

Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria

Karin Silvana Kopitowski

RESUMEN

La prevención cuaternaria es el conjunto de actividades que se realizan para evitar, disminuir y/o paliar el daño producido por las actividades sanitarias. Las actividades sanitarias producen beneficios y también daños. Considerar los daños se torna especialmente importante cuando se trata de prevención ya que se está interviniendo sobre un paciente sano. Los daños de la prevención incluyen el sobrediagnóstico, los falsos positivos y las cascadas diagnósticas. Dado que todas las intervenciones médicas pueden acarrear daños, cada acto médico, cada estudio diagnóstico debe realizarse si los beneficios superan los daños. Es necesario proveer los cuidados que han mostrado mejorar la salud, discontinuar aquellos que son peligrosos o inútiles y proveer la intervención pertinente y apropiada si la condición lo amerita. Muchas veces la mejor prescripción es discontinuar medicamentos innecesarios, educar, ver y esperar.

Palabras clave: prevención cuaternaria, seguridad del paciente, sobrediagnóstico, falsos positivos.

QUATERNARY PREVENTION. CAN AND SHOULD DAMAGE CAUSED BY HEALTH ACTIVITY BE PREVENTED?

ABSTRACT

Quaternary prevention is the group of activities that are carried out in order to prevent, diminish and/or alleviate damage caused by sanitary activities. Sanitary activities produce not only benefits but also damage. Damage is a factor of major importance to consider in case of prevention, since the patient to be treated is healthy. Damage caused due to prevention may include overdiagnosis, false positive results and diagnostic cascades. As all medical interventions may result in damage, each medical action, each diagnostic study, must be performed only if benefits exceed damages. It is necessary to provide medical care that has proved to improve health, and to interrupt care when the result is dangerous or useless. In addition, it is necessary to give the corresponding and suitable intervention if it is worthwhile.

Frequently, the best prescription is to discontinue unnecessary medication, educate and observe the patient, and wait for some time.

Key words: quaternary prevention, patient safety overdiagnosis, false positive.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2013; 33(3): 90-95.

INTRODUCCIÓN

La prevención cuaternaria es el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y/o paliar el daño provocado en los pacientes por la intervención médica.¹ Toda actividad médica acarrea, en mayor o menor medida, la posibilidad de dañar al paciente. La decisión de aplicar una prueba diagnóstica, prescribir un medicamento, indicar una intervención quirúrgica u observar sin intervenir depende del balance entre el beneficio y el daño.

Los profesionales de la salud no siempre somos conscientes del daño que pueden provocar nuestras acciones. En los Estados Unidos, la actividad del sistema sanitario termina siendo la tercera causa de muerte.² En España, y solo respecto de los medicamentos, se calculan unos 19 millones anuales de efectos adversos, de cuales un millón son graves y en el 0.65% mortales; es decir, provocan la muerte a unos 6500 pacientes.³ Uno de los principios cardinales de la bioética es primero no dañar (*primum non nocere*). Podríamos decir que este princi-

pio antecede en siglos al concepto de prevención cuaternaria. Sin embargo, en los últimos años dos fenómenos simultáneos han hecho de la prevención cuaternaria una actividad esencial: la medicalización de la vida y la medicina preventiva.

LA MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA

Las sociedades desarrolladas y las capas medias y altas de la sociedad de los países en vías de desarrollo se encuentran en una paradoja con relación al nivel de salud que han alcanzado y a la salud que se percibe. Se ha logrado un nivel de salud inigualable en la historia pero, en la medida en que se amplía el concepto de enfermedad y se medicalizan procesos vitales, disminuye la percepción de salud de la población. Se define como medicalización la transformación de situaciones que son normales en procesos patológicos y la pretensión de resolver con la medicina cuestiones que son sociales, profesionales o concernientes a las relaciones interpersonales.⁴ La medicalización adopta varias formas: se restringen los límites de la normalidad; se corren los puntos de corte para el diagnóstico, lo que posibilita el ingreso de millones de personas en el mundo de los enfermos: nuevos procesos se tornan pasibles de intervenciones médicas muchas veces de dudosa eficacia y se transforman los factores de riesgo en enfermedades.

