

## LA COLMENA

### La asistencia en las catástrofes; ¿yo qué tengo que hacer?



Miguel Ángel Ruiz Sanz

Subdirector de Urgencias y Emergencias del SES

Por la propia definición de catástrofe, hemos de entender que cuando éstas suceden los medios a emplear en su tratamiento son siempre escasos en relación a la demanda. También inmerso en la definición de catástrofe está el concepto de aparición súbita y no esperada. A pesar de esto, las catástrofes ocurren, y el primer concepto que nos sugiere el análisis de las últimas catástrofes ocurridas es el de la vulnerabilidad.

Las "emergencias limitadas" se diferencian de las catástrofes en que se pueden atender en un tiempo variable con los recursos propios del sistema. Por ejemplo, un accidente de autobús con muchas víctimas moviliza recursos de Centro Coordinador, de servicios de seguridad, de servicios sanitarios públicos y de ONGs, hospitales, etc., pero puede no requerir recursos extraordinarios.

El impacto más importante en la disminución de la vulnerabilidad ante las catástrofes está en la prevención. ¿Yo qué tengo que hacer? Se requiere, en primer lugar, que se piense en ellas, lo que en un plan de catástrofes o emergencia de cualquier centro o empresa se llama mapa de riesgos no es más que un ejercicio de pensamiento y análisis de aquello que puede ocurrir internamente debido a la actividad o al propio edificio y exter-

namente por catástrofes naturales, etc. A partir de ahí, se elabora el catálogo de recursos con que contamos para hacer frente a una posible catástrofe.

Lo que viene después del conocimiento de los recursos es el estudio del protocolo a seguir por todos y cada uno de nosotros en el momento anterior a la catástrofe y el momento posterior a su aparición.

#### El impacto más importante en la disminución de la vulnerabilidad ante las catástrofes, está en la prevención. ¿Yo qué tengo que hacer?

El momento anterior a la catástrofe es ahora, y ahora lo que se puede hacer es tener presente los planes de catástrofes de nuestros centros de trabajo y comenzar por conocer el PLATERCAEX, que está publicado en la página web de la Junta de Extremadura y pocos hemos leído, y a partir de éste los planes específicos como pueden ser el de actuación ante accidentes de mercancías peligrosas, los de incendios forestales y por supuesto los específicos de las empresas de riesgo y todos ellos deben ser activados con cierta periodicidad en forma de simulacros. ¿Yo qué tengo que hacer?

Todos los niveles asistenciales pueden verse afectados por una emergencia de este tipo, y quizá lo más importante para su tratamiento y buena gestión es haberla previsto, haber practicado su posible solución, y en el

momento en que se declare un nivel de alerta por los centros coordinadores (CUE 112), por los responsables de la seguridad, de empresas de riesgo, de redes de ferrocarriles, de confederaciones hidrográficas, etc., todos debemos alinearlos en nuestro nivel de responsabilidad para realizar los gestos o las activaciones de recursos que sean necesarios. ¿Yo qué tengo que hacer?

Poniendo como ejemplo una emergencia por riesgo químico en una estación de tren, está claro que los responsables del Centro Coordinador, oída la noticia de la emergencia, tienen que poner en marcha el plan de emergencias correspondiente, y a partir de ese momento, los dispositivos de seguridad deberán acotar la zona de impacto, los dispositivos sanitarios deben mantenerse en el límite externo de la zona de socorro, y los de mando y autoridades deben establecer un puesto específico siempre seguro, alejado del punto de impacto y conectado por los medios necesarios con todos los elementos intervinientes. Los centros sanitarios, en lo que entendemos por área base, es decir, aquella zona de atención no afectada por la catástrofe, deben ser alertados para que activen sus propios planes de emergencia exterior ante el anuncio de la posible llegada de víctimas. ¿Yo qué tengo que hacer?

