física con la Tierra, se ven en cierto modo mermadas pensando sobre todo en una posible emergencia médica que pudiera presentarse en un aeroevacuado.

Llega el alba y con él la hora de partida. El avión ya está rumbo a Croacia. Con los primeros rayos de sol parece como si nada absolutamente hubiera pasado. Hay que seguir con el trabajo diario, reconocimiento médico de tropa, análisis y vacunación del personal de vuelo, urgencias, escritos, etc. El equipo médico de guardia ya tiene las novedades del equipo saliente. Después de hablar con la Torre de Control sólo queda esperar que llegue ese avión que trae a nuestros heridos, para entonces todo estará preparado a pie de pista. Empiezan a entrar en la Base las U.V.I.'s móviles procedentes del Hospital Militar Gómez Ulla y del Hospital del Aire, todas con personal cualificado. Las ambulancias del Ala 35, también están presente por si fuera necesario. El equipo médico de servicio acudirá también a recibir el avión y, posteriormente, hacerse cargo del material.

Los momentos de mayor tensión se viven desde que se ve aterrizar el avión hasta que se abre el portón trasero observando con detenimiento la expresión del personal médico que pa-

rece indicar un "sin novedad" tranquilizador. Que, dentro de la gravedad, alguna vez en su más alta cota, indica que no ha ocurrido ningún infortunio. Todo el personal actúa con rapidez, no por ello sin esmero, para cambiar a los heridos del avión a las ambulancias.

Ya está el avión vacío, la Base otra vez en silencio. Todo el material montado en el camión.

- ¡Cuidado con ese aparato! Es muy delicado.

- Mira -comenta un compañero- esta es la lista de todo el material fungible que hemos utilizado en vuelo.

- Bien, bien ¿Ya tenemos todo? Bueno, pues ahora al botiquín.

Hay que volver a colocar todo. Las botellas de oxígeno gastadas para subirlas al laboratorio para rellenar y precintar. Esta, dudosa, también hay que subirla y comprobar su carga. Las pilas del electrocardiógrafo-desfibrilador deben ponerse de nuevo en carga, así como el resto de los aparatos eléctricos. El material utilizado hay que reponerlo inmediatamente. En fin, que todo debe estar dispuesto a la mayor brevedad posible, pues una nueva aeroevacuación puede surgir en cualquier momento.

Así finalizan 24 horas de actividad imparable, no sin cierta y natural y humana tensión, después que una voz al otro lado del teléfono dice: ... heridos en Bosnia.

sores de carga, conductores, soldados y largo etc.), mostrando serenidad y un perfecto conocimiento de los diferentes cometidos, revelan su gran profesionalidad y permiten que misiones como éstas, en lo que a su marcado carácter médico-humanitario se refiere, y por tanto sumamente delicado, puedan desarrollarse con éxito. No debemos olvi-

Criterios de evacuación

Un paciente no deberá ser nunca evacuado, fuera del teatro de operaciones, si las condiciones hospitalarias pueden prestarle los cuidados médicos adecuados. Las evacuaciones innecesarias producen falta de personal en las Unidades y una carga para el sistema de reemplazo del personal. Como criterio general, se establece que son los médicos los últimos responsables de la decisión sobre la evacuación de un enfermo o herido. Para ello se tienen en cuenta los siguientes criterios.

a. El objetivo básico y principal de las aeroevacuaciones médicas debe ser salvar vidas.

b. Hay que considerar el tipo y gravedad de las heridas.

c. Las posibles complicaciones del herido durante la evacuación.

d. El probable tiempo de baja e incidencias que retrasaran su recuperación.

e. El número total de heridos a evacuar.

f. El número de días máximo que un paciente puede estar hospitalizado en el interior del teatro de operaciones.