Recibido 27/02/2013

Aceptado 11/07/2013

Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Italiano de Buenos Aires

Correspondencia: karin.kopitowski@hospitalitaliano.org.ar

El problema radica en creer que la medicina puede curar todo, en el entusiasmo por las pruebas diagnósticas de manera indiscriminada y en un deslumbramiento por la prevención bajo la premisa de que se debe y puede prevenir todo a cualquier costo y sin límites.⁵ Se medicaliza la vida cuando el sentido común de los padres es reemplazado sistemáticamente por los consejos de crianza del médico y se anula el criterio de una madre suficientemente buena que ya no puede decidir por sí sola si lleva al natatorio a su bebé o no porque no ha consultado con su pediatra o su médico de familia. Se medicaliza cuando cada etapa de la vida es pasible de una intervención médica como si se tratara de una enfermedad. Con la medicalización de la vida, la sociedad tiene peor percepción de la salud a pesar de haber ganado expectativa de vida y esperanza de vida al nacer.

Son especialmente vulnerables a la medicalización los ancianos y las mujeres, quienes son alcanzadas por cuidados médicos especializados a causa de la menarca y en cada menstruación, en el embarazo y puerperio, en la lactancia, en la menopausia, todas situaciones normativas, fisiológicas, vitales.

Si la prevención cuaternaria consiste en limitar los daños que puede causar el sistema médico, el espectro de acción en este territorio en el cual la medicina no debería haber entrado nunca es enorme porque el daño potencial es inmenso. Existen propuestas que ofrecen un repertorio de herramientas de prevención cuaternaria en este terreno todavía más vasto de la medicalización, donde todo lo que ofrece el sistema sanitario es daño como respuesta a enfermedades inexistentes y a “enfermos sanos”.

LA PREVENCIÓN NO ES INOCUA

Pocas actividades médicas deben de gozar del halo de inocuidad como ocurre con la prevención. Pocas frases deben de despertar tanta adhesión entre profesionales y legos como “es mejor prevenir que curar”. Tan hondo ha calado esta frase, que pocas veces los profesionales nos detenemos a reflexionar en cuánto de cierto tiene y si en todas las circunstancias es mejor prevenir que curar. Actuamos como si las intervenciones que realizamos para prevenir: las pruebas de rastreo; los tratamientos de enfermedades en estadios precoces, de factores de riesgo (que no son enfermedades sino eso: factores de riesgo) fueran inocuas. Las actividades preventivas pueden causar daño. Y también, beneficio.

A partir del balance riguroso entre estos daños y beneficios es que la comunidad científica junto a la comunidad debidamente informada y la autoridad sanitaria, despojada de otros intereses, debería decidir si esa práctica se instaura o no en la población.

El concepto de prevención cuaternaria debe atravesar especialmente las actividades médicas preventivas. Si bien en cada acto médico debe estar presente el principio “primero no dañar”, en prevención la medicina “no puede darse el lujo de hacerlo”. El paciente está sano. Consulta para evitar un problema potencial en el futuro. Problema que no tiene y que tal vez nunca tendría de estar librado a su suerte. Intervenir con

estudios complementarios para realizar diagnóstico precoz o prescribir medicamentos (que tienen efectos adversos) para tratar factores de riesgo que evitarán (o no) eventos clínicos futuros en un momento de la vida de las personas en el cual se encuentran gozando de plena salud tiene que inclinar la balanza claramente hacia el platillo de los beneficios.

LA LEY DE CUIDADOS INVERSOS

La medicalización de la vida y la persecución ilimitada de la prevención a cualquier costo generan la exposición de gran parte de la población a riesgos innecesarios, mientras que otra gran parte carece de recursos esenciales bajo el imperio de la ley de los cuidados inversos que hace que muchos reciban cuidados que no necesitan y dañan en tanto otros no reciben los necesarios que pueden beneficiarlos.⁶ La ley de cuidados inversos impera cuando los profesionales y los servicios sanitarios se taponan, producto de maniobras de pesquisa de dudosa utilidad y hallazgos incidentales que generan cascadas diagnósticas, y se obtura el acceso de personas sintomáticas a mayor chance de beneficiarse de la atención médica y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Muchos de los mensajes preventivos impactan en un sector de la sociedad sobreintervenido que no los necesita, mientras sectores desprotegidos no acceden a la más elemental atención sanitaria.

