



Establecimiento de plan de acción contra incendios forestales

Proveedores

A continuación, encontrará una guía que le ayudará a preparar las conversaciones con sus pacientes para completar el “Plan de Acción para Incendios Forestales” incluido en este kit de herramientas. A medida que revise los temas a continuación, considere compartir con los pacientes la “Hoja de recomendaciones contra incendios forestales” que los acompaña.

1. Asegúrese de que conocen los riesgos de los incendios forestales y del humo de los incendios forestales.

Comente con su paciente cómo pueden afectar los incendios forestales a su salud. Encontrará información al respecto en el documento “Incendios forestales y salud”.

2. Evalúe si tiene acceso a los informes meteorológicos, de incendios forestales y del índice de calidad del aire (AQI, siglas en inglés).

Pregunte: ¿Sabe cómo saber si hay fuego o humo cerca de donde vive?

Si no es así, puede sugerirles la aplicación meteorológica de su teléfono, su canal de televisión local de noticias o [fire.airnow.gov](https://www.fire.airnow.gov). Si desea instrucciones más detalladas, puede proporcionarle el folleto “Hoja de consejos sobre incendios forestales”.

3. Evalúe el entorno del hogar en busca de fuentes de contaminación del aire interior.

A la hora de orientar sobre las medidas que deben tomarse en caso de humo de incendio forestal o de un AQI elevado, tenga en cuenta si el paciente puede estar expuesto a niveles elevados de contaminación del aire en interiores, por ejemplo, a través del humo del tabaco, la leña, las velas, el incienso o los productos de limpieza. Cocinar también puede liberar contaminantes del aire, especialmente si se hace con una estufa de gas. Las campanas extractoras para estufas deben utilizarse si están disponibles.

Si la casa de un paciente tiene un sistema de aire forzado (es decir, el aire entra en las habitaciones a través de los conductos de ventilación), esto puede aumentar la contaminación del aire exterior en el interior, incluso con filtración de aire. Si el AQI es superior a 50, cerrar las ventanas puede ayudar a evitar que la contaminación del aire exterior entre en el interior, pero esto también puede aumentar la exposición al calor, especialmente si no se dispone de aire acondicionado.

Algunos pacientes pueden disponer de filtros de aire para interiores. Los purificadores de aire portátiles para interiores tienen una amplia gama de capacidades para filtrar los contaminantes del aire. El filtro debe ser del tamaño adecuado para los metros cuadrados de la habitación en la que funciona.

Los purificadores de aire suelen tener una clasificación MERV (valor mínimo de eficiencia) o la certificación HEPA. Lo ideal es un filtro de aire con una clasificación MERV de al menos 13, que debería eliminar al menos el 60% de las partículas de 2.5 micras de diámetro o menos. Los filtros HEPA deben eliminar incluso más.

Pregunte: ¿Utiliza un filtro de aire en casa? Si es así, ¿de qué tipo es y dónde se encuentra?

4. Elabore un plan para cada nivel de AQI basado en el estado de salud del paciente y de la calidad del aire interior

Puede revisar los “Planes de acción para incendios forestales” junto con sus pacientes y completar la sección 2 basándose en el estado de salud y las circunstancias vitales del paciente.

Las opciones que un proveedor puede seleccionar para un paciente en el plan de acción incluyen:

- seguro estar al aire libre (para AQI<50)
- limitar el tiempo al aire libre a no más de unas pocas horas al día
- intentar permanecer en el interior hasta que el aire sea más seguro
- mantener las ventanas y puertas cerradas
- utilice un filtro de aire interior
- lleve una mascarilla N95, KN95 o P100, especialmente al aire libre
- permanezca en una sala con aire limpio
- evacúe a un lugar con mejor calidad del aire

En el plan de acción, para cada intervalo de AQI (por ejemplo, 0-50, 51-100, etc.), puede seleccionar las acciones que considere más apropiadas en función de su conocimiento de las condiciones médicas de cada paciente, el acceso a una sala de aire limpio, la capacidad de evacuación y otros factores. Puede encontrar más orientación sobre la elección de las acciones apropiadas en el documento adjunto de herramientas titulado “Incendios forestales y la salud”.

5. Determine la probabilidad de que sigan una orden de evacuación y ayúdeles a desarrollar un plan para hacerlo.

Pregunte: Si hubiera una orden de evacuación, ¿con qué probabilidad evacuarías?

En el caso de las personas que no estén dispuestas a evacuar, especialmente las personas con enfermedades crónicas o que dependan de dispositivos médicos eléctricos, como ventiladores, repasar los riesgos de los incendios forestales y del humo de los incendios forestales (consulte “Hoja de recomendaciones contra incendios forestales”) puede ayudar a motivarlas para que evacuen cuando sea necesario.

