

Artículo de revisión



Prevención cuaternaria: hacia un nuevo paradigma

Quaternary Prevention: towards a new Paradigm

Javier Lovo*

Resumen

Mediante el campo de acción preventiva, se pretende fomentar la salud y prevenir enfermedades. Estas acciones se articulan en tres niveles de prevención: primaria, antes de que aparezca la enfermedad; secundaria, cuando ya se ha desarrollado la enfermedad; y terciaria, la prevención de secuelas y discapacidad. Desde hace algunas décadas, y con el propósito de evitar posibles daños a la salud, por parte del personal médico, se agregó un cuarto nivel: la prevención cuaternaria, que consiste en la no intervención médica innecesaria, que pueda causar más daño que beneficio. Esta revisión aborda la definición de prevención cuaternaria, la interrelación con los otros niveles de prevención, y los principales desafíos que enfrenta para su implementación.

Palabras clave: prevención cuaternaria, patrones de práctica médica, actitud hacia la salud, prioridades de salud, salud pública, medicina preventiva

Recibido: 15/05/2020

Aceptado: 09/06/2020

*Sección de Medicina Familiar,
Escuela de Posgrado, Facultad de
Medicina, Universidad de El Salva-
dor, El Salvador.

Correspondencia:

Javier Lovo

jvrlovo@gmail.com

Sugerencia de citación: Lovo J. Prevención cuaternaria: hacia un nuevo paradigma. Aten Fam. 2020;27(4):212-215. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2020.4.76900>

Summary

Through the field of prevention, it is intended to promote health and prevent disease. These actions are articulated in three levels of prevention: primary, before the disease appears; secondary, when the disease has already developed; and tertiary, the prevention of sequelae and disability. For some decades, and with the purpose of avoiding possible damage to health, by medical personnel, a fourth level has been added: quaternary prevention, which consists of the non-use of unnecessary medical intervention, which may cause more damage than benefit. This review addresses the definition of quaternary prevention, the interrelationship with the other levels of prevention, and facing major challenges in its implementation.

Keywords: Quaternary Prevention, Practice Patterns, Physicians, Attitude to Health, Health priorities, Public Health, Preventive Medicine

Introducción

La medicina ha sido definida como el arte y la ciencia de prevenir y curar las enfermedades;¹ en este contexto, la medicina tendría dos campos amplios de acción, uno de ellos se enfocaría en adelantarse a la aparición de las enfermedades y prevenir sus consecuencias. El otro, se enfocaría exclusivamente en las acciones médicas con el fin de curar la enfermedad. Podría parecer que los dos campos de acción del actuar médico son excluyentes entre sí, sin embargo, son complementarios. Se ha señalado que lo que no se previene se debe curar y lo que no se cure puede generar secuelas, las cuales se deben prevenir.² Por lo que el estudio de los factores que intervienen en el curso de las enfermedades y

su prevención es parte fundamental del quehacer médico.

Es importante fomentar la salud y evitar de antemano las enfermedades prevalentes, para ello se deben aplicar a individuos, grupos y colectividades las técnicas de la medicina preventiva.³ Estas acciones se articulan en tres niveles de prevención, tal como fue formulado originalmente en el modelo de Leavell y Clark.⁴ La prevención primaria consiste en establecer medidas con el fin de evitar la aparición de la enfermedad, mediante el control de los factores causales y los predisponentes o condicionantes.⁵ La prevención secundaria corresponde al periodo patogénico de la enfermedad, consiste en todas aquellas acciones dirigidas a diagnosticar y tratar precozmente al individuo y evitar la progresión a etapas de la enfermedad con mayor gravedad y daño orgánico funcional.⁶ La prevención terciaria corresponde a una etapa tardía del periodo patogénico, la enfermedad ha progresado generando secuelas y discapacidad, dicha prevención consiste en implementar medidas rehabilitadoras y tratamiento de enfermos que mejoran la calidad de vida o la alargan.⁷

Marc Jamoullie introdujo, en 1986, el concepto de prevención cuaternaria,⁸ un modelo novedoso que busca evitar la posibilidad un daño ocasionado por el intervencionismo médico y sobretratamiento. Al tratarse de un modelo de prevención que involucra a los otros niveles, su comprensión y aplicación resultan de suma importancia.

Beneficio y perjuicio

La medicina no puede escapar de la ambivalencia del beneficio y perjuicio en todas sus acciones, toda decisión que un médico tome implica beneficios o perjuicios activos o potenciales, la anes-

tesia le puede asegurar una cirugía sin dolor, pero también puede provocarle la muerte; cualquier tipo de medicación contribuye a alterar la evolución natural de la enfermedad, pero también trae consigo efectos secundarios. Ante la existencia de un daño potencial en toda acción médica, es importante recordar el principio de *primum non nocere*: “lo primero es no hacer daño”. Es necesario, por lo tanto, que todos seamos conscientes de lo que este principio implica para la práctica médica.⁹

No podemos perder de vista ni por un instante que siempre estamos ante una delgada línea que separa el bien y el mal. El médico no debe convertirse en el actor que empeore la evolución natural de la enfermedad con su intervención. Como no existe intervención médica libre de efectos adversos, incluidas las actividades preventivas, se debe evitar el inicio de intervenciones clínicas innecesarias;¹⁰ esto implica que el médico debe combinar ciencia y arte al servicio del paciente, contendiendo en todo momento con la posibilidad de iatrogenia, pero tomando siempre las decisiones que sean más útiles para el paciente.