Los daños de la prevención: el sobrediagnóstico, los falsos positivos y el síndrome de Ulises

El sobrediagnóstico

El sobrediagnóstico es un efecto colateral indeseable bien documentado de todos los programas de rastreo (*screening*).⁷ Es el diagnóstico de una enfermedad que nunca causará daño ni la muerte del paciente si estuviese librada a su evolución. La evidencia de sobrediagnóstico es poblacional y no individual ya que, si a un paciente se le diagnostica una condición, debe ser tratado. Es decir, no sabemos si “ese paciente” sufre de sobrediagnóstico o no. Sin embargo, está bien documentado para muchos cánceres un aumento espectacular de la incidencia en las últimas décadas de la mano del diagnóstico precoz y del acceso a los estudios por imágenes con una mortalidad por dichos cánceres que se ha mantenido casi constante. Ese monto de enfermedad que se diagnostica y no mata está dando cuenta de lo que se denomina reservorio de enfermedad en la población que si se busca se encuentra, pero que no tiene poder letal. Hacer diagnóstico temprano de estos tumores solo tiene para ofrecer a la gente daños: diagnóstico de cáncer, tratamiento con cirugía, rayos, quimioterapia, que son absolutamente innecesarios. Muchas veces, pacientes y médicos creemos “menos mal que se hizo a tiempo”. Y en rigor de verdad, gran cantidad de veces solo se hizo daño con las mejores intenciones de brindar buena atención.

Si bien el sobrediagnóstico es un concepto difícil de comprender tanto para los profesionales como para los pacientes, hay estudios en los cuales se muestra que las mujeres pueden comprender la idea con una explicación adecuada y tomar decisiones diferentes sobre realizarse o

no mamografía de acuerdo con la tasa de sobrediagnóstico que se les informe.⁷

El sobrediagnóstico en los programas de rastreo de cáncer de mama está bien documentado, y es motivo de controversia la estimación de la tasa de ocurrencia de este fenómeno. Hay estimaciones que ubican la proporción entre el 19 y el 35%, pero también por encima o por debajo.⁸

Un trabajo llevado a cabo en Australia mostró que las mujeres pueden modificar su decisión de realizarse mamografía de rastreo de acuerdo con la tasa de sobrediagnóstico que se les informe.⁹

Recientemente, varias sociedades científicas¹⁰ han modificado las recomendaciones de rastreo de cáncer de cuello uterino retrasando el inicio de la citología hasta los 21 años, discontinuándola a los 65 años e indicando un intervalo de 3 años entre citologías para la mayor parte de la población. Estas medidas “conservadoras” de retrasar el rastreo y discontinuarlo tienden a minimizar en mujeres muy jóvenes los daños por la detección de lesiones, que suelen involucionar espontáneamente (evitar el sobrediagnóstico, el sobretratamiento), y, en las mujeres mayores, a evitar diagnósticos que solo pueden dañar. De alguna manera, se puede afirmar que son medidas de prevención cuaternaria. El rastreo de cáncer de cuello iniciado muy tempranamente, seguido hasta edad muy avanzada y realizado a intervalos frecuentes acarrea más daños que beneficios. En el caso de cáncer de cuello uterino también suele verificarse la ley de cuidados inversos. Las capas medias y altas de la sociedad reciben cuidados que no necesitan y pueden dañar, mientras que las capas desfavorecidas de la sociedad mueren por cáncer de cuello. Las mujeres que desarrollan cáncer de cuello avanzado son mujeres que en una gran proporción no se han realizado una citología en muchos años o nunca. La recomendación “conservadora” de rastreo de cáncer de cuello de útero vale como ejemplo de prevención cuaternaria en dos sentidos. Por un lado, intenta evitar el sobrediagnóstico y el sobreseguimiento de lesiones que evolucionarán favorablemente de manera espontánea y con esto se previene la preocupación en las pacientes y los daños de los procedimientos para tratar dichas lesiones. Por otro lado, se libera al recurso humano que toma, procesa, informa las citologías y trata las lesiones para que esté disponible para pacientes más enfermas que necesitan atención y que pueden no acceder a los servicios “taponados” de personas que inútilmente se están haciendo citologías, tratándose lesiones que involucionarán libradas a su evolución, haciendo honor en toda su expresión a la ley de cuidados inversos.