Establecer un plan antes de que se produzca una amenaza inminente de incendio puede salvar vidas, especialmente si un paciente necesita ayuda para salir. Le animamos a que complete la sección 5 de los “Planes de acción de incendio forestal” con los pacientes.

Pregunte: Si necesita evacuar, ¿dónde irá?

Pregunte: Si necesita evacuar, ¿cómo lo hará? ¿Necesitará ayuda para evacuar? En caso afirmativo, ¿a quién llamará?

Si un paciente de alto riesgo no va a contar con la ayuda necesaria para evacuar, el proveedor puede pedir permiso para compartir la información de contacto del paciente con personal local de emergencias.

Notas:

Referencias

1. J. F. Bobb, Z. Obermeyer, Y. Wang, F. Dominici, Riesgo específico de ingreso hospitalario relacionado con el calor extremo en adultos mayores. *JAMA*. 312, 2659–67 (2014).
2. S. Hopp, F. Dominici, J. F. Bobb, Diagnósticos médicos de ingresos hospitalarios relacionados con olas de calor en adultos mayores. *Prev. Med. (Baltim)*. 110, 81–85 (2018).
3. R. V. Remigio, C. Jiang, J. Raimann, P. Kotanko, L. Usvyat, F. W. Maddux, P. Kinney, A. Sapkota, Asociación de episodios de calor extremo con ingreso hospitalario o mortalidad en pacientes con insuficiencia renal terminal. *JAMA Netw. Open*. 2, e198904–e198904 (2019).
4. C. J. Gronlund, A. Zanobetti, J. D. Schwartz, G. A. Wellenius, M. S. O'Neill, Calor, olas de calor e ingresos hospitalarios entre los ancianos de Estados Unidos, 1992-2006. *Environ. Health Perspect*. 122, 1187–1192 (2014).
5. J. Liu, B. M. Varghese, A. Hansen, M. A. Borg, Y. Zhang, T. Driscoll, G. Morgan, K. Dear, M. Gourley, A. Capon, P. Bi, , El calor como factor de riesgo de enfermedad renal: Una revisión sistemática y un metaanálisis de las pruebas epidemiológicas. *Sci. Total Environ*. 801, 149806 (2021).
6. W. F. Clark, J. M. Sontrop, S. H. Huang, L. Moist, N. Bouby, L. Bankir, Hidratación y progresión de la enfermedad renal crónica: Una revisión crítica de la evidencia. *Am. J. Nephrol*. 43, 281–292 (2016).
7. R. Pérez-Morales, J. Donate-Correa, E. Martín-Núñez, N. Pérez-Delgado, C. Ferri, A. López-Montes, A. Jiménez-Sosa, J. F. Navarro-González, Relación agua extracelular/agua corporal total como factor predictivo de mortalidad en pacientes en hemodiálisis. *Ren. Fail*. 43, 821–829 (2021).
8. J. Coresh, E. Selvin, L. A. Stevens, J. Manzi, J. W. Kusek, P. Eggers, F. Van Lente, A. S. Levey, Prevalencia de la enfermedad renal crónica en Estados Unidos. *JAMA*. 298, 2038–2047 (2007).
9. R. Schmitt, S. Coca, M. Kanbay, M. E. Tinetti, L. G. Cantley, C. R. Parikh, Recuperación de la función renal tras la lesión renal aguda en ancianos: revisión sistemática y metaanálisis. *Am. J. Kidney Dis*. 52, 262–271 (2008).
10. K. P. Davy, D. R. Seals, Volumen sanguíneo total en hombres jóvenes y mayores sanos. *J. Appl. Physiol*. 76, 2059–2062 (1994).
11. P. A. Phillips, B. J. Rolls, J. G. G. Ledingham, M. L. Forsling, J. J. Morton, M. J. Crowe, L. Wollner, Reducción de la sed tras la privación de agua en ancianos sanos. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM198409203111202>. 311, 753–759 (2010).
12. J. M. Sands, Capacidad de concentración y dilución de la orina durante el envejecimiento. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci*. 67, 1352–1357 (2012).
13. J. R. Weinstein, S. Anderson, El envejecimiento renal: Cambios Fisiológicos. *Adv. Chronic Kidney Dis*. 17 (2010), pp. 302–307.
14. A. Denic, R. J. Glasscock, A. D. Rule, cambios estructurales y funcionales con el envejecimiento renal. *Adv. Chronic Kidney Dis*. 23 (2016), pp. 19–28.
15. R. Saran, B. Robinson, K. C. Abbott, J. Bragg-Gresham, X. Chen, D. Gipson, H. Gu, R. A. Hirth, D. Hutton, Y. Jin, A. Kapke, V. Kurtz, Y. Li, K. McCullough, Z. Modi, H. Morgenstern, P. Mukhopadhyay, J. Pearson, R. Pisoni, K. Repeck, D. E. Schaubel, R. Shamraj, D. Steffick, M. Turf, K. J. Woodside, J. Xiang, M. Yin, X. Zhang, V. Shahinian, Informe anual de datos 2019 del sistema de datos renales de Estados Unidos: Epidemiología de la enfermedad renal en Estados Unidos. *Am. J. Kidney Dis*. 75 (2020), pp. A6–A7.
16. A. Vaidyanathan, J. Malilay, P. Schramm, S. Saha, Muertes relacionadas con el calor - Estados Unidos, 2004–2018. *Morb. Mortal. Wkly. Rep*. 69, 729 (2020).

