

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,<sup>1</sup> G.P. Ramírez,<sup>2</sup> F.R. Reyes<sup>3</sup>

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

menores de 5 años), de los cuales 798 fueron diagnosticados de cólera. El número total de fallecidos en este periodo fue de 16.

**Conclusiones:** Una evaluación y respuesta rápida de apoyo en Agua y Saneamiento a estructuras sanitarias regionales permite capacitar y mejorar la respuesta de los mismos ante enfermedades epidémicas como el cólera.

Palabras clave: Cólera, potabilización, saneamiento.

*Prehosp Disaster Med* 2011;26(Suppl. 1):s66–s67  
doi:10.1017/S1049023X11002287

### (A243) Características De Estudios De Posgrado En El Area De La Salud

R.B. Ruiz,<sup>1</sup> G.P. Ramírez,<sup>2</sup> F.S. López<sup>3</sup>

1. Facultad De Medicina, Puebla, Pue., Mexico

2. Cirugía, Puebla, Pue., Mexico

3. Dirección Médica, Puebla, Pue., Mexico

**Objetivo:** Describir las Características de estudios de posgrado en el área de la salud como preparativos para la realización de Planes en caso de Desastres y la asistencia de las principales patologías de Nuestro País.

**Método:** Se realizó un estudio descriptivo del seguimiento de 92 Diplomados en el área de la salud durante 8 años, realizados en el “Centro Nacional de Capacitación y Educación Ernesto Giovanni Porras”, con participantes médicos, enfermeras y paramédicos de más 75 % de estados de la República Mexicana.

**Desarrollo:** El 12 de junio del 2002 se constituye una Asociación Civil sin fines de Lucro denominada “Desarrollo Educativo de Posgrado en el Área de la Salud e Investigación AC”, con el objetivo principal de Capacitar y Actualizar al Personal de la Salud en las principales causas de morbilidad y mortalidad, como una respuesta de mejorar la atención de estas patologías. Tres Universidades Avalan estos Diplomados.

**Resultados:** El diplomado con más participantes es el de Urgencias Médicoquirúrgicas (75%). La profesión más interesada corresponde a los médicos (95%), seguida por personal de Enfermería (4%), El tiempo destinado de capacitación corresponde a 250 hrs. mínimo por cada nivel. El financiamiento de los Diplomados es absorbido por el propio participante (98%), El Índice de deserción es del 20%, siendo la principal Causa por cuestiones económicas (85%) y en segundo lugar por cambio de adscripción o de jornada laboral. Lo más atractivo para el proceso de enseñanza aprendizaje corresponde a la práctica más que a la teoría (95%). La realización de estos planes mejora la capacidad funcional hospitalaria dentro del programa Hospital Seguro, y se evalúan y mejoran mediante la realización de simulacros.

**Conclusiones:** Los estudios de posgrado son elementos indispensables en la atención de las principales causas de morbimortalidad y en la realización de planes de Emergencia de un Hospital.

*Prehosp Disaster Med* 2011;26(Suppl. 1):s67  
doi:10.1017/S1049023X11002299

### (A244) El Riesgo De La Interrupcion

M.C. Saenz

Health, Lomas De Zamora, Argentina

**Justificación:** El desastre deja de ser un momento de disrupción en la cotidianidad y quienes están ante la coordinación de gestión de estrategias de respuesta son responsables de generar

efectos no iatrogénicos en la salud pública. La mayoría de las catástrofes no son sorprendidas ni inmanejables. Observamos que la discontinuidad en las acciones genera desorden y mayor sufrimiento humano. Los costos de estas situaciones no son solamente económico-financieros, sino que generan pérdida de vidas, bienes, desequilibrios psico-sociales, deterioro del medio ambiente y profundas crisis políticas y económicas-financieras. **Metodología:** Mejoramos en cada evento en el que se trabajó, la eficiencia y la capacidad de planificación operativa con base en datos científicos en el manejo de instrumentos específicos y evaluaciones rápidas de daños.

**Evaluamos:** seis eventos trágicos en el país, incendio, atentado, inundación, guerra, en 10 años y el efecto de la evolución de las acciones normatizadas y no interrumpidas para evaluar la eficiencia y la eficacia de las acciones no interrumpidas en estrategias de respuesta logística.

**Conclusión:** La contención psicosocial y evaluación de los Recursos Humanos se impone como una tarea ineludible en la logística. El rol del ámbito de la Salud y de la comunicación es de fundamental importancia ante los impactos psicosociales previstos tragedia. Amenazas, riesgos y vulnerabilidades, recursos de acrecentamiento de la resiliencia deben estar contemplados en todo trabajo que busque disminuir el sufrimiento humano. Gestionar la crisis era resolver lo caótico, gestionar los riesgos es evitar lo caótico. Programas “help to help” la, consideración de la Resiliencia, burn-out y stress se incluye en situaciones de emergencia y desastres. La discontinuidad del aprendizaje de estrategias de respuesta es iatrogénica.

*Prehosp Disaster Med* 2011;26(Suppl. 1):s67  
doi:10.1017/S1049023X11002305

### (A245) Le Secours À Personnes, De La Difficulté D'une Doctrine Unique

J. Bassetti

Sante, Narbonne, France

Il n'est pas d'hommes politiques ou de grands responsables qui ne souhaitent l'égalité du citoyen face aux agressions, chacun recherchant au travers d'une doctrine unique une réponse adaptée en tout point du territoire et chaque jour de l'année. Même si les types de détresse ont évolué et le recours au centre d'appel est devenu habituel, demandant aux secouristes professionnels de s'adapter le vrai drame ou le chronomètre et les compétences sont essentiels, reste le challenge des services de secours. Mais comment, dans le panel des différentes formations techniques et des types de matériel, adapter dans une doctrine que l'on voudrait unique, une marche générale des opérations efficiente. Le secours à personnes que l'on pense réserver exclusivement aux professionnels de santé ne doit il pas être aussi la préoccupation du sauveteur citoyen. La première minute reste essentielle, elle est quelque soit le type d'agression de la responsabilité du premier maillon de la chaîne du premier témoin sur les lieux. Alors doctrine unique, difficile, utilisation des compétences, sûrement. Un code des bons gestes à effectuer au bon moment au bon endroit semble capital, un référentiel sur les responsabilités de chacun indispensable et l'égalité des chances un objectif.

*Prehosp Disaster Med* 2011;26(Suppl. 1):s67  
doi:10.1017/S1049023X11002317