Los falsos positivos

A diferencia del sobrediagnóstico, los falsos positivos constituyen un fenómeno que puede ser determinado en el paciente individual. Se trata de una falsa alarma. Se realiza una prueba diagnóstica. El resultado de dicha prueba es anormal; sin embargo, los estudios posteriores confirman que la persona no estaba enferma.

Los daños derivados de los falsos positivos se relacionan con la ansiedad, el temor, las molestias de las pruebas

diagnósticas, pero finalmente la situación suele aclararse y el paciente es reasegurado.

Otros daños vinculados con los falsos positivos son los efectos adversos de los procedimientos que se realizan como consecuencia del resultado positivo. Estos efectos incluyen dolor, radiaciones, riesgos por la anestesia, entre otros. El sobrediagnóstico es poblacional, el falso positivo es individual.

En el sobrediagnóstico, el paciente es rotulado y tratado por una enfermedad porque no se puede discriminar si será una enfermedad de curso indolente o no; en el caso del falso positivo, la persona es reasegurada y considerada sana.

El síndrome de Ulises

Se denomina síndrome de Ulises al conjunto de situaciones que se presentan en un paciente como resultado de una bien intencionada pero excesiva investigación diagnóstica. En estas circunstancias, es altamente probable que la sucesión de pruebas diagnósticas arrojen resultados falsos positivos que generan cascadas diagnósticas o intervenciones terapéuticas con costos y riesgos, con sufrimientos y daños.

La descripción inicial de este síndrome involucró a pacientes neurológicos.¹¹ “Jimmy se cayó y se golpeó la cabeza. Su madre pensó que no habría mayores consecuencias, pero la abuela del niño le dijo que lo llevara a un médico. El profesional pensó que era improbable que tuviese una fractura pero, para estar más seguro, le solicitó una radiografía de cráneo y cuello. No se encontró ninguna fractura pero, en las placas de columna cervical, se alcanzaba a visualizar, en la clavícula, un hueso anormal. Después de una serie de análisis de sangre que no dieron ninguna anomalía, los padres llevaron a Jimmy a un cirujano ortopédico que pensó que el hallazgo podría ser una variante normal. Pero, debido a que no estaba totalmente seguro y a que la familia estaba muy preocupada por la posibilidad de que el niño tuviese un cáncer, se efectuó una biopsia. El patólogo, quien tenía más dificultades en el análisis de las muestras de tejido óseo que con otros tejidos, informó que se trataba de un defecto cortical fibroso benigno. El chico, sin embargo, se cayó en el piso resbaloso del hospital y se fracturó la clavícula en el área que estaba debilitada por la biopsia”.¹²

Los pacientes con síndrome de Ulises, originalmente descrito en la neurología pero hoy extensivo a otros campos, usualmente comienzan sanos o con enfermedades relativamente poco importantes para luego de una larga travesía con investigaciones y tratamientos muchas veces peligrosos, tras experimentar un sinnúmero de desventuras, finalmente (aunque no siempre) vuelven al punto de partida (aunque con las consecuencias del padecimiento de su odisea).

Algunas herramientas de prevención cuaternaria

La prevención cuaternaria, en tanto actividad del sistema sanitario, también debe ser mirada con sano escepticismo. Las herramientas de prevención cuaternaria rondan en torno de la ecuación beneficios/riesgos.

