

PREVENCIÓN CUATERNARIA PARA PRINCIPIANTES.

BREVE RECETARIO PARA UN SANO ESCEPTICISMO SANITARIO.

Juan Gérvas¹

jgervasc@meditex.es

www.equipoCESCA.org

Introducción

Llamamos prevención cuaternaria al conjunto de actividades que tratan de evitar el daño que causa el sistema sanitario². Es una expresión moderna del viejo *primum non nocere* (primero, no hacer daño), para lograr que la intervención médica no empeore ni el caso, ni el sufrimiento del paciente. Se trata de evitar, desde luego, las actividades que no tienen ninguna utilidad. También de adecuar las actividades al paciente y a su situación, para limitar los daños a los justificados. Por último, se trataría de evitar/paliar en lo posible estos daños.

El trabajar con prevención cuaternaria exige un cambio de actitud, en el sentido de introducir de continuo el balance entre beneficios y riesgos. Es decir, se trata de ser conscientes de que toda actividad médica puede causar daños, de que no basta con la simple buena intención.

Las actividades sanitarias son cada vez más potentes, más precoces, más variadas y aplicadas por más profesionales. Con ello aumenta su capacidad de beneficio, pero también el riesgo de daños. Por ello es cada vez más necesaria la prevención cuaternaria, el ser conscientes del balance entre los posibles cursos de acción, deseados e indeseables. A no olvidar que la actividad sanitaria puede producir daños mortales apreciables, hasta llegar a ser la tercera causa de mortalidad en los EEUU³.

En este texto se dan recetas que ayudan a reflexionar acerca de la imperiosa necesidad de introducir la prevención cuaternaria en la práctica clínica diaria. Son recetas que cabe mejorar o cambiar, pero en conjunto pueden ayudar a convencer al médico⁴ bien intencionado de la "bondad" de la propuesta

1 Médico general, Equipo CESCA, Madrid. Profesor Honorario del Departamento de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid. Profesor de Gestión y Organización Sanitaria, Maestría de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios Fundación Gaspar Casal (Madrid) y Universidad Pompeu Fabra (Barcelona).

Este texto se distribuye bajo licencia [Creative Commons by-nc-sa 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/), por lo tanto se puede distribuir libremente y reelaborar a condición de citar al autor, no utilizarlo para fines comerciales y mantener el producto subsiguiente bajo este mismo tipo de licencia ([licencia completa](#)).

2 [Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas J, Jamoule M. Prevención cuaternaria, actividad del médico general. PrimaryCare. 2010; 10\(18\): 350-4.](#)

3 Starfield B. Is US health really the best in the world? JAMA. 2000;284:483:5.

4 Se incluye médico, residente y estudiante de medicina bajo la palabra "médico". Este texto es resultado de los debates del Seminario de Innovación en Atención Primaria de 2001, sobre "prevención cuaternaria", celebrado en

y de la responsabilidad ética del trabajo clínico con prevención cuaternaria.

RECETA 1.

Del contrato curativo al preventivo, con precaución

Los médicos nos movemos por el sufrimiento de los pacientes. Hemos sido formados para obtener satisfacción cuando damos respuestas acertadas que alivian el sufrimiento de los enfermos. Es decir, la amplísima mayoría de los médicos buscamos lo mejor para nuestros pacientes, y en ese empeño obtenemos satisfacción y auto-estima, al tiempo del reconocimiento de los pacientes, familiares, compañeros y de la sociedad.

Durante milenios los médicos hemos tenido un contrato con la sociedad, el contrato curativo. El profesional respondía al sufrimiento con lo mejor de su ciencia, y el paciente y sus familiares esperaban alivio a sabiendas de los riesgos. Por ejemplo, la intervención de un niño con tetralogía de Fallot, que podía acabar en muerte del paciente.

El contrato preventivo es distinto, pues no suele haber sufrimiento presente en el paciente, sino en el futuro. Se interviene hoy (se hace "daño" en alguna forma, como toma de muestras, radiología, entrevista, medicación y demás) para evitar intervenir en el futuro. Se trabaja habitualmente sobre sanos, o aparentemente sanos. Se espera que el daño presente sea mínimo, si alguno, y que el bien futuro sea cierto, y grande⁵.

El contrato preventivo es reciente, apenas un par de siglos, desarrollado primero con las vacunas, pero sobre todo en las últimas décadas con los "factores de riesgo".

