

SALUD



Varios niños con problemas de sobrepeso hacen ejercicios físicos en el Hospital General de Valencia. / JESÚS CISCAR

Gimnasia infantil por prescripción médica

A JAIME PRATS, Valencia
Antonio, de 12 años, fue al médico porque le dolía la cabeza y salió de la consulta con un diagnóstico de hipertensión por sobrepeso.

Su problema, como el del 25% de los niños y adolescentes que pesan más de lo que deben (el 15% son obesos) es, en una aplastante mayoría de los casos, la alimentación inadecuada y el sedentarismo. Pero cambiar estos dos malos hábitos es un reto extremadamente complejo, como bien sabe Empar Lurbe, jefa de servicio de pediatría del Hospital General de Valencia. Por eso, el año pasado el centro puso en marcha un programa que consiste en acudir al centro por las tardes para ponerse a las órdenes de un preparador

El hospital General de Valencia desarrolla un programa de ejercicio físico infantil para combatir la obesidad y el sobrepeso

físico, algo así como sesiones de gimnasia por prescripción facultativa en el propio patio del hospital como parte del tratamiento.

Antonio, Sergio y Adrián forman parte del medio centenar de niños de entre 10 y 15 años que participan en el programa. Lo impulsó hace un año la unidad contra el riesgo cardiovascular en niños y adolescentes del hospital, de referencia en la Comunidad Valenciana. “Yo he perdido ya cinco kilos”, comenta Adrián, que alarga la respuesta para esca-

quearse del ejercicio que siguen sus compañeros y soltar un “nos traen nuestras madres”, sin venir demasiado a cuento. “Yo cuatro y medio”, añade Sergio apuntándose a la conversación.

El proyecto, en el que también participa Isabel Torró, del servicio de pediatría, se gestó ante el incremento de niños con exceso de peso que pasaban por la consulta. El objetivo consiste en disminuir los riesgos cardiovasculares que presentan ya algunos de estos pacientes y, en el resto, evi-

tar problemas a medio plazo derivadas del exceso de peso que puedan surgir de forma precoz. Un niño gordo tiene más probabilidad de desarrollar a edades tempranas hipertensión, alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono (ligado a la aparición de diabetes tipo 2) o alteraciones de los lípidos. Y cuanto antes se traten estos problemas, más fáciles serán de combatir. Por eso, se evalúa el riesgo cardiovascular de forma individualizada mediante ecocardiogramas, se analiza el estado de los vasos sanguíneos de los chavales y se observa si existen afecciones recardiacas o renales.

Con el perfil completo, se diseña el tratamiento, que pasa esencialmente por inculcar hábitos cardiosaludables (los pacientes a los que se prescriben fármacos

apenas llegan al 5%). Eso significa, por un lado, enseñarles a comer bien. En ello tiene que ver la calidad de lo que se ingiere: “hay que evitar las golosinas, la bollería y la comida precocinada que tiene mucha sal”, comenta la doctora. Pero también regular y distribuir correctamente las calorías. “Entre el desayuno y el almuerzo se tienen que tomar el 25% o 30%, mientras que la cena no debería sobrepasar el 15% de las calorías diarias”. Las reuniones y los talleres de alimentación que se ofrecen tanto a los padres como a los hijos son los principales instrumentos para insistir en este aspecto.

Juan Francisco Lisón, médico y profesor en la Universidad CEU-Cardenal Herrera de Valencia, y el preparador, José Real, son los responsables del ejercicio físico de los pacientes. “Cuando llegan se les nota que se cansan enseguida y apenas tienen coordinación; algunos hasta se caen cuando corren hacia atrás”, apunta Lisón. Los ejercicios han de ir combinados con juegos para evitar el abandono de los chavales, poco acostumbrados al esfuerzo físico.

Toda la actividad que realizan se controla con pulsómetros, cuya información se descarga diariamente en un ordenador de forma que hay una monitorización constante de las evoluciones de los chavales: no sólo respecto a la carga de trabajo, sino a la capacidad de recuperación. “Se nota mucho la mejora en el estado físico; el otro día un padre nos dio las gracias porque su hijo podía atarse solo las zapatillas”, explica.

El programa, que nació como una experiencia piloto y ya tiene problemas para incorporar a nuevos pacientes, cuenta con ayuda de la Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana y está integrado en la red de Centros de Investigación Biomédica en Red (CIBER), que selecciona el Instituto de Salud Carlos III. El próximo paso de sus impulsores, en buena parte por el interés de los padres de los pacientes, es incorporar a pacientes adultos.