Este número de días máximo vendrá determinado por el Comandante del teatro de operaciones. A su

Apoyo logístico sanitario. El Ala 35 en aeroevacuaciones médicas

JOAQUIN SERRANO PILLET
Teniente Coronel Médico

PRECEDENTES

EN la historia de las aeroevacuaciones existen antecedentes del traslado de heridos y accidentados, pero únicamente como mero transporte aéreo, sin proporcionar a la persona evacuada los cuidados de la medicina actual, con la participación de los médicos diplomados y, con el material médico moderno. Este servicio ya se había realizado en nuestra guerra civil y a lo largo de la historia del Ala 35 de transporte.

Es con motivo de la guerra del Golfo cuando, por primera vez se habilitan dos aviones Hércules C/130 (T10) con todos los medios tanto materiales como humanos, para realizar estas aeroevacuaciones

ACTUALIDAD

Poco después del comienzo del conflicto de la antigua Yugoslavia, las Naciones Unidas (ONU), deciden participar en la pacificación del enfrentamiento, y España toma parte en esta misión enviando tropas al citado territorio.

Debido a nuestra presencia allí se pueden producir accidentes o atentados entre los hombres de nuestras fuerzas. Por ello, de inmediato, la Dirección de Sanidad del Ejército del Aire (DISAN) empieza a preparar lo necesario para hacer frente a las posibles aeroevacuaciones del personal.

Por una parte se adquieren los equipos de medicalización oportunos y por

otra, se comienza de nuevo a hacer uso de los ya existentes en los almacenes del parque de sanidad, que provenían de la guerra del Golfo, para dotar con estos equipos a los aviones de que dispone el Ejército del Aire, el T-10 y el T-19, adecuados para efectuar transportes a largas distancias.

El Estado Mayor del Ejército del Aire decide que sea la Base Aérea de Getafe la encargada de la medicalización, por diversas razones:

- La proximidad al hospital Gómez Ulla, que es el responsable de la atención médica a las fuerzas evacuadas, como partes integrantes del Ejército de Tierra.

- La capacidad y dotación del botiquín de esta Base Aérea para llevar a cabo la misión. Se tiene en cuenta su servicio médico y de A.T.S. en servicio permanente de 24 horas.

- La posesión de las instalaciones y ayudas propias de una unidad de transporte, así como de los medios y tripulaciones necesarias en alarma permanente.

Como primera remesa se ha recibido en el servicio médico de esta Base Aérea una dotación completa de una Casa Nurtanio 235 (T-19) y un Hércules (T-10). Para ello se ha habilitado el antiguo quirófano como almacén provisional, y ya desde ese momento han comenzado las revisiones, conteos y puesta en carga de los equipos (Desfibrilador, Aspirador, Oxímetro y Linter-

na). Estos equipos necesitan para su funcionamiento energía eléctrica, y a pesar de que disponen de acumuladores, estos pueden no ser suficientes. Tengamos en cuenta que se pretenden cubrir largas distancias y que el número de accidentados puede ser elevado. Por esta razón ha sido necesario dotar a estos aparatos con la energía de la aeronave. Se encuentran en esta operación diferentes tensiones, tipos de energía (continua o alterna) y diferentes enchufes, por lo que se decidió encargar al Escuadrón de Mantenimiento de esta Base Aérea una placa de enchufes con sus correspondientes transformadores y anclajes para usar en vuelo. Esta placa fue probada con óptimo resultado durante un vuelo, comprobándose que no se producían interferencias con los sistemas de navegación. Se realizaron todas las operaciones posibles incluidas varias desfibrilaciones (corrientes de choque, en casos de paro o fibrilación cardíaca). A pesar de esta conexión es necesario que las baterías de estos aparatos estén en óptimas condiciones, a fin de evitar una sobrecarga de los elementos eléctricos de la aeronave.