Y nos indican extremar la prudencia cuando se trabaja sobre población sana como es el caso de lo que se denomina

medicina preventiva. Se debe ser en extremo consciente de los daños de la prevención y quitarle ese halo de inocuidad. Hasta la acción que luce más inofensiva como el autoexamen mamario (¿qué podrá tener de dañino que la paciente se toque las mamas cada mes?) trae aparejados daños¹⁶ y, sin embargo, hace pocos meses la Argentina se vio empapelada por una campaña gráfica de la mano de una figura famosa que promovía dicha práctica. Si la prevención cuaternaria es relevante con los enfermos resulta doblemente necesaria con los sanos. El contrato curativo es diferente del contrato preventivo. En el contrato curativo, el paciente está enfermo, sufre y busca alivio o cura en los médicos. En el contrato preventivo, el paciente está sano. El sistema “no puede darse el lujo” de dañarlo.

Resumiremos aquí algunas medidas de prevención cuaternaria.

1) *Menos es más*

Existe una creencia generalizada acerca de que más estudios diagnósticos, más visitas al médico, más servicios sanitarios equivalen a más salud. Pero ya se ha comentado que toda actividad sanitaria puede acarrear daños. Y el exceso de actividad puede acarrear daños importantes.

El título de este apartado hace referencia a una serie de artículos publicados en *Archives of Internal Medicine*¹³ en los cuales se abordó la problemática que conlleva el exceso de cuidado médico.

La provisión de intervenciones médicas cuyos riesgos exceden los beneficios es un componente significativo de los cuidados médicos en los Estados Unidos¹⁴ y lo es probablemente en la Argentina. Nos referimos a prácticas para las cuales hay consenso acerca de que los daños superan los beneficios. No, que son costosas; no, que la tecnología es compleja. Que hacen daño. La investigación ha mostrado que esta sobreutilización atraviesa todas las especialidades.¹⁵

Cuando se mide la calidad con indicadores de proceso de la atención médica, se puede encontrar que hay subutilización (por ejemplo los pacientes infartados reciben menos betabloqueantes de lo recomendable), sobreutilización (las personas son revacunadas para tétanos con mayor frecuencia que lo recomendado) o mala utilización (las personas hipertensas son tratadas como primera opción con antihipertensivos que no son los de primera línea acorde con la evidencia científica). Un estudio reciente realizado en los Estados Unidos en el ámbito ambulatorio a través de una muestra nacional mostró que, de 22 indicadores de proceso de atención, hubo una importante mejoría en aquellos que implicaban “hacer más”, es decir, aquellos indicadores en los cuales la primera medición había mostrado subutilización. Sin embargo, en el mismo período, no mejoraron los indicadores que implicaban discontinuar una práctica o cambiar una opción de tratamiento. Son varios los factores que pueden explicar este fenómeno. Lo que parece estar claro es que todo está condicionando a hacer más aunque sea peligroso.

Afortunadamente, empiezan a aparecer voces en toda la comunidad científica que debaten este problema. Y son

muchas las Sociedades Científicas que han comenzado a trabajar en delinear prácticas que deben ser discontinuadas por inútiles o peligrosas. En la tabla 1 se pueden ver algunas de las prácticas que diversas sociedades científicas han sugerido no realizar, si bien, como ya se ha comentado, discontinuar las prácticas no parece ser sencillo. Requiere, entre otras cosas, transparencia y comunicación con los pacientes. La limitación en los estudios complementarios puede ser vivida con sospecha de recorte en los servicios por razones espurias si no va acompañado del esclarecimiento correspondiente. Prueba de ello es la reacción que ocurrió en los Estados Unidos como consecuencia de la recomendación de limitar el rastreo con mamografía entre los 40-49¹⁶ años a la luz de que la ecuación riesgo/beneficio en ese grupo de edad no era clara respecto de los beneficios, en un momento de turbulencia en el cual se debatía la reforma del sistema de salud, lo cual fue vivido como un recorte.

