

Seguimiento a 6 meses y al año luego de finalizada la intervención: estudio DIAL

SERGIO V. PERRONE

Ante todo quisiera agradecer a los editores por el honor que me otorgan al permitirme escribir el editorial sobre este tema tan trascendental para la salud de nuestros pacientes portadores de insuficiencia cardíaca.

Un sistema de salud como el nuestro debería plantearse intervenciones de bajo costo que mejoren la calidad de vida de los pacientes, aunque inicialmente no observemos mayores beneficios en la supervivencia. Reducir el número de internaciones en nuestros pacientes (sobre todo en aquellas poblaciones con alto riesgo de reinternación) seguramente redundará en ahorros significativos en el sistema de salud que podrían ser volcados en una aplicación coherente de recursos que posteriormente permita mejorar la supervivencia con una calidad de vida aún mejor.

Educar a nuestros pacientes es, muchas veces, una tarea difícil de cumplir en estos días en que las consultas se limitan seriamente en el tiempo debido a las mutuas necesidades de pacientes, médicos y sistemas de salud. Pero debemos tener en cuenta que la educación de nuestros pacientes es uno de los puntos clave de un mejor “estado de salud”; cómo recibir su medicación, cómo realizar su dieta, la necesidad de prevención de complicaciones, etc., constituyen la base fundamental de una buena prestación médica. Pero nuevamente, el escaso tiempo disponible en nuestras consultas nos limita esta actividad.

Es así que no todos acceden a la salud y no todos acceden a la educación, y no todos los que acceden a la salud tienen la posibilidad de recibir una “educación en salud” adecuada.

La reducción del tiempo de las consultas, médicos transformados en productores de empresas que pretenden reducir costos en salud a costa de un mejor estado de salud y a favor de beneficios propios constituyen un problema para la sociedad toda.

Si tuviésemos el tiempo suficiente en nuestras consultas para “educar” a cada uno de nuestros pacientes, si tuviésemos el tiempo para establecer una “relación médico-paciente” adecuada, ¿la evolución sería diferente?

Si nuestro paciente/interlocutor tuviese el nivel de educación adecuado y si nosotros tuviésemos el suficiente tiempo para ayudar a comprender en la consulta los lineamientos para su mejor evolución, ¿ésta sería diferente?

El trabajo del grupo de investigadores del estudio DIAL así lo demuestra. Independientemente de que el estudio no compara diferentes niveles de educación,

tiempo dedicado a ella en las consultas o en las llamadas, es evidente que la educación (en la forma realizada durante el transcurso del estudio) deja sus huellas en la población estudiada y que perdura en el tiempo, pero a su vez nos recuerda que es necesario cultivarla y sostenerla en el tiempo para poder mantener sus efectos beneficiosos.

El estudio es una clara demostración de que de la educación y la monitorización de pacientes portadores de una patología (y no quisiera referirme solamente a la insuficiencia cardíaca) se pueden obtener resultados beneficiosos, se puede cambiar el curso evolutivo y este análisis de la evolución de los pacientes luego de suspendida la intervención nos demuestra una vez más que el proceso de educación / concientización / monitorización debe ser constante y sostenido en el tiempo.

Los medios de comunicación pueden ayudarnos en esta tarea y el acceso a ellos debería ser utilizado adecuadamente por los médicos y los sistemas de salud para informar, concientizar y ayudar a la detección precoz y a la prevención de patologías y/o sus complicaciones.

Un medio de comunicación personalizado, en este caso el teléfono, es de suma utilidad, no sólo para educar y concientizar a nuestros pacientes, sino también para monitorizar su evolución, los cambios terapéuticos y para detectar precozmente los deterioros que, si no se controlan en tiempo y forma, terminarán en una consulta en la guardia, una internación o quizás en la muerte.

Personal entrenado en control de la insuficiencia cardíaca (en este caso) vigila, monitoriza, sugiere y educa a pacientes con alto riesgo de complicaciones, internación y muerte.

