PREVENCIÓN CUATERNARIA EN MEDICINA FAMILIAR/ GENERAL

* Dr. Miguel Ángel Suarez Cuba

El Dr Marc Jamoulle, médico familiar del Institut de recherche santé et societé, Belgique, es quien en 1986 propone la idea de prevención cuaternaria (P4), y en 1999 Wonca International Classification Committee (WIIC), acepta la definición propuesta por el autor, que a la letra dice: ***"Acción implementada para identificar a un paciente o a una población en riesgo de sobremedicalización, protegerlos de intervenciones medicas invasivas, y proponerles procedimientos de cuidados ética y medicamente aceptables"***.

El objetivo de la Prevención Cuaternaria en Medicina Familiar/General (P4) busca evitar o atenuar las consecuencias de la actividad innecesaria, inadecuada o excesiva del sistema sanitario (sobrediagnóstico y sobretratamiento), así como disminuir la incidencia de iatrogenia en los pacientes, que en estos tiempos de avance tecnológico y crecimiento de la industria farmacéutica se constituye en un grave problema de salud pública.

La iatrogenia, producto de la actividad sanitaria se constituye en un grave problema de salud pública, que en nuestro país en general está poco estudiado. El perjuicio que se puede llegar a infligir a los pacientes, comprende prácticamente todo el episodio de atención, que va desde las actividades de prevención, el proceso de detección y/o diagnostico, hasta llegar a la instauración del tratamiento y/o rehabilitación de un paciente.

Es importante tomar conciencia de la gravedad de la iatrogenia que nuestras intervenciones "bien hechas" pueden producir, nos permitirá poner en primer plano la relevancia e importancia de la prevención cuaternaria y la necesidad de trabajar con el modelo de toma de decisiones compartidas, considerando siempre alternativas y extremando medidas que garanticen la seguridad y derechos de los pacientes.

El fundamento esencial de la medicina es el primum non nocere (primero no hacer daño), la prevención cuaternaria debería primar sobre cualquier otra opción preventiva o curativa y, bien entendida, forma parte de lo que se llama «seguridad del paciente» y, por tanto, de nuestro quehacer clínico cotidiano.

A consecuencia de la aparente mejora social y económica, además de una búsqueda de un mejor sistema de salud, se ha incrementado la expectativa de vida, acompañada de una supervivencia con enfermedades crónicas, lo que conlleva a un mayor número de contactos con los especialistas (y el riesgo de una atención sincopada y fragmentada).

Por otra parte, se está preconizando a que las intervenciones sanitarias sean cada vez lo más precoces posibles, con más diversidad, y para más problemas de salud. Si bien con todo ello aumentan los beneficios, es también cierto que se incrementa la probabilidad de provocar daños que superen los beneficios. Además, las poblaciones y las personas «expuestas» a las intervenciones tienden a ser cada vez más sanas; la industria sanitaria tiene más importancia económica, y la salud se viene constituyendo en un campo de negocios.

* Médico Familiar Policlínico Central CNS

Los médicos somos humanos y nuestra actividad es humana; es decir, imperfecta. Los médicos no somos dioses ni magos, por lo tanto, carecemos de una varita mágica. Los médicos somos "sanadores", científicos sociales con la palabra en el centro de una acción que gira en torno a la escucha y al consejo/realización de actividades preventivas y curativas, diagnósticas y terapéuticas.

Los servicios a ofrecer deben basarse en estudios de costo-efectividad y en la búsqueda de la equidad. Se pueden ofrecer, así, los mejores servicios posibles a una gran población posible. Para ello es importante tener en cuenta que el objetivo del sistema sanitario no es "ahorrar" sino lograr un balance socialmente tolerable entre los beneficios y los daños, entre la efectividad y los costos. Un serio problema es la falta de transparencia y rigurosidad, la ausencia de datos precisos.

La prestación de servicios por profesionales del primer nivel de atención (médicos familiares/generales) competentes, que controlen tiempos e incertidumbre, y **que se centren en la persona** es condición que facilita la prevención cuaternaria. La clave en el trabajo de estos profesionales es **el conocimiento del paciente, en su contexto familiar** y social; por tanto, permite "ajustar" los servicios a las necesidades (teniendo en cuenta las expectativas y los valores de los pacientes y poblaciones).