17. J. Bradley Layton, W. Li, J. Yuan, J. P. Gilman, D. B. Horton, S. Setoguchi, Olas de calor, medicación y hospitalización relacionada con el calor en beneficiarios mayores de Medicare con enfermedades crónicas. *PLoS One*. 15 (2020), doi:10.1371/journal.pone.0243665.
18. A. Tobías, M. Hashizume, Y. Honda, F. Sera, C. F. S. Ng, Y. Kim, D. Roye, Y. Chung, T. N. Dang, H. Kim, W. Lee, C. Íñiguez, A. Vicedo-Cabrera, R. Abrutzky, Y. Guo, S. Tong, M. de S. Z. S. Coelho, P. H. N. Saldiva, E. Lavigne, P. M. Correa, N. V. Ortega, H. Kan, S. Osorio, J. Kyselý, A. Urban, H. Orru, E. Indermitte, J. J. K. Jaakkola, N. R. I. Rytí, M. Pascal, V. Huber, A. Schneider, K. Katsouyanni, A. Analitis, A. Entezari, F. Mayvaneh, P. Goodman, A. Zeka, P. Michelozzi, F. de'Donato, B. Alahmad, M. H. Diaz, C. D. la C. Valencia, A. Overcenco, D. Houthuijs, C. Ameling, S. Rao, F. Di Ruscio, G. Carrasco, X. Seposo, B. Nunes, J. Madureira, I.-H. Holobaca, N. Scovronick, F. Acquavota, B. Forsberg, C. Åström, M. S. Ragettli, Y.-L. L. Guo, B.-Y. Chen, S. Li, V. Colistro, A. Zanobetti, J. Schwartz, D. Van Dung, B. Armstrong, A. Gasparrini, Variaciones de la temperatura mínima de mortalidad a escala mundial: Un estudio multinacional. *Environ. Epidemiol.* 5, e169 (2021).
19. J. Moon, El efecto de la ola de calor en la morbilidad y mortalidad de los pacientes diabéticos; un metaanálisis para la era de la crisis climática. *Environ. Res.* 195, 110762 (2021).
20. A. Hsu, G. Sheriff, T. Chakraborty, D. Manyá, El efecto de la ola de calor en la morbilidad y mortalidad de los pacientes diabéticos; un metaanálisis para la era de la crisis climática. *Nat. Commun.* 2021 121. 12, 1–11 (2021).
21. L. M. Kalisch Ellett, N. L. Pratt, V. T. Le Blanc, K. Westaway, E. E. Roughead, Mayor riesgo de ingreso hospitalario por deshidratación o enfermedad relacionada con el calor tras el inicio de medicamentos: un análisis de simetría de secuencias. *J. Clin. Pharm. Ther.* 41, 503–507 (2016).
22. K. Westaway, O. Frank, A. Husband, A. McClure, R. Shute, S. Edwards, J. Curtis, D. Rowett, Los medicamentos pueden afectar a la termorregulación y acentuar el riesgo de deshidratación y de enfermedades relacionadas con el calor durante el clima caluroso. *J. Clin. Pharm. Ther.* 40, 363–367 (2015).
23. Y. H. Nam, W. B. Bilker, C. E. Leonard, M. L. Bell, L. M. Alexander, S. Hennessy, Efecto de las estatinas en la asociación entre la alta temperatura y la mortalidad por todas las causas en una población socioeconómicamente desfavorecida: un estudio de cohortes. *Sci. Rep.* 9, 1–10 (2019).
24. S. Gupta, C. Carmichael, C. Simpson, M. J. Clarke, C. Allen, Y. Gao, E. Y. Y. Chan, V. Murray, Ventiladores eléctricos para reducir los efectos nocivos para la salud de las olas de calor. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017 (2012), doi:10.1002/14651858.CD009888.PUB2/INFORMATION/EN.