¿Y si no pasa de alerta? Si no pasa de alerta, o no afecta más que a dispositivos de seguridad o rescate o técnicos del problema específico, nos quedaremos muy tranquilos, desactivaremos la alerta y habremos hecho lo correcto para minimizar los efectos de una catástrofe que afortunadamente no se ha producido.

### Obesidad: epidemia del siglo XXI



Alicia Habernau Mená

Médico

La obesidad es una enfermedad metabólica crónica recidivante, donde el exceso de grasa corporal conlleva efectos nocivos para el organismo. Es la enfermedad metabólica y nutricional más prevalente en el mundo occidental. Al ser progresiva, en la mayoría de los obesos el contenido adiposo aumenta con el tiempo hasta una edad indeterminada. Conlleva asociada una morbimortalidad elevada y es un estigma social importante. La mayoría de la población no la considera una enfermedad como tal, incluso los profesionales y gerentes sanitarios no le prestan la atención que merece.

Los datos que constantemente llegan sobre el aumento progresivo de la prevalencia de la obesidad justifican el calificativo que la OMS le ha dedicado a la obesidad: la epidemia del siglo XXI. Actualmente existen 250 millones de individuos obesos en el mundo con un IMC > 30 (índice de masa corporal, que relaciona la talla en cm con el peso en Kg), que corresponde al 17% de la población adulta, excluyendo en este grupo a la población infantil y a los ancianos. Está sucediendo un aumento exponencial del IMC desde el año 1980 al 2010. Se dice que un individuo tiene sobrepeso cuando su IMC es mayor de 24 y presenta obesidad si el IMC es mayor de 30.

Según estudios recientes podríamos esquematizar la prevalencia actual de la obesidad en el mundo con los siguientes datos porcentuales: EEUU, 17.7% hombres, 18.1% mujeres; Europa, 10-20% hombres, 15-20% mujeres; España, 13.3% hombres, 15.7% mujeres.

La situación en España no difiere mucho de los países de nuestro entorno. Según la SEEDO (Sociedad Española del Estudio de la Obesidad) más de dos millones de la población adulta española es obesa. Una cifra que es preocupante, sobre todo porque la tendencia al alza. Según un estudio de la SEEDO en 1997, la prevalencia de obesidad en la población española (individuos > 20 años) con un IMC > 27 es de 14.7% (hombres 11.5% y mujeres 15.3%). El estudio SEEDO 2000 demuestra un ligero incremento con respecto al de 1997, siendo la prevalencia en varones 13.3% y 15.7% en mujeres. En España un 52% de las personas de 25 a 60 años presentan exceso de peso, 13% obesos.

La obesidad es una enfermedad crónica y multifactorial con su origen en una interacción genética y ambiental, y en la que es muy importante la parte ambiental o conductual. Los cambios en el estilo de vida en el mundo civilizado son, en gran parte, responsables del incremento de la inci-

dencia de sobrepeso en edades tempranas de la vida. Esto justifica que países en desarrollo, que adoptan formas de vida occidental, sufran un incremento de exceso de peso.

La prevalencia de obesidad está aumentando, lo que supone un problema de alarma en la población industrializada. La obesidad va a provocar una crisis en el sistema sanitario español en los próximos años, siendo un problema sociosanitario a considerar por las entidades políticas. La tendencia observada indica un aumento progresivo en la frecuencia de la enfermedad y sus complicaciones en las próximas décadas, especialmente en los países en vías de desarrollo y en las clases sociales más desfavorecidas. Nadie duda de que si existe un incremento de obesidad, también existe un aumento de sus enfermedades asociadas, es decir, de su morbilidad y mortalidad. La diabetes mellitus tipo 2 está aumentando mucho su incidencia y está afectando a población juvenil. Esto es debido, sin duda, al aumento de la prevalencia de la obesidad de tipo central, con el consiguiente incremento de la resistencia insulínica. Lo mismo ocurre con la dislipemia y la hipertensión arterial. Todas estas enfermedades están vinculadas al riesgo cardiovascular y al incremento de la morbimortalidad cardiovascular de la población.