El almacén que improvisamos en el quirófano y que nos obligó a renunciar a una sala de reanimación, resulta insuficiente para albergar la medicalización de cuatro aviones; por tanto hemos tenido que usar dos salas de hospitalización, para ese fin. Además de los citados problemas de ampliación de material, se nos añade la necesidad de aumentar el espacio para poder realizar un conteo y un seguimiento adecuados. En la actualidad sólo disponemos de una sala de hospitalización, y nos veríamos obligados a solicitar del Hospital del Aire el posible ingreso de

vez, los mandos subordinados establecerán el período de tiempo máximo que los pacientes pueden permanecer en las instalaciones sanitarias que están bajo su mando. Estos períodos máximos de tiempo en zonas de combate, por depender de muchos factores, pueden cambiar rápidamente, incluso día a día.

LAS AEROEVACUACIONES REALIZADAS POR EL T-19 B

Antes de que surgiera la necesidad de realizar las primeras aeroevacuaciones desde la ex-Yugoslavia, el

personal de los equipos médicos designados para llevarlas a cabo, se puso en contacto con el Ala 35 y se realizaron las adaptaciones oportunas en el avión. Se instalaron los equipos para medicalizarlo. Se estudió el suministro de corriente a los mismos y se hicieron las pruebas funcionales correspondientes. Finalmente, se realizaron unos vuelos de prueba que permitieron determinar que el funcionamiento era correcto, el espacio para el trabajo a bordo era suficiente y además no se producían interferencias con la aviónica en las distintas fases de vuelo. En vuelo nocturno se comprobó que la iluminación interior permite realizar su trabajo

personas de otro sexo que en condiciones normales podrían ser atendidos en el Servicio Médico

El capítulo de la seguridad tendrá que revisarse en profundidad, pues el elevado costo de los equipos y las drogas psicoactivas de que se dispone hacen que se necesite una puerta de seguridad, verjas en las ventanas, y una



alarma volumétrica, de las cuales en este momento se carece.

Por último para mejorar la movilidad de las dotaciones, sería necesaria la construcción de una rampa, a fin de que una uña pudiera entrar en el recinto y transportar los diferentes contenedores que componen la medicalización hasta la rampa de acceso a la aeronave.

REACCION ANTE UNA ALARMA

Cuando la alarma se activa a través del oficial de Estado Mayor, el oficial médico de servicio en esta base se pone en contacto con el Capitán de Día, el Oficial de Vuelo y la Sección de Automóviles. De este modo y, en función de las instrucciones e informaciones que reciba en torno al número de heridos, gravedad y lesiones, y manteniendo la comunicación con el jefe de equipo de la aeroevacuación, el oficial médico organizará las siguientes operaciones:

- Instalación de camillas en el avión
- Traslado del material sanitario
- Instalación de placas de enchufes
- Preparación de catering
- Confirmación de hora de despegue

Todas estas obligaciones son cumplimentadas con la mayor diligencia posible, haciendo que todo se resuelva por sus cauces naturales, a fin de conseguir la mejor armonía y efectividad

Al finalizar la misión, el personal sanitario del Ala 35 se pone en contacto con la torre de control, para conocer la hora estimada de llegada del avión, y salir a la pista a recibirlo. Se sube a bordo y se comprueba si el equipo sanitario necesita ayuda, y en caso afirmativo se toman las medidas oportunas. Posteriormente se efectúa el traslado de los heridos en la ambulancia (U.V.I.), facilitada por el Hospital Gomez Ulla, y se recupera el material sanitario del avión, que se deposita en los almacenes antes citados.

Durante el vuelo se va anotando en una lista, todo el material fungible utilizado para que sea repuesto en el plazo de tiempo más breve posible.

