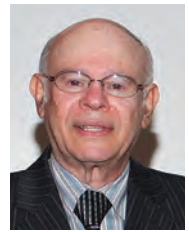


Salud pública y salud mental en Puerto Rico

Erick Santos Hernández, MD, MPH

Especialista en Psiquiatría
y Psiquiatría de Adicciones
San Juan, Puerto Rico



Para entender mejor la situación de salud mental en Puerto Rico, debemos repasar sus definiciones:

- Para el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos implica un funcionamiento adecuado y estable, una buena capacidad de adaptación a los cambios y una relación consistente y satisfactoria con otros y con el medioambiente, conservando las capacidades de aprendizaje, de lenguaje y de memoria; y
- Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el bienestar que una persona experimenta como resultado de un buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y poder desplegar óptimamente sus potencialidades para la convivencia, el trabajo y la recreación.

Tener una buena salud mental depende de factores como un adecuado funcionamiento físico (biológico, médico), mental (psicológico, emocional), social (relaciones satisfactorias, capacitación, oportunidades educativas y

laborales) y espiritual (vida con sentido, relación con un Ser Superior o valores apreciativos de la vida propia y de los demás) en equilibrio para el bienestar propio y de los demás. Cuando falla alguno de estos factores, decimos que la salud mental está afectada y hablamos de enfermedades mentales. Cerca del 25% de las personas en el mundo las padecen.


Para determinar la salud mental de nuestras comunidades e individuos estamos considerando ciertos signos, conductas e indicadores. En Puerto Rico se ha observado un deterioro progresivo en la vida familiar donde más del 70% de los matrimonios terminan en divorcios, lo que empobrece material, social y espiritualmente a estas personas y sus niños. La familia es la base de la sociedad y donde se crían nuestros futuros ciudadanos. Es necesario que demos mayor ayuda a las familias en dificultades si queremos tener una población con mejor salud mental. Esta labor positiva es más fácil de realizar con los niños que asisten regularmente a las escuelas. Estos niños se pueden beneficiar de la educación y modelaje que reciben de sus padres y hermanos, de los maestros, de los consejeros, de sus compañeros y de otros adultos. Es más difícil llegar a los niños y jóvenes que dejan la escuela. Debemos establecer un programa masivo de ayuda a los menores y sus familias, especialmente cuando se haga evidente alguna disfunción.

Probablemente las ayudas se canalizarían mejor a través de los municipios. Por eso sugerimos el desarrollo de maestrías en consejería familiar para desarrollar más y mejores recursos de apoyo y cambio para las familias disfuncionales o en dificultades. Estas iniciativas municipales deberían ser apoyadas y evaluadas por ASSMCA para determinar las mejores iniciativas y poder replicarlas a través de toda la isla. Las Iglesias y otras instituciones comunitarias deben apoyar a los municipios en estas iniciativas positivas para todos y en particular para las familias disfuncionales.

De no actuar con rapidez, nuestra calidad de vida seguirá afectándose negativamente con tasas altas de pobreza familiar, narcotráfico, asesinatos (30,5 por 100 000 habitantes en 2011), aumento de personas con abuso y dependencia a alcohol y drogas (en 2008 el Dr. Héctor Colón documentó 490 000 casos con abuso de alcohol y 101 000 con dependencia a otras drogas, 80% sin tratamiento especializado). Es nuestra responsabilidad individual y colectiva desarrollar medidas y leyes que favorezcan las acciones salubristas para prevenir, promover, proteger, tratar las enfermedades mentales y favorecer la rehabilitación e integrar a estas personas a una sociedad más sana.

Con este propósito, recomendamos algunas medidas concretas para enfrentar este deterioro social con mayor eficacia:

1. Poner énfasis en los aspectos preventivos con el desarrollo de una cultura de paz en los niños y jóvenes; informar a la población sobre cómo prevenir las demencias (con buen cuidado médico, en especial de hipertensión, diabetes, adecuada nutrición y ejercicios), así como otras enfermedades mentales y disfunciones familiares como la violencia doméstica y el abuso a menores;
2. Dar seguimiento cercano a menores que abandonen la escuela y muestren conducta violenta y también a sus familias;
3. Aprobar leyes y reglamentos que estimulen a las familias a buscar ayuda para poder cumplir sus responsabilidades;

4. Desarrollar una maestría en tratamiento psiquiátrico interdisciplinario de adicciones y alcoholismo en la Escuela de Salud Pública - UPR u otra universidad que la promueva;
5. Desarrollar un programa de postgrado en Psiquiatría de Adicción con un Instituto de Investigación Científica de la violencia y la adicción adscrito al Departamento de Psiquiatría de la UPR;
6. Establecer un Comité Interagencial e Intersectorial permanente, bajo la oficina del Gobernador, para la vigilancia y prevención del crimen, la violencia y la adicción, que incluya al Departamento de Educación, el propuesto Departamento de Salud Mental, el Departamento de Salud, el Departamento de la Familia, la Policía Estatal, el Departamento de Corrección, la Administración de Tribunales, las agencias federales concernidas y a nuestros líderes espirituales;y
7. El desarrollo de unidades de intervención de urgencias psicosociales regionales para atender violencia doméstica y abuso de menores en forma rápida y eficaz. 