Los factores de riesgo son asociaciones estadísticas y ni son necesarios ni son suficientes para causar enfermedad⁶. Sin embargo, en la "lucha" contra los factores de riesgo parece que se actúa contra las causas de la enfermedad (y a veces contra "las causas de las causas"). Con ello se justifican muchas intervenciones y abandonamos el principio básico del contrato preventivo, el de

Barcelona el 2 de octubre de 2011. También cuenta con el impacto de las Jornadas de *Salut amb Seny*, de NoGracias y Farmacriticxs, celebradas en Barcelona el 3 y 4 de noviembre de 2011.

<http://salutambseny.wordpress.com/>

<http://www.equipocesca.org/?p=2606>

5 Pérez Fernández, M. Ética clínica en tiempos de exigencia expectante. Texto de la presentación el 24 de junio de 2011, en el 11º Congreso de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunitaria, Brasilia (Brasil). <http://www.equipocesca.org/organizacion-de-servicios/etica-clinica-en-tiempos-de-exigencia-expectante/>

6 Miguel F. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. *Aten Primaria*. 1998;22:585-95.

ofrecer un futuro *brillante* con pocos daños en el presente⁷.

Los factores de riesgo terminan "degradando" la prevención⁸.

El médico que desea trabajar teniendo en cuenta la prevención cuaternaria debería ser consciente de cuándo responde al sufrimiento (contrato curativo) y de cuándo ofrece y/o responde a la prevención (contrato preventivo). La mezcla inconsciente de ambos contratos es mala para la salud del paciente. No se aceptan riesgos con la prevención que son riesgos asumidos con la clínica (contrato curativo).

RECETA 2.

De la efectividad relativa de las medidas curativas y preventivas

La salud depende básicamente del aporte genético y de los determinantes sociales, económicos, culturales y otros; lo clave es la educación formal de las mujeres y la justa distribución de la riqueza.

El sistema sanitario es parte de esos determinantes, y puede ser fundamental en situaciones concretas, como apendicitis, neumonía, fractura de fémur, cataratas, diabetes, insomnio, agonía y demás. La prevención también "rinde" grandes frutos, como han logrado las vacunas contra la viruela, o contra la poliomielitis. Pero conviene tener una idea de la efectividad relativa de las medidas curativas y preventivas. Es efectividad relativa, pues depende de la situación. Como ejemplo, en la actualidad en África puede ser tan coste-efectivo vacunar contra el sarampión como contar con un cirujano⁹.

En el siglo XXI los médicos practicamos nuestra ciencia y arte con un doble contrato, por más que muchas veces no seamos conscientes de ello, y transformemos contratos preventivos en curativos. El mejor ejemplo es la hipertensión, mero factor de riesgo para insuficiencia cardíaca y hemorragia cerebral. La hipertensión no es enfermedad, ni es necesaria, ni es suficiente para la insuficiencia cardíaca ni para la hemorragia cerebral. Por ello el trabajo sobre la hipertensión arterial pertenece al contrato preventivo, no al curativo, y hay que ser exquisitos en la selección de las intervenciones contra la hipertensión, para asegurar que el daño presente sea mínimo, si alguno.

7 Segura A. Inducción sanitaria de los cribados: impacto y consecuencias. Aspectos éticos. Gac Sanit. 2006;20(Supl 1):88-95.

8 Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Community Health. 2008;62:580-3.

9 Bae JY, Groen RS, Kushner AL. Surgery as a public health intervention: common misconceptions versus the truth. Bull WHO. 2011;89:394.

Se pueden comparar, por ejemplo, propuestas curativas y preventivas sobre enfermedades cardiovasculares. Así, para 100.000 personas y año, se evitan 308 muertes con la introducción de un IECA en el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca, 120 muertes con el consejo contra el tabaco, 71 muertes con el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los pacientes hipertensos, 14 muertes con el uso de estatinas en pacientes con infarto de miocardio (prevención secundaria), y 3 muertes con el uso de estatinas en pacientes sin isquemia coronaria (prevención primaria)¹⁰.

También se puede comparar el impacto en la expectativa de vida de, por ejemplo, el cribado del cáncer de mama y el simple fomento de la mejor percepción del envejecer. Con lo primero, podemos añadir 12 días¹¹. Con lo segundo se añaden más de 7 años de vida¹².

Conviene tener una idea acerca del valor relativo de las medidas preventivas y curativas, para concentrar tiempo y recursos en lo más efectivo.

RECETA 3.

Ni exceso preventivo, ni déficit curativo

Entre lo que hacemos los médicos y lo que podríamos hacer hay un abismo. Es decir, ganaríamos mucho los médicos, pacientes y la sociedad si aplicáramos lo que ya sabemos que "funciona"¹³. Hay un enorme déficit curativo, tanto por no incorporación de las novedades como por la persistencia de práctica obsoletas.