Así mismo todos los equipos eléctricos se cargan para que estén dispuestos ante cualquier nueva emergencia

FUTURO

Es previsible que el Ejército del Aire tenga, desgraciadamente, que seguir llevando a cabo este tipo de misiones, tanto en este escenario como en otros, pues de hecho hoy día nuestras FFAA participan en misiones de paz de la ONU y otras que vendrán en un futuro como parte de la Unión Europea (UE). Debemos tener en cuenta que también nuestra Patria puede llegar a sufrir alguna gran catástrofe y necesitar de estos medios, los cuales permitirían distribuir a los afectados a lo largo de toda la cadena hospitalaria del País, (por ejemplo, en el caso de un terremoto, si los equipos sanitarios están al pie del avión, la reacción es mucho más rápida)

CONCLUSION

Por todo lo anteriormente dicho hemos de terminar haciendo votos para que la medicalización de los aviones quede ubicada en la Base Aérea de Getafe, custodiada por su personal sanitario, en alarma permanente de 24 horas, así como sus tripulaciones, y a muy poca distancia del Hospital del Aire, en donde se encuentran destinados el personal sanitario de las aeroevacuaciones y en óptimas condiciones de seguridad y de rapidez de reacción, (lo cual se traduce por una ampliación de su actual servicio médico en unos 80m, dotándolo de todas las medidas anteriormente citadas).

Por último queremos resaltar el buen hacer de nuestra Dirección de Sanidad del Ejército del Aire, el Hospital del Aire con todos sus recursos humanos y de las Alas de Transporte, gracias a los cuales son posibles estas aeroevacuaciones que tantas vidas están salvando



jo al personal sanitario y se hizo un estudio de las temperaturas en diferentes lugares de la cabina de pasajeros con objeto de poder proporcionar a cada tipo de paciente la ubicación más adecuada.

Una de las características de las evacuaciones es que pueden surgir en cualquier momento y la reacción debe ser muy rápida. Esto trajo como consecuencia la mejora del sistema de alarma para las tripulaciones de la Unidad y el establecimiento de una segunda tripula-



ción de alarma en determinadas ocasiones. De los requisitos necesarios para el vuelo como tasas, sobrevuelo, cartografía, plan de vuelo, etc., se encargó la Sección de Operaciones, que los mantiene siempre disponibles. Los medios para medicalizar los aviones se encuentran en la Base de forma permanente y la configuración del avión no resulta complicada. Todo ello hace que, desde que llega el aviso de que es necesario realizar una evacuación, hasta que el avión está listo para despegar, el tiempo es mínimo.

El avión T.19B presenta unas características "casi" perfectas para este tipo de vuelos. La rampa trasera

permite el embarque y desembarque con las mínimas molestias para el paciente. El sistema de anclaje de camillas es rápido de montar y desmontar, ligero y, cuando no se necesita, es fácil de guardar a bordo. El número de camillas que se pueden montar (hasta 21) es elevado, si se tienen en cuenta el tamaño y peso del avión. El equipo de comunicaciones de larga distancia (HF), que es un elemento imprescindible en este tipo de vuelos, junto a una estación de escucha permanente, ha dado un buen resultado. Llegados a este punto, es el momento oportuno para significar el agradecimiento de la Unidad al personal de la estación "VIGIA", quien mediante integraciones con la red de MW o de telefónica, siempre ha ayudado a realizar con éxito las evacuaciones, manteniendo a los aviones en contacto, tanto con la Base como con los diferentes lugares que han sido necesarios en circunstancias de meteorología adversa, empeoramiento súbito del evacuado, etc.

Como factores limitativos que presenta el avión se podrían citar dos. Uno es la presión en cabina, que puede obligar a realizar el vuelo, para algún tipo de heridos, a niveles bajos (inferior a 14.000 ft), lo que aumenta las probabilidades de encontrar una atmósfera inestable o con cierto grado de turbulencia. El otro es la velocidad. Aunque en general, la documentación sobre estos temas hace referencia a que los pacientes, para ser evacuados, deben estar estabilizados, de hecho se realizan evacuaciones de personas en muy variadas situaciones. En los casos más graves, el tiempo puede ser muy importante, por ello un vuelo con una duración superior a cuatro horas se puede considerar excesivamente largo. Por tanto, la velocidad es un punto desfavorable en el caso del avión T.19 y en general, en los aviones turbo-hélices.

Estas limitaciones se han evitado, cuando se ha considerado necesario, empleando aviones del 45 Grupo. ■