Hay un interés particular por la proporción de población infantil y juvenil afectos de sobrepeso. Su bienestar y futura salud está siendo puesto en riesgo debido a la pasividad en esta cuestión. Esta realidad no solo tiene trascendencia sociosanitaria, sino también repercusiones económicas importantes. Según el estudio Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas, realizado en España en 1999, los costes directos generados por la obesidad (visitas, métodos diagnósticos, rehabilitación, hospitalización y fármacos) se evalúan en más de 500 millones de euros; los costes indirectos (incapacidad laboral, mortalidad prematura y gastos particulares en parafarmacia) ascienden a 1500 millones de euros. De todo ello se deduce que los costes totales de la obesidad se estiman en más de 2000 millones de euros, que representan un 6.9% del gasto sanitario.

Con los conocimientos actuales es necesario que todos los estamentos implicados en la prevención de la obesidad en España reflexionen y tomen medidas para evitar que en el futuro quizás no muy lejano, nuestras cifras se comparen con las de la sociedad norteamericana.

Nos enfrentamos a un problema sanitario en constante aumento, con unas repercusiones sociales y económicas que provocan una demanda asistencial y terapéutica que desborda en estos momentos la sanidad pública y a la que no puede darse una respuesta adecuada. Por todo lo expuesto anteriormente, los autores creen que para solu-

cionar el déficit asistencial actual y prepararse para el futuro deben tomarse las siguientes medidas:

- 1) Considerar la obesidad como enfermedad de primer interés
- 2) Crear unidades específicas para el tratamiento de la obesidad formadas por especialistas en nutrición.
- 3) Formación específica en obesidad en atención primaria y hospitalaria
- 4) Realizar campañas informativas a la población
- 5) Desarrollar protocolos de actuación en obesidad
- 6) Control sobre tratamientos inadecuados
- 7) Dedicar fondos económicos para la investigación científica sobre obesidad

Curiosamente, la obesidad, no sólo no ha tenido la atención debida desde el punto de vista de la planificación sanitaria, sino tampoco desde el punto de vista de su priorización en los programas de investigación. Quizás esto pueda ser explicado en parte por dificultades presupuestarias, pero es de temer que esta postergación sea también debida al erróneo e injusto concepto de que el problema depende de "la fuerza de voluntad" de los pacientes.

A continuación adjunto una serie de datos muy significativos: Una disminución mayor del 10% del peso conlleva: disminución del 20% de la mortalidad global; disminución del 30% de mortalidad asociada a la diabetes mellitus; descenso del 40% por cáncer. Los individuos con un IMC < 25 tienen una mayor esperanza de vida.

En vista de la urgente necesidad de actuar para luchar contra la epidemia de la obesidad y temas de salud relacionados con el peso, la European Association for the Study of Obesity proclamó un llamamiento al gobierno y agentes de la salud en la Declaración de Milán en Junio de 1999, para: Reconocer que el sobrepeso y la obesidad son una de las mayores causas de enfermedad, las cuales presentan una enorme carga social y económica a las comunidades europeas; Iniciar inmediatamente el proceso de desarrollo de estrategias en el ámbito nacional y europeo para actuar sobre la obesidad, el cual nos ha de llevar a enumerar las necesidades y construir sobre las iniciativas existentes que están basadas en la evidencia del beneficio; Ayuda continua en investigación y análisis de los problemas de sobrepeso y obesidad, que informará del desarrollo y mejora en la prevención de la obesidad y en las estrategias de tratamiento; Incrementar la dotación de los servicios de salud, con personal profesional cualificado en tratar la obesidad.

Deseamos que se produzca una auténtica movilización para conseguir los objetivos propuestos, tanto por parte del gobierno y las administraciones sanitarias, como por parte de los profesionales de las ciencias de la salud y de la población en general.