La coordinación de cuidados por el médico familiar/general es parte de la prevención cuaternaria, en cuanto "defiende" al paciente de los **excesos de la atención fragmentada de algunos especialistas** (y de las promesas "imposibles" de algunos políticos).

Tener una población adscrita a un médico familiar/general o contar con una lista de pacientes, tener la función de filtro, facilita la longitudinalidad (atención por el mismo médico a lo largo del tiempo, y por diversos problemas y situaciones). El trabajo en equipo facilita las capacidades y habilidades que permiten ofrecer prevención cuaternaria al paciente en la consulta y el domicilio.

En su artículo Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina, Gérvas J, Gavilán E, Jiménez L., nos dan algunas pautas sobre principios de prescripción prudente, y las características que facilitan la prevención cuaternaria en la práctica cotidiana.

PRINCIPIOS DE PRESCRIPCIÓN PRUDENTE

1. **Pensar más allá de los medicamentos**
   - Buscar en primera instancia alternativas no farmacológicas.
   - Considerar las causas subyacentes, potencialmente tratables de los problemas, en lugar de tratar los síntomas con medicamentos.
   - Buscar oportunidades para la prevención en lugar de centrarse en el tratamiento de síntomas o de una enfermedad avanzada.
   - Siempre que sea posible usar el tiempo como un test diagnóstico y terapéutico.
   - Manejar pocos medicamentos, pero aprender a utilizarlos bien.
2. **Practicar una prescripción más estratégica**
   - Evitar el cambio continuo a nuevos medicamentos sin tener motivos claros y concluyentes basados en la evidencia.
   - Ser escéptico con el tratamiento individualizado.
   - Siempre que sea posible, comenzar el tratamiento con un solo fármaco.
   - Ante un nuevo problema de salud, pensar en primer lugar si puede tratarse de una reacción adversa a un medicamento.

- Informar a los pacientes sobre las posibles reacciones adversas que pueden provocar sus medicamentos para que sean capaces de reconocerlas lo más pronto posible en caso de que aparezcan.
- Considerar si no se está promoviendo y a la vez tratando un síndrome de abstinencia.

3. Aproximarse a los nuevos medicamentos y a las nuevas indicaciones con prudencia y escepticismo

- Informarse de los nuevos medicamentos y las nuevas indicaciones empleando fuentes fiables e independientes.
- No tener prisa en utilizar medicamentos de reciente comercialización.
- Asegurarse de que el medicamento mejora resultados clínicos orientados al paciente en vez de variables subrogadas orientadas a la enfermedad.
- Rehuir la ampliación o extrapolación de indicaciones.
- No dejarse seducir por una elegante farmacología molecular o el mecanismo de acción de los fármacos.
- Tener precaución con la promoción selectiva de estudios.

4. Trabajar con los pacientes para establecer objetivos comunes

- No ceder de forma precipitada y poco crítica a las peticiones de los pacientes, especialmente con los medicamentos que conocen por la publicidad.
- Ante un fracaso terapéutico, evitar prescribir más fármacos sin antes comprobar la adherencia del paciente al tratamiento.
- Evitar utilizar medicamentos que el paciente ha tomado previamente sin obtener resultados o que causaron una reacción adversa.
- Suspender el tratamiento con fármacos innecesarios o que no están siendo efectivos
- Respetar las dudas expresadas por los pacientes sobre sus medicamentos.

5. Valorar los efectos del tratamiento de forma amplia y a largo plazo

- Pensar más allá de los beneficios a corto plazo de los fármacos y valorar los beneficios y riesgos a más largo plazo.
- Buscar oportunidades para mejorar los sistemas de prescripción y hacer cambios que hagan más segura la prescripción y uso de medicamentos.

