

Management Authority embarked on the task of formulating the guidelines on this sensitive and vital issue. These Guidelines are designed to provide not only technical information, but also dwell on administrative aspects that will support the correct approach in handling dead bodies with the highest possible quality of standards/measures, and functioning in an interdisciplinary manner to ensure positive identification of victims. Management of the dead after disasters is under the ambit of the Incident Response System being incorporated in the National, State and District “all hazard” Disaster Management Plans are intended to achieve the desired aim that no unidentified body should be laid to rest.

Prehosp Disaster Med 2011;26(Suppl. 1):s64–65
doi:10.1017/S1049023X11002226

(A237) Management of the Dead during Mass Casualty Disasters in South Asia: Perspectives of the First Decade of the 21st Century

C.P. Perera,¹ C. Briggs²

1. Forensic Medicine, Galle, Sri Lanka
2. Anatomy and Cell Biology, Melbourne, Australia

The first decade of the 21st century will go down in history as an era of major disasters. Disasters have occurred in all corners of the world and ranged from events such as the 11 September attack, the London bombings, the Asian Tsunami, Hurricane Katrina, earthquakes in India, Iran, Pakistan, China, and Haiti, and cyclones and floods in Bangladesh and Myanmar. The unavoidable common factor of all these disasters was the massive number of casualties and deceased witnessed within a short period. The effective intervention of governmental agencies to manage casualties during the immediate aftermath of a disaster often is restricted by many technical and circumstantial factors. However, it was observed during the last decade that during disasters, volunteer members of the affected and surrounding communities form a huge supportive force to meet most urgent tasks, including managing the dead. This was best witnessed in 2004, after the Asian tsunami disaster. The management of the dead during disasters is a multidisciplinary, multi-stage task and a medico-legal emergency that should be commenced during the immediate post-disaster period. Community first responders comprise an easily accessible, readily available task force in the field of managing the dead, especially in the recovery and transportation of dead during disasters. The first attempt to regularize the role of community first responders during disasters was made in 2005 with the post-Asian tsunami experience through a joined effort of many international organizations. Since then, south Asian countries have been more concerned about developing capacity of first responders via community-based disaster management schemes. The services of first responders could be greatly enhanced through training and integrating them into mass casualty management plans in less resourced countries as elaborated in this paper.

Prehosp Disaster Med 2011;26(Suppl. 1):s65
doi:10.1017/S1049023X11002238

(A238) Optimizing Medical Response to Large-Scale Disasters: The Ad Hoc Collaborative Healthcare System

K. Peleg,¹ A. Lipski,¹ Y. Kreiss,² N. Ash²

1. Israel National Center for Trauma and Emergency Medicine, Ramat Gan, Israel
2. Tel- Hashomer, Israel

During the authors' recent experience in Haiti during the early aftermath of a major earthquake, it was discovered that more optimal use of field hospitals could be achieved through increased coordination across the deployed medical resources. Moreover, if it were possible to standardize both the capabilities of these resources and their inter-operational guidelines, further improvement in resource utilization could be achieved. Resolving the bottleneck particularly was crucial as the impact on mortality that specialized field hospitals may affect in disasters is observed primarily early on. Confronted with tremendous need in the face of massive devastation, a solution was improvised: For every patient requiring a higher level of care sent by a light hospital, it would have to take a patient being cared for by the authors' in exchange. This arrangement allowed the admission patients who had been screened by other health professionals as requiring an acute intervention that the authors were in a unique position to provide, and ensured that patients would remain under medical care until they were stable enough to be discharged. Additionally, senior medical staff to light hospitals to help identify which patients would most likely benefit from being transferred to the authors' facility. With the other hospital teams' cooperation, surgeons performed needed morbidity and mortality reducing operations on more patients than would have otherwise been possible. Implementing a collaborative health-care system would help achieve more optimal use of all the medical resources available in a disaster. Further optimization could likely be achieved if participating countries and organizations adhered to a standardized classification and coordination system. Both levels of coordination, at the preparatory and deployment stages, would likely lead to decreased mortality, morbidity, and disability among the devastated population.

Prehosp Disaster Med 2011;26(Suppl. 1):s65
doi:10.1017/S1049023X1100224X

(A239) Programa Hospital Seguro Y Unidad Médica Segura En México

F. Cruz Vega,¹ P. Cruz Flores,² P. Cruz Flores²

1. Division De Proyectos Especificos, Mexico, Mexico
2. Carrera De Medicina, Mexico, Mexico

El programa se estableció en el año 2006 dentro de la Coordinación General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación e incluye un Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación integrado por todas las instituciones del Sector Salud Público, Privado y Social Se han acreditado cerca de 700 evaluadores de más de 2,700 que han tomado el curso. Se han realizado más de 1,700 autoevaluaciones y se han evaluado de 205 hospitales. En el marco legal se ha integrado el Programa Hospital Seguro en la Ley General de Protección Civil, se ha incluido en la Norma Oficial Mexicana que tiene relación con instalaciones de salud, se ha logrado el acceso al Fondo de Prevención de Desastres que maneja la Secretaría de Gobernación y se ha establecido que previo a la Certificación de Calidad del Consejo de Salubridad General (que incluye los criterios internacionales de la Joint Commission) sea evaluada como Hospital Seguro. De los hospitales calificados como no seguros ya se han evacuado dos (que serán demolidos) con alternativa de construir nuevos con alto nivel de seguridad. En un gran número de hospitales se han mejorado los sistemas de

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