Por el contrario, la prevención es excesiva, casi sin límites, y ocupa gran parte de la actividad clínica, muchas veces sin justificación. Una parte importante de la prevención debería ir de la mano de la Salud Pública, y es importante encontrar el punto juicioso de la propia responsabilidad¹⁴.

La consecuencia final es una gran dedicación a la actividad preventiva con nulo o escaso impacto en salud (como demuestran las cifras previas respecto a prevención cardiovascular) y el abandono de

10 Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? *J Health Serv Res Policy*. 2006;11:27-31.

11 Tabár L, Vitak B, Chen TH et al. Swedish Two-County Trial. Impact of mammography screening in breast cancer mortality during 3 decades. *Radiology*. 2011;260:658-63.

12 Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl SV. Longevity increased by positive self-perception of aging. *J Personality Social Psychology*. 2002;83:681-70.

13 Ortún V. Mejor (servicio) siempre es (más) salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2006;80:1-4.

14 Gervas J, Segura Benedicto A, y Seminario Innovación en Atención Primaria 2006. Cooperación entre salud pública y atención clínica en un contexto de cambio de la utilización del sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2007; 39(6): 319-22.

tareas clínicas básicas para las que "no hay tiempo". Sirvan de ejemplo las dificultades a que se enfrentan los pacientes terminales para poder morir en su domicilio y recibir una atención de calidad de su médico de cabecera. Es también ejemplo el uso excesivo de estatinas en prevención primaria, en contraste con el uso por defecto en prevención secundaria¹⁵.

Las pautas preventivas tienen grandes limitaciones, que apenas se consideran. Se acepta el "más vale prevenir que curar", sin pensar en que a veces "hace más daño el remedio que la enfermedad". En prevención pecamos por exceso, ofreciendo pautas, actividades y medicamentos de dudoso valor, como en la osteoporosis¹⁶, o en el cribado del cáncer de mama^{17,18,19}.

Mientras tanto, el campo curativo se vuelve débil, y el abismo entre posibilidades y realidades se ahonda²⁰.

RECETA 4.

Ser buen médico clínico es decir "sí" y "hacer", y también decir "no" y "no hacer" (según sea apropiado)

La idea general es que más vale equivocarse por exceso que por defecto, pero ello atenta contra la seguridad del paciente. Las cosas bien hechas exigen hacer (en el 100% de los pacientes lo que hay que hacer) y no hacer (en el 100% de los pacientes en que no hay que hacer).

Tan mala práctica es, por ejemplo, operar a todo el mundo de apendicitis al menor dolor abdominal, como no operar a nadie con dolor abdominal y sospecha de apendicitis. Desde luego, el arte médico es incluir entre los apendicectomizados a todos los que tenían apendicitis y a casi nadie que no la tuviera.

Por ello, hay que iniciar las "cascadas" preventivas, diagnósticas y curativas que vale la pena empezar y no empezar las que llevarán a provocar más daños que beneficios.

15 [Gérvás J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. Gac Sanit. 2006; 20\(Supl 1\):127-34.](#)

16 Miguel F, Merino A, Sanz R, Maderuelo JA. Las cifras mágicas en la prevención farmacológica de la enfermedad cardiovascular y de fracturas. Una valoración crítica. BIT; 2009;17:49-63.

17 Gérvás J, Pérez Fernández M. Los programas de prevención secundaria del cáncer de mama mediante mamografía: el punto de vista del médico general. SEMERGEN. 2006;32:31-5.

18 Gérvás J. Abuso de la prevención clínica. El cribaje del cáncer de mama como ejemplo. Revista Espaço para a Saúde. Londrina 2009;11:49-53 (www.ccs.uel.br/espaco-parasaude).

19 Segura A. Programas de cribado mamográfico. ¿los beneficios justifican los riesgos? En contra. Rev Fís Méd. 2011;12:121-2.

20 Gérvás J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? Lancet. 2008;372:1997-9.

Dicen los economistas que no hay nada peor que hacer bien una cosa que no hay que hacer. Sólo hay que hacer bien lo que hay que hacer.

La medicina defensiva no es excusa para practicar una medicina *ofensiva*, sin criterio para el "sí" ni para el "no". Una práctica clínica de calidad exige la ética de la ignorancia (compartir con pacientes, compañeros y superiores las limitaciones de la ciencia médica) y la ética de la negativa (decir no a propuestas imprudentes, de pacientes, compañeros y superiores, con cortesía y fundamento adaptado a la situación).