El síndrome tóxico afectó a miles de personas y mató a cientos de ellas. Fue al tiempo un problema de salud pública y una conmoción social, y puso en el límite de su capacidad al sistema sanitario. Y fue una crisis sanitaria, definida por su triple impacto, social, en salud pública y sobre los recursos clínicos.

Desde el síndrome tóxico han llovido muchas crisis sanitarias, locales, nacionales e internacionales. Por ejemplo, estamos inmersos en la crisis de la gripe aviar, latente y que exige planes de contingencia, y hemos resuelto la crisis del polonio 210. Ésta tuvo más de originalidad que de gravedad, y sirvió de aviso para los usos criminales y terroristas de la radiactividad, más allá de Chernóbil y del miedo atávico a un tipo de energía tan especialmente contaminante. La impresión es que las crisis no acabarán nunca de sorprendernos ni de probarnos, por lo que corresponde aprender de los errores y aciertos en las respuestas a las mismas.

La conmoción social que es característica de estas situaciones debe afrontarse mediante una apropiada política de información. El frecuente descuido de dicha política y la amplificación de los vacíos de información por los medios de comunicación dificultan el gobierno de las crisis. Para mejorar la información se han desarrollado los gabinetes de prensa en muchas instituciones públicas y privadas. Pretenden facilitar el contacto con los periodistas y transmitir la información necesaria. En general lo consiguen, pero a veces sirven de cerrojo para limitar el contacto de los

El eterno retorno de las crisis sanitarias

TRIBUNA SANITARIA

JUAN GERVÁS e ILDEFONSO HERNÁNDEZ

medios y el libre acceso a la información, dando sensación de falta de transparencia. La transparencia es clave en la gestión de las crisis sanitarias. Donde hay información oculta o tergiversada surgirá el bulo y la irracionalidad. Por eso conviene ser claros, exhaustivos, lógicos y coherentes al transmitir información en las situaciones de crisis. Hemos ido aprendiendo, pero se repiten errores.

La preparación ante la crisis es punto clave en su resolución. Tener la tarea hecha permitió una sólida y científica respuesta en Navarra ante la crisis de la vacuna de la meningitis C. Existía información acerca de la incidencia de la enfermedad, el sistema sanitario tenía planes concretos de actuación ante epidemias de este estilo que se habían hecho llegar hasta el último profesional, y los políticos sanitarios fueron coherentes en su respuesta.

Ante las crisis latentes de alcance mundial, y las que puedan surgir, son necesarios planes de contingencia, con principios tan básicos y elementales como los

canadienses ante la gripe aviar: “primero, disminuir el impacto de la enfermedad y las muertes, y segundo, evitar la fractura social”. Estos dos objetivos hacen evidente que algunas crisis pueden tener consecuencias tales que en ellas podamos perder mucho de lo que constituye hoy el cimiento básico de nuestra sociedad. Piénsese al respecto en las situaciones dantes-

La transparencia es clave. Si la información se tergiversa u oculta, surgirá la irracionalidad

cas generadas por el huracán Katrina. No deberíamos ir de oca en oca, a merced de la novedad de la crisis, sin planes flexibles que permitan incluso la respuesta adecuada a crisis de causa o curso imprevisible. Estos planes deberían ir mucho más allá de lo directo, pues en un sentido amplio las consecuencias de las crisis son meno-

res cuando la sociedad es más justa, cuando hay menos desigualdad y menos pobreza. Por ejemplo, aunque se cree que ante la gripe hay vulnerabilidad general, las pandemias anteriores nos enseñan que no es así. En el caso de que hoy hubiese otra pandemia con un virus parecido a la gripe de 1918, el 96% de las muertes previstas (algunos predicen unos 62 millones) se darían en países pobres. Y es que “tener la tarea hecha” también supone invertir en recursos de salud pública que, además de preparar las acciones preventivas, trabajen con perseverancia en reducir las desigualdades de salud que dentro de nuestro país son ubicuas. En esto no aprendemos, y nuestras inversiones en prevención son ridículas y las políticas frente a las desigualdades escasas.

El conocimiento mutuo y la coordinación entre recursos son aspectos claves en la preparación y respuesta proporcional a la crisis. Nunca más deberían darse escenarios de descoordinación que todos tenemos en mente. En los países desarrollados hay un potencial enorme, multitud de recursos que conviene utilizar proporcionalmente. Así, los recursos de las Fuerzas Armadas ocupan un escalón muy distinto de los de los médicos de cabecera, por poner un ejemplo, pero hay que contar con todos ellos. Para hacerlo bien tenemos experiencia suficiente en España.

Juan Gervás e Ildefonso Hernández son médico general y epidemiólogo, respectivamente, y profesores de Salud Pública.