Quizá si sus médicos pudiesen dedicarles un tiempo mayor en las consultas, ¿la evolución sería diferente?; o tal vez, si sumamos ambas intervenciones, ¿la evolución sería aún mejor? Quizá la dedicación de una nutricionista, una enfermera especializada, un apoyo psicológico adecuado, una “voz” que lo acompaña en un momento determinado constituyen en conjunto el “acto médico” que todos deseamos en los momentos difíciles por los que nos toca pasar. Creo que el tiempo ayudará a dilucidar estas incógnitas. Por lo pronto, la lección que nos deja el estudio DIAL va más allá de sus resultados, nuestros pacientes con insuficiencia cardíaca necesitan una “dedicación” mayor, no sólo de nuestra parte, sino también de un sistema de salud que debería organizarse para tales fines.

Espero que disfruten de este interesante punto de vista que ofrece el artículo "Seguimiento a 6 meses y al año luego de finalizada la intervención: estudio DIAL" y vean en él la forma de prolongar la asistencia de nuestros pacientes luego de la consulta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Antonios TF, MacGregor GA. Salt: more adverse effects. *Lancet* 1996;348:250-51.
2. Blue L, Lang E, McMurray JJ, Davie AP, McDonagh TA, Murdoch DR, et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ* 2001;323:715-8.
3. Chin MH, Goldman L. Factors contributing to the hospitalization of patients with congestive heart failure. *Am J Public Health* 1997;87:643-8.
4. Fonarow GC, Stevenson LW, Walden JA, Livingston NA, Steimle AE, Hamilton MA, et al. Impact of a comprehensive heart failure management program on hospital readmission and functional status of patients with advanced heart failure. *J Am Coll Cardiol* 1997;30:725-32.
5. Ghali JK, Kadakia S, Cooper R, Ferlinz J. Precipitating factors leading to decompensation of heart failure. Traits among urban blacks. *Arch Intern Med* 1988;148:2013-6.
6. Hanumanthu S, Butler J, Chomsky D, Davis S, Wilson JR. Effect of a heart failure program on hospitalization frequency and exercise tolerance. *Circulation* 1997;96:2842-8.
7. Kornowski R, Zeeli D, Averbuch M, Finkelstein A, Schwartz D, Moshkovitz M, et al. Intensive home-care surveillance prevents hospitalization and improves morbidity rates among elderly patients with severe congestive heart failure. *Am Heart J* 1995;129:762-6.
8. Michalsen A, König G, Thimme W. Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure. *Heart* 1998;80:437-41.
9. Opasich C, Febo O, Riccardi PG, Traversi E, Forni G, Pinna G, et al. Concomitant factors of decompensation in chronic heart failure. *Am J Cardiol* 1996;78:354-7.
10. Rich MW, Vinson JM, Sperry JC, Shah AS, Spinner LR, Chung MK, et al. Prevention of readmission in elderly patients with congestive heart failure: results of a prospective, randomized pilot study. *J Gen Intern Med* 1993;8:585-90.
11. Rich MW, Gray DB, Beckham V, Wittenberg C, Luther P. Effect of a multidisciplinary intervention on medication compliance in elderly patients with congestive heart failure. *Am J Med* 1996;101:270-6.
12. Smith LE, Fabbri SA, Pai R, Ferry D, Heywood JT. Symptomatic improvement and reduced hospitalization for patients attending a cardiomyopathy clinic. *Clin Cardiol* 1997;20:949-54.
13. Stewart S, Pearson S, Luke CG, Horowitz JD. Effects of home-based intervention on unplanned readmissions and out-of-hospital deaths. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:174-80.
14. Stewart S, Pearson S, Horowitz JD. Effects of a home-based intervention among patients with congestive heart failure discharged from acute hospital care. *Arch Intern Med* 1998;158:1067-72.
15. West JA, Miller NH, Parker KM, Senneca D, Ghandour G, Clark M, et al. A comprehensive management system for heart failure improves clinical outcomes and reduces medical resource utilization. *Am J Cardiol* 1997;79:58-63.