

detección de incendios, rutas de evacuación y escaleras de emergencias, entre otros

Prehosp Disaster Med 2011;26(Suppl. 1):s65–s66
doi:10.1017/S1049023X11002251

(A240) Preparación De Hospitales De Alta Complejidad Ante Un Saldo Masivo De Víctimas

R.B. Ruiz,¹ G.P. Ramírez,² F.R. Reyes³

1. Facultad De Medicina, Puebla, Pue., Mexico
2. Cirugía, Puebla, Pue., Mexico
3. Dirección, Puebla, Pue., Mexico

Objetivo: Preparativos de los “Hospitales de Alta Complejidad” ante la presencia de un evento con un saldo masivo de víctimas, dando una respuesta oportuna, eficiente y eficaz de los recursos, salvando al mayor número de víctimas y disminuyendo las secuelas.

Método: Se relata la experiencia de la Unidad Hospitalaria La Paz, (de Alta Complejidad) que atiende frecuentemente a saldo masivo de víctimas en la Ciudad de Puebla, Pue., México.

Desarrollo: La presencia de 2 o más pacientes críticos en una sala de urgencia normalmente ocasiona caos, disminuyendo la eficacia de sus recursos, aumentado la mortalidad y/o las incapacidades. Los hospitales que son clasificados por su mayor capacidad resolutive como “Alta Complejidad”, que deben de recibir a las víctimas de prioridad I, (lesiones que ponen en peligro su vida de manera inmediata) destinando recursos mediante la preparación de un “Plan en caso de Desastre Externo” que contempla las acciones a desarrollar el antes, durante, y después del ingreso al hospital, cubriendo los criterios internacionales para dar atención a 100 víctimas de diferentes prioridades, iniciando con la realización del 1er. TRIAGE afuera de la sala de urgencias, arriba de la ambulancia, para corroborar o ratificar la clasificación prehospitolaria e ingresar o referir a las víctimas con prioridad I al área de reanimación inmediata en donde son atendidos por 5 a 6 médicos y enfermeras por cada 2 pacientes, resolviendo sus prioridades, posteriormente el jefe de cirugía realiza un 2do. TRIAGE para distribuir a las víctimas en las áreas de Cuidados Intensivos, Cirugía u Hospitalización con base a sus prioridades.

Conclusiones: El propósito es salvar al mayor número de víctimas en la atención de un saldo masivo de víctimas, realizando un “Plan en caso de Desastre Externo” mediante la organización del personal Médico, de Enfermería y Administrativo.

Prehosp Disaster Med 2011;26(Suppl. 1):s66
doi:10.1017/S1049023X11002263

(A241) Impacto Socioeconómico Del “Huracán Karl” Sobre Instalaciones De Salud En Veracruz, México Con Una Población De 7 Millones 600 Mil Habitantes En Septiembre Del Año 2010

P. Cruz Flores

Escuela De Medicina, Sta. Catarina Mártir, Cholula, Mexico

Impacto Socioeconómico del “Huracán Karl” sobre instalaciones de salud en Veracruz, México con una población de 7 millones 600 mil habitantes en Septiembre del año 2010 Resumen. El huracán Karl, decimotercer ciclón tropical de la temporada de huracanes en el Atlántico de 2010, se originó en el mar Caribe e impactó en la península de Yucatán como una tormenta tropical

fuerte, hasta emerger al golfo de México donde se reorganizó gradualmente hasta alcanzar la categoría 3 (huracán mayor) en la escala de Saffir-Simpson e impactó la costa oriental de México el 17 de septiembre del año 2010. Preparativos. El 16 de septiembre, el Gobierno Federal, la Comisión Federal de Electricidad, la Central Nuclear Laguna Verde, la Secretaría de Defensa Nacional, la Secretaría de Gobernación y de Marina desplegaron elementos humanos y materiales para el auxilio a la población. El Sector Salud igualmente se preparó tomando las medidas convenientes bajo el concepto de Hospital Seguro de la OPS/OMS. Impacto En el estado de Veracruz (más de 7 millones 600 mil habitantes), el Huracán Karl tocó tierra cerca de las 11:30 am del 17 de septiembre a 15 km al norte del puerto de Veracruz alcanzando una potencia de 195 km por hora. Las lluvias torrenciales del fenómeno inundaron las calles y avenidas del centro histórico del puerto, alcanzando el agua de 40 centímetros a 1 metro de altura, hacia el sur del Estado y en zonas periféricas llegó hasta los 2 metros de altura. Provocó serios daños desde su inicio a la infraestructura de salud, como la suspensión de electricidad pública, daño al sistema de distribución de agua potable, ruptura de ventanales e inundación de un hospital así como de varias Unidades de Medicina Familiar.

Prehosp Disaster Med 2011;26(Suppl. 1):s66
doi:10.1017/S1049023X11002275

(A242) Evaluación De Emergencia Sobre Agua Y Saneamiento En Brote Epidémico De Cólera (Artibonite, Haití Octubre 2010)

J. Baena Izquierdo, K. García Pulido, F. Cabello Sanabria, P. Muñoz Martínez, D. Sevillano Borowski, J. Reyes Remedios

Cooperación Internacional, Madrid, Spain

Introducción: En la actuación de Cruz Roja Haitiana/ Cruz Roja Española en la emergencia de Artibonite (Haití), se evaluaron posibles puntos de intervención para el tratamiento de agua dentro de hospitales regionales convertidos en Centros de Tratamiento de Cólera (CTC) improvisados.

Objetivo: Evaluar las capacidades de Agua y Saneamiento del Centro Hospitalario de L’Estere, así como su respuesta de emergencia ante el brote epidémico de cólera a finales de Octubre de 2010.

Metodología: Tras la confirmación de los primeros casos de cólera en la zona de Artibonite, se desplazó a la zona un equipo especializado de delegados en Agua y Saneamiento de la Cruz Roja Haitiana/Española que realizaron una valoración y evaluación de emergencia en la región, identificando el Centro Hospitalario de L’Estere, donde una brigada médica cubana ya ofrecía atención médica a la población previo al brote epidémico de cólera. Las tareas de apoyo a dicho centro fueron principalmente de potabilización y distribución de agua de diversas fuentes (aljibe propio y río), mantenimiento de niveles altos de cloración del agua, fabricación de letrinas y drenajes, así como capacitación en promoción de la higiene a usuarios y familiares de pacientes del Centro Hospitalario de L’Estere y comunidades cercanas al mismo.

Resultados: Del 21 de Octubre de 2010 al 26 de Octubre de 2010 se valoraron un total de 1966 pacientes; (424 hombres, 374 mujeres, 229 menores de 15 años, 596 de 5 a 10 años y 370