2) *Principios de prescripción conservadora/desprescripción*

Las primeras medidas a las que haremos referencia aparecieron en una publicación¹⁷ que resumió, con mucho sentido común, principios para prescripción farmacológica prudente y conservadora que constituyen medidas de prevención cuaternaria. En esa publicación, los autores instan a los médicos a:

- Pensar más allá de los medicamentos. Por ejemplo, considerar la terapia sin fármacos, pues hay abundante literatura que apoya iniciarla con medidas no farmacológicas en casos como hipertensión, diabetes, insomnio, dolor de espalda, artritis y dolor de cabeza. Cabe también buscar las causas subyacentes tratables, porque ¿podría ser resuelto un trauma ocupacional antes de usar un AINE o un acoso moral antes de prescribir un antidepresivo? Además, también es posible una buena prevención, pues mientras la metformina retrasa o previene el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2, los estilos de vida han demostrado que pueden ser más eficaces. Y el abandono del tabaco es una de las medidas preventivas que más vidas salva en términos absolutos.

- Practicar prescripciones más estratégicas (diferir el tratamiento no urgente, evitar cambios no justificados de medicamentos, ser prudentes acerca de usos no probados de medicamentos, y comenzar el tratamiento con un solo fármaco nuevo a la vez).

- Mantener una alta vigilancia en relación con los efectos adversos (sospechar reacciones por los fármacos, ser conscientes de síndrome de abstinencia y educar a los pacientes a anticipar las reacciones).

- Ejercitar la precaución y el escepticismo con los fármacos nuevos (buscar fuentes de información no sesgadas, esperar hasta que los fármacos lleven suficiente tiempo en el mercado; ser escéptico acerca de las variables subrogadas en lugar de los verdaderos resultados en salud; evitar el estiramiento imaginario de las indicaciones; evitar la seducción por una elegante farmacología molecular; tener cuidado con los informes selectivos de los ensayos clínicos).

Recordar algunas lecciones como las del estudio CHOIR (*Correction of Hemoglobin and Outcomes in Renal*

Tabla 1

Sociedad Científica	Recomendación
American Academy of Family Physicians	<ul style="list-style-type: none"> No realizar estudios por imágenes en las primeras seis semanas de una lumbalgia aguda a menos que haya "banderas rojas" (las banderas rojas incluyen, pero no se limitan a, síntomas neurológicos, antecedentes de cáncer, síntomas sistémicos) No prescribir antibióticos rutinariamente en las sinusitis, a menos que los síntomas estén presentes por 7 o más días, sean severos o empeoren luego de mejoría inicial No realizar densitometrías óseas rutinariamente en mujeres menores de 65 años No realizar electrocardiogramas ni otros estudios cardiológicos "de rutina" de rastreo en pacientes de bajo riesgo cardiovascular asintomáticos No realizar PAP en menores de 21 años o mujeres hysterectomizadas por causas benignas
American College of Cardiology	<ul style="list-style-type: none"> No realizar estudios de rastreo con imágenes con esfuerzo en pacientes de bajo riesgo No hacer estudios rutinarios con estrés de seguimiento en el aniversario de los procedimientos cardíacos en el paciente asintomático como rutina de seguimiento No hacer ecocardiograma de seguimiento rutinario en seguimiento de defectos valvulares menores en válvulas nativas si no hay cambios clínicos No colocar stents en lesiones que no sean las responsables durante una intervención percutánea en un infarto con elevación del ST en pacientes hemodinámicamente estables No realizar pruebas con estrés evocadoras de isquemia en evaluaciones prequirúrgicas de cirugía no cardíaca en pacientes de bajo riesgo
American College of Physicians	<ul style="list-style-type: none"> Suscribe las recomendaciones que realizaron los médicos de familia respecto del electrocardiograma y las imágenes en la lumbalgia No realizar imágenes del sistema nervioso en un paciente con síncope y examen neurológico normal En pacientes con probabilidad pretest baja de tromboembolismo venoso, solicitar una determinación de dímero D antes de solicitar una imagen No pedir Rx de tórax prequirúrgicas de manera rutinaria, si no existe sospecha de patología torácica
American College of Radiology	<ul style="list-style-type: none"> No realizar imágenes en cefaleas no complicadas No realizar imágenes ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar a menos que la probabilidad pretest sea moderada o alta No realizar Rx de tórax "de rutina" en la admisión de ingreso en la internación o en el prequirúrgico sin indicación clínica No realizar tomografía en niños ante la sospecha de apendicitis No recomendar el seguimiento de quistes anexiales simples menores de 5 cm y de apariencia inocente