CARACTERÍSTICAS QUE FACILITAN LA PREVENCIÓN CUATERNARIA EN LA PRÁCTICA COTIDIANA

1. **Profesionalismo y compromiso:** los valores éticos y deontológicos propios de la profesión, el compromiso con las personas y con la comunidad, el ejercicio de la profesión con humildad y respeto por el sufrimiento ajeno, son los que marcan la práctica profesional.
2. **Autonomía organizativa:** para poder adaptar el desempeño profesional a las características cambiantes de los pacientes, se precisa autonomía para organizar la agenda de trabajo y capacidad para gestionar los recursos que la sociedad pone a disposición de los servicios de salud.
3. **Accesibilidad y longitudinalidad:** ambos atributos favorecen que entre médico y paciente se establezca y mantenga a lo largo del tiempo una relación de confianza. La accesibilidad genera tranquilidad; cuando se ponen barreras a la accesibilidad, a veces de forma inadvertida, se están enviando mensajes contradictorios y negativos a la población que se

vuelven en contra del sistema. La continuidad y estabilidad en el tiempo es una de las características que más satisface a los pacientes, y facilita que el médico adquiera un rol de «agente del paciente»

4. **Manejo adecuado del tiempo y de la incertidumbre:** el control del tiempo es el principal reto del médico. Tanto los tiempos de la consulta, administrándola de manera juiciosa para dedicar la atención debida a quienes más la pueden necesitar, como los tiempos del enfermar, aprendiendo a afinar el instinto clínico para alcanzar un uso prudente del «esperar y ver», por ejemplo. Compartir la incertidumbre de una manera honesta y natural con el paciente generalmente suele ser algo bien aceptado, y evita los inconvenientes de una «medicina defensiva» dañina.
5. **Respeto y consideración con la situación del paciente:** el contexto familiar, laboral, social y cultural del paciente, sus experiencias, conocimientos, ideas, expectativas, etc., condicionan la respuesta de este a las intervenciones sanitarias. Conocer estas circunstancias resulta de interés para poder potenciar los beneficios de dichas intervenciones y minimizar sus potenciales daños. La escucha activa y el apoyo narrativo resultan imprescindibles para acceder al interior de la persona y contribuyen a potenciar la confianza, una de las armas más poderosas con las que se cuenta.
6. **Promoción y prevención según oportunidad y prioridad:** la promoción de la salud debe llevarse a cabo sobre «las causas de las causas», las causas fundamentales de las enfermedades (determinantes en salud). La prevención de la enfermedad debe efectuarse no de una forma sistemática, sino preferiblemente de manera oportunista, estando en relación con el problema que presenta el paciente, con contenidos y objetivos que le resulten relevantes y adaptados a sus circunstancias personales, para asegurarse una mayor adhesión y efectividad. Un ejemplo podría ser el consejo antitabaco breve ante una persona con infecciones respiratorias de repetición.
7. **Máxima calidad y mínima cantidad:** prestación de servicios de máxima calidad con la mínima cantidad o intensidad, con tecnología y medios diagnósticos y terapéuticos apropiados, tan cerca del domicilio del paciente como sea posible y a las personas que verdaderamente lo necesitan (y no solo a las que solicitan la atención sanitaria).
8. **Polivalencia:** la capacidad de poder llevar a cabo actividades diversas que cubran necesidades amplias de la población (desde cuidados pediátricos hasta paliativos, pasando por cirugía menor, atención a la mujer, al trabajador, etc.)
9. **Capacidad resolutiva:** capacidad de dar orientación, de aportar una propuesta de mejor curso de acción (y no necesariamente siempre una solución) para la mayor parte de los problemas de salud de la población, lo cual incluye la derivación al segundo nivel asistencial cuando sea oportuna. Tanto la polivalencia como la capacidad resolutiva precisan de un alto desarrollo competencial y de compromiso profesional.
10. **Función de filtro de la medicina familiar/general:** la función de puerta de entrada da racionalidad al flujo de pacientes y protege a la población de cuidados innecesarios, al tiempo que permite a los especialistas hospitalarios mantener un nivel de pericia alto por atender a pacientes de más alta complejidad.