Referencias

1. Irizarry Alma e. A. Perfil de Violencia en PR:1984-2004,CMCPR 2013.
2. NIMH, www.NIMH.nih.gov.
3. Organización Mundial de la Salud, www.who.int/es/.
4. Propuesta del Senado 2487, Para crear El Departamento de Salud Mental y contra la Adicción, 2012.
5. Santos Erick F, Para establecer las razones de la relación de Salud Mental, Psiquiatría y Adicción; conferencia para residentes de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, RCM, 2012.
6. Santos Erick F, Prevención de la violencia, el abuso de drogas y el alcohol; Convención del CMCPR, diciembre 2012.

Aspectos de calidad relacionados con la EPOC (COPD)



Ana B. Miranda, MD, MPH

Vicepresidenta Auxiliar de Manejo de Calidad
MMM Healthcare, Inc. y PMC Medicare Choice, Inc.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC o COPD, por sus siglas en inglés) es una de las enfermedades pulmonares más comunes. Se caracteriza por limitación del flujo de aire a los pulmones que causa dificultad para respirar. Existen dos manifestaciones clínicas para la condición: bronquitis crónica y enfisema. El uso prolongado del tabaco es la causa principal de la EPOC, que en ocasiones puede ser progresiva y lenta.

Por esto, la mayoría de los planes médicos incluyen esta condición crónica en sus programas de manejo de condiciones. También los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requieren a los planes médicos que reporten las siguientes dos medidas de ejecución HEDIS® (*Healthcare and Effectiveness Data and Information System*) relacionadas con la EPOC:

1. El uso de la espirometría para confirmar el diagnóstico de EPOC


Esta medida busca determinar el porcentaje de pacientes de 40 años de edad o más que son diagnosticados por primera vez con EPOC o que sufren una exacerbación de su EPOC luego de dos años sin sintomatología y a quienes se les realizó una espirometría para confirmar el diagnóstico. La misma debe ser realizada dentro de los 6 meses de la fecha del nuevo diagnóstico o de la exacerbación de la condición. Tanto la Sociedad Torácica Americana (ATS) como la Sociedad Respiratoria Europea (ERS) establecen que la espirometría es el método más rápido y sencillo para evaluar la capacidad pulmonar y confirmar el diagnóstico de EPOC, ya que la radiografía pulmonar puede parecer normal en algunos casos.

2. Tratamiento con fármacos para el manejo de una exacerbación en la EPOC

Esta medida persigue determinar el porcentaje de pacientes con EPOC de 40 años de edad o más, que tienen una hospitalización o visita a una sala de emergencias debido a una exacerbación aguda de la condición crónica y a los cuales se les maneja apropiadamente con los siguientes fármacos:

- Corticosteroides sistémicos dentro de los 14 días posteriores al evento agudo para reducir inflamación pulmonar. Se pueden administrar: betametasona, hidrocortisona, prednisolona, metilprednisolona, triamcinolona, dexametasona, y prednisona; y
- Broncodilatadores dentro de los 30 días posteriores al evento agudo para abrir las vías respiratorias. Entre los medicamentos que se pueden administrar están:
 - i. Agentes anticolinérgicos (ipratropium, tiotropium);
 - ii. Betaagonistas (albuterol, formoterol, salmeterol);
 - iii. Metilxantinas (aminofilinas).

Comentario

Es recomendable ordenar una espirometría para confirmar el diagnóstico de EPOC. Incluso los hospitales pueden incorporar esta prueba al protocolo estandarizado para el tratamiento de estos pacientes. Además, debemos promover el uso apropiado y a tiempo de corticosteroides y broncodilatadores en los pacientes con EPOC para evitar complicaciones asociadas a esta condición crónica. Así, al velar por el cuidado preventivo, continuamos encaminados hacia las cinco estrellas en beneficio de la salud de los pacientes. 

Referencias

- HEDIS® 2014, Vol 2: Technical Specifications for Health Plans, NCQA.
- <http://www.copdfoundation.org/>

HEDIS® es una marca registrada por *National Committee of Quality Assurance*