Tomado de <http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/>

Insufficiency)¹⁸ en las que el aumento de los niveles de hemoglobina con eritropoyetina en pacientes en diálisis se asoció con peores resultados en salud; o el estudio ENHANCE (*Ezetimibe and Simvastatin in Hipercolesterolemia Ehances Atherosclerosis Regresión*),¹⁹ en el cual –aunque ezetimibe más simvastatina redujeron el colesterol más que simvastatina sola– al mismo tiempo se mantuvo el mismo espesor de la capa íntima media en ambos grupos de pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigótica; o el estudio ACCORD (*Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes*),²⁰ en el que –aunque el control intensivo de la hemoglobina produjo menores tasas de hemoglobina glicosilada– al mismo tiempo fue asociado a una mayor muerte cardiovascular que con el control convencional; o el estudio ILLUMINATE, en el que torcetrapid más atorvastatina produjeron un aumento del colesterol HDL y una reducción del colesterol LDL y resultaron mejores que atorvastatina sola, pero asociándose con un aumento significativo de la mortalidad total y mortalidad cardiovascular.²¹

- Trabajar con los pacientes para una agenda compartida (y no ceder automáticamente a los fármacos que solicitan; considerar la no adherencia antes de añadir más fármacos al régimen; evitar reiniciar fármacos que no tuvieron éxito

previamente; discontinuar el tratamiento con fármacos innecesarios, y respetar las reservas de los pacientes acerca de los fármacos).

- Considerar los impactos más amplios y a largo plazo (sopesar los resultados a largo plazo y darse cuenta de que la mejora de los sistemas y la organización pueden superar los beneficios marginales de los nuevos fármacos).

Ninguna de estas recomendaciones es particularmente nueva, ni ninguno de los seis principios es controvertido. Pero tomados juntos representan un cambio en el paradigma de la prescripción, desde el equivocado "más fármacos y más nuevos es lo mejor" al más prudente y certero "menos fármacos y más tiempo testados es lo mejor". Los médicos debemos ser muy cautos al prescribir medicamentos que son para patologías crónicas que salen al mercado con ensayos de pocas semanas para ser indicados por años o de por vida y cuyo criterio de aprobación son variables intermedias: "bajan el colesterol", "bajan la glucemia", y no resultados clínicamente relevantes: "mejoran la supervivencia", "mejoran la calidad de vida".

Se debe tener en cuenta que es mejor prevenir que curar, siempre y cuando la intervención preventiva haga menos daño que la intervención curativa, y hay que tener presente

que las cascadas diagnósticas son inevitables excepto en su origen. Es allí donde deben detenerse.

3) Medicina centrada en la persona

Existen algunas habilidades que pueden contribuir a desmedicalizar la consulta y pueden, de alguna manera, contribuir a la prevención cuaternaria. Algunas de estas herramientas son:

- Fomentar la alianza terapéutica: mediante la confianza y el compromiso y objetivos compartidos a través de un modelo centrado en el paciente.
- Evitar la focalización sintomática.
- Practicar una escucha activa y empática.
- Abrir el mapa de quejas y delimitar la demanda: ¿hay o no expectativa por parte del paciente de que le demos una solución? A veces el paciente solo comparte un malestar o busca aprobación.
- Reconocer la normalidad: informar con veracidad, psicoeducar y recomendar medidas de autocuidado siempre que sea posible.
- Informar sobre la naturaleza del problema: proponer un plan de acción terapéutica, ajustar expectativas, involucrando al paciente en la toma de decisiones.
- Reconocer y compartir la incertidumbre.

Por último, debemos familiarizarnos con la “desprescripción”. Hay que revisar periódicamente la pertinencia de la

medicación que toman los pacientes. Esto es especialmente relevante como estrategia de prevención cuaternaria en los ancianos. Se estima que 1 de cada 5 fármacos prescritos en pacientes de edad avanzada es inapropiado.²² Existen diferentes estrategias para ayudar a la detección de medicación inapropiada en ancianos como los criterios de Beers y los criterios STOPP/START, que recogen situaciones clínicas y tratamientos con los errores más comunes de tratamientos que deben suspenderse y omisión de prescripciones indicadas que han demostrado mejorar resultados clínicos.²³

CONCLUSIONES

La prevención cuaternaria es un término relativamente nuevo para el viejo “primero no dañar”. Hace referencia al repertorio de actividades con que debemos contar a fin de limitar y paliar los daños potenciales del sistema sanitario. Para ello debemos, en primer lugar, ser conscientes de dicho daño.