11. **Capacidad para coordinar los cuidados de pacientes:** el médico familiar/general debe asegurar la función de coordinación, ser el guía del paciente por el sistema sanitario, con el fin de asegurar la idoneidad de los cuidados y reducir la exposición a intervenciones potencialmente dañinas. Este papel se ve facilitado cuando se ejerce de forma adecuada la función de filtro, y resulta de especial interés en personas con múltiples enfermedades y tratamientos.
12. **Solidez clínica y científica, e integración de lo biológico con lo psicosocial:** para poder llevar a cabo una función de filtro adecuada y ser polivalente y resolutivo, es primordial tener una base clínica y demostrar solvencia científica sin olvidar el contexto psicológico y social para no caer en reduccionismos biológicos

REGLAS INTUITIVAS PARA LA PREVENCIÓN CUATERNARIA EN EL DÍA A DÍA DE UNA CONSULTA

1. Toda intervención sanitaria conlleva beneficios y daños. Solo algunas ofrecen más beneficios que daños.
2. La prevención es mejor que la curación cuando la intervención preventiva hace menos daño que la intervención curativa.
3. Hace menos daño un "no" razonable que un "sí" complaciente. La ética de la negativa permite rechazar peticiones injustificadas de pacientes y gestores.
4. Hay muchos problemas para los que no tenemos respuesta. Los médicos no somos omnipotentes, y aunque la medicina ha avanzado mucho en el último siglo, aún persisten áreas inmensas de ignorancia.
5. Todo paciente tiene alguna conducta sana. En la consulta, es importante resaltar aquello que sea positivo: hábitos dietéticos, estructura sociofamiliar, optimismo frente a las adversidades de la vida, práctica de un deporte, tiempo adecuado para el descanso, etc.

CONCLUSIONES

En Medicina, no hay recomendación, ni consejo, ni práctica, ni examen, ni estudio, ni tratamiento sin inconvenientes.

Desde un punto de vista práctico, el hacer prevención cuaternaria, es utilizar servicios y tecnologías sólo cuando exista la probabilidad que los beneficios superen a los daños. Es decir, es buscar la mejor alternativa, la que produzca más beneficios con el menor daño posible, y no siempre es una simple negativa. A veces es justo lo contrario, una intervención activa; por ejemplo, para llevar/derivar al paciente al profesional que mejor puede ayudar en su problema, en el momento y lugar más adecuado.

Para finalizar es necesario tener en cuenta que la propia prevención cuaternaria también puede conllevar más daños que beneficios, como toda actividad sanitaria.

REFERENCIAS

1. *Seminario de Innovación en Atención Primaria, realizado en Barcelona, el 2 de octubre de 2011.*
2. *Gérvas J, Pérez Fernández M. Protección de los pacientes contra los excesos y daños de las actividades preventivas. En: Tratado de Medicina de Familia e Comunidade. SBMFC. Sao Paulo. 2012 [en prensa]*
3. *Gérvas J, Gavilán E, Jiménez L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. AMF 2012;8(6):312-317*
4. *Segura A. Promoción de la salud y responsabilidad de los profesionales. Aten Primaria. 2007;39(6):285-90*
5. *Vila de Muga M, Messegué M, Astete J, Luaces C. Resultados de una estrategia de prevención de errores de medicación en un servicio de urgencias pediátrico. Emergencias 2012; 24: 91-95*
6. *Ortiz A, Ibáñez V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. Rev Esp Salud Pública 2011; 85: 513523*
7. *Gérvas J, Pérez Fernández M. Los daños provocados por la prevención y por las actividades preventivas. RISAI 2009; 1(4):1-8*
8. *Gérvas J. Malicia sanitaria y prevención cuaternaria. Gac Med Bilbao. 2007; 104: 93-96*
9. *Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? Lancet 2008; 372: 1997–99*
10. *Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamoulle M. Prevención cuaternaria, actividad del médico general. [Quartäre Prävention, eine Aufgabe für Hausärzte]. Primary Care. 2010; 10:350-4. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2010/ 11/quaternart-prev-espanol-2010-final.pdf>.*
11. *Zapater Torras F et al. Habilidades para no medicalizar. FMC. 2008;15(10):672-7*
12. *Armando N, Charles T. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de SaúdeCad. Saúde Pública 2009; 25(9):2012-2020*
13. *Gérva J, García LM, Salvador JM, et al. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. Aten Primaria. 2008; 40(5):253-5*