Decir "no" hubiera evitado miles de niños fallecidos por "muerte súbita" al seguir sus padres el consejo de dormir boca abajo. Decir "no" hubiera evitado cientos de miles de cánceres de mama, embolias pulmonares e infartos de miocardio por el uso de las hormonas en la menopausia²¹. Decir "no" a la radiología innecesaria puede evitar miles de cánceres²².

Decir "no" y "no hacer" es tan científico, sano y necesario como decir "sí" y "hacer". Conviene no confundir el sano escepticismo frente a propuestas de acción excesivas con un nihilismo destructor. La prevención cuaternaria pretende el justo equilibrio entre daños y beneficios, a costa de disminuir los primeros. Para ello es tan importante hacer (en el 100% de los pacientes lo que hay que hacer) como no hacer (en el 100% de los pacientes en que no hay que hacer).

RECETA 5.

Profesionalismo en el día a día clínico

Los médicos tenemos un fuerte crédito social y, en correspondencia, un importante compromiso con la sociedad, las familias y los pacientes.

Los pacientes esperan lo mejor de sus médicos, y la sociedad supone que "el paciente" del médico es tanto el enfermo presente como el conjunto de los que sufren. Es decir, el médico tiene "dos cabezas" (como mínimo)²³. Se debe a su paciente y se debe a la sociedad.

Es profesionalismo el movimiento que defiende la buena práctica clínica como responsabilidad social de los médicos. Tenemos un compromiso, y en la realización del mismo *somos o dejamos de*

21 Gervas J, Pérez Fernández M. Los daños provocados por la prevención y las actividades preventivas. RISAI. 2009; 1(4): 6

22 Vázquez Caruncho M. Os efeitos da radiações diagnósticas. Rev SBMFC. 2011;6(19).

23 Abrams FR. The doctor with two heads. The patient versus the cost. N Engl J Med. 1993;328:9756.

ser. Si lo mantenemos, logramos dignidad, si no lo mantenemos, repulsa²⁴.

El profesionalismo exige calidad continua, mejora profesional, la introducción de lo nuevo debido, el rechazo de lo indebido y el abandono de lo obsoleto. En este sentido, la prevención cuaternaria ayuda a disminuir el daño, a obtener crédito social.

Los médicos podemos elegir ese "camino de perfección", u otros nos lo impondrán. Necesitamos compromiso, calidad y liderazgo clínico²⁵.

El profesional principiante en el mundo de la prevención cuaternaria puede empezar su andadura con medidas sencillas, como expresión de su profesionalismo, de su compromiso simultáneo con los pacientes, la sociedad y sus compañeros.

Por ejemplo, no recibir a los representantes de las industrias.

Por ejemplo, cronometrar el tiempo de atención a los pacientes, para comprobar que en su consulta se demuestra también la Ley de Cuidados Inversos (a más necesidad, menos servicios, y esto es cumple más donde el sistema sanitario se orienta más a lo privado)²⁶, y tratar de revertirla.

Por ejemplo, con un registro de las medicaciones prescritas en un día cualquiera, y el posterior análisis de su adecuación al paciente, la situación y el uso de otros medicamentos.

Por ejemplo, con el registro "reforzado" en la historia clínica de las variables de nivel educativo y de la profesión, para poder asignar clase socio-económica.

Por ejemplo, con el análisis crítico de propuestas como el PAPPS, lleno de incongruencias, inexactitudes y actividades desafortunadas. Especial atención requieren las propuestas de prevención cardiovascular^{27, 28}.

Por ejemplo, con la inscripción y participación en listas electrónicas gratis y de defensa de la mejor

24 Gracia A. Ética profesional y ética institucional: ¿convergencia o conflicto? Rev Esp Salud Pública. 2006;80:457-67.

25 Cumberlege B, Shephard S, Adam A et al. Future physician. Changing doctors in changing times. London; Royal College Physicians: 2010.

26 [Hart JT. The Inverse Care Law. Lancet. 1971; i:405-12.](#)

27 Miguel F, García A, Montero MJ. Prevención primaria con estatinas, consensos, y tablas de riesgo. Aten Primaria. 2005;36:31-38.

28 Vaccarino V, Bremner JD, Kelley ME. JUPITER. A few words of caution. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2009;2:286-8.

práctica clínica, como MEDFAM, PEDIAP, DISMONG, e-fármacos y los Seminarios de Innovación en Atención Primaria.

Conclusión

Hay una nueva forma de ser médico científico y humano, e implica el trabajo con la prevención cuaternaria. No es más que la aplicación del viejo *primum non nocere*. Nuestros pacientes y la sociedad precisan del compromiso del profesionalismo médico. Es sencillo y posible ser mejores médicos.