En todas, todo el quehacer médico. Especialmente en las actividades llevadas a cabo con las poblaciones sanas en las cuales el principio “primero no dañar” cobra una dimensión particular.

Se debe tener en cuenta que es mejor prevenir que curar siempre y cuando la intervención preventiva haga menos daño que la intervención curativa, y hay que tener presente que las cascadas diagnósticas son inevitables excepto en su origen. Es allí donde deben detenerse.

Conflictos de interés: el autor declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Gervas J, Gavián E, Jiménez L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*. 2012;8:312-27.
2. Starfield B. Is US health really the best in the world? *JAMA*. 2000;284(4):483-5.
3. Gervas Juan, Pérez Fernández Mercedes. Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias). Barcelona: Los libros del lince; 2013.
4. Orueta Sánchez R, Santos Rodríguez C, González E, et al. Medicalización de la vida (II). *Rev Clín Med Fam*. 2011;4(3):211-8.
5. Vara AM. Cómo medicalizar la vida diaria: la creación de enfermedades o “disease mongering”. *Evid Actual Práct Ambul*. 2008;11(5):130-2.
6. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7696):405-12.
7. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ*. 2012;344:e3502.
8. Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet*. 2012;380(9855):1778-86.
9. Hersch J, Jansen J, Barratt A, et al. Women’s views on overdiagnosis in breast cancer screening: a qualitative study. *BMJ*. 2013;346:f158.
10. ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Practice Bulletin no. 109: Cervical cytology screening. *Obstet Gynecol*. 2009;114(6):1409-20.
11. Rang M. The Ulysses syndrome. *Can Med Assoc J*. 1972;106(2):122-3.
12. Gonorazky S. El síndrome de Ulises y el riesgo del falso positivo en la práctica de la neurología pediátrica. *Arch Argent Pediatr*. 2006;104(1):80-8.
13. Grady D, Redberg RF. Less is more: how less health care can result in better health. *Arch Intern Med*. 2010;170(9):749-50.
14. Korenstein D, Falk R, Howell EA, et al. Overuse of health care services in the United States: an understudied problem. *Arch Intern Med*. 2012;172(2):171-8.
15. Kale MS, Bishop TF, Federman AD, et al. Trends in the overuse of ambulatory health care services in the United States. *JAMA Intern Med*. 2013;173(2):142-8.
16. US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009;151(10):716-26, W-236. Errata en: *Ann Intern Med*. 2010;152(10):688. *Ann Intern Med*. 2010;152(3):199-200.
17. Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, et al. Principles of conservative prescribing. *Arch Intern Med*. 2011;171(16):1433-40.
18. Singh AK, Szczech L, Tang KL, et al. Correction of anemia with epoetin alfa in chronic kidney disease. *N Engl J Med*. 2006;355(20):2085-98.
19. Kastelein JJ, Sager PT, de Groot E, et al. Comparison of ezetimibe plus simvastatin versus simvastatin monotherapy on atherosclerosis progression in familial hypercholesterolemia. Design and rationale of the Ezetimibe and Simvastatin in Hypercholesterolemia Enhances Atherosclerosis Regression (ENHANCE) trial. *Am Heart J*. 2005;149(2):234-9.
20. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, Gerstein HC, Miller ME, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008;358(24):2545-59.
21. Barter PJ, Caulfield M, Eriksson M, et al. Effects of torcetrapib in patients at high risk for coronary events. *N Engl J Med*. 2007;357(21):2109-22.
22. Opondo D, Eslami S, Visscher S, et al. Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: a systematic review. *PLoS One*. 2012;7(8):e43617.
23. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, et al. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(5):273-9.