La buena práctica médica exige autonomía, conocimientos científicos sólidos actualizados, capacidad de comunicación, flexibilidad, independencia y resolución. Esto implica poner en el centro de la práctica al paciente y su bienestar; se debe saber que la elección preferencial será hacer el bien para el paciente, evitando cualquier daño que se le pueda ocasionar, incluso de manera involuntaria.¹¹

El concepto de prevención cuaternaria

En 2003 la Organización Mundial de Médicos de Familia definió la preven-

ción cuaternaria como: "las acciones tomadas para identificar el riesgo de sobremedicalización en el paciente, para protegerlo de nuevas invasiones médicas y sugerir intervenciones aceptables éticamente",¹² sin embargo, aunque la definición impulsaba una mejor práctica médica, daba lugar a ciertas divergencias. El uso de términos como sobremedicalización, agregaba un nuevo punto de discusión al tema. En este escenario, el médico debía decidir qué sí y qué no era sobremedicalizar. En 2014, Brodersen, Schwartz y Woloshin propusieron una definición que superaba estos puntos controversiales; para ellos, la prevención cuaternaria se basa en acciones tomadas para proteger a los individuos (pacientes/personas) de intervenciones médicas que pueden causar más daño que beneficio.¹³ En esta nueva definición, la prevención cuaternaria es el centro de los ejes de enfermedad y dolencia, lo que incluye a aquellos pacientes aquejados por enfermedad pero sin dolencias físicas, como el caso de las enfermedades psicosomáticas que también están en riesgo por intervenciones médicas perjudiciales. En nuestro tiempo las personas sufren el riesgo de daño por intervencionismo médico innecesario, por lo que comprender aquellas acciones que no reportan beneficio es de crucial importancia.¹⁴

La prevención cuaternaria consiste en la identificación de personas en riesgo de medicalización excesiva y su protección contra nuevas intervenciones innecesarias, evitando daños iatrogénicos.¹⁵ Esta prevención debe propiciar la reflexión en todos los médicos, profesionales de la salud, administradores y encargados de políticas sanitarias, respecto de sus propias acciones, sus alcances éticos, así como el reconocimiento de influencias que pueden inducir a la toma

de decisiones potencialmente lesivas para el paciente.

Uno de los objetivos de la prevención cuaternaria consiste en desmedicalizar la vida diaria, ante el abuso de la definición de salud, enfermedad y factores de riesgo. Se trata de no usar lo innecesario y no abusar de lo necesario, especialmente en poblaciones de riesgo como ancianos y pacientes con enfermedades crónicas.¹⁶

El concepto de prevención cuaternaria debe ser transversal a las actividades médicas preventivas,¹⁷ es decir, necesita involucrar acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria. En prevención primaria, involucra el no abusar de las pruebas de tamizaje ni de intervenciones profilácticas que no estén bien fundamentadas. En prevención secundaria, implica el uso juicioso basado en la mejor evidencia disponible y considerando todos los factores involucrados, de los tratamientos, exámenes e intervenciones. En prevención terciaria, significa hacer uso de medidas de rehabilitación sin caer en el exceso terapéutico; durante los cuidados paliativos, implica considerar la fragilidad de la población, el pronóstico de la enfermedad y el uso mínimo de medicamentos necesarios para mantener la dignidad y calidad de vida del paciente hasta sus últimos momentos. El concepto involucra la atención continua de la persona a lo largo de su vida, ya que implica tener siempre en consideración lo mejor para el paciente en todo momento.

Daños asociados a intervenciones médicas

Aunque la medicina moderna tiene un gran potencial para aliviar malestares ocasionados por la enfermedad, la literatura médica refiere que muchos pacientes están siendo sobredosificados, sobrediagnosticados y sobretratados.¹⁸

Existen muchos aspectos que han conducido a este desalentador panorama, entre ellos: la sobrevaloración de los factores de riesgo que hace que se pase de una asociación estadística a una intervención médica sin que medie la reflexión de cada individuo en particular.¹⁹ El poder de la industria farmacéutica, que promueve sus productos, favorece una cultura de medicalización y forma alianzas con estructuras sociales poderosas, además del uso de los medios masivos de comunicación para crear en la población la necesidad de medicamentos y de atención médica, esto conlleva al uso de fármacos innecesarios.²⁰ El abuso de las pruebas de tamizaje se ha popularizado; muchas personas se someten a evaluaciones para conocer valores basándose solo en probabilidades, que a su vez contribuyen al sobrediagnóstico y exceso de intervenciones médicas.²¹ Sumado a estos escenarios, influyen también las definiciones actuales para muchas patologías que han sido motivadas, en su conceptualización, por intereses económicos y sociales, esto hace que muchos personas se clasifiquen y se traten como enfermos, basados en modelos que no se han ajustado a la realidad científica.²²

Aunque el exceso terapéutico o la obstinación por curar puede influir en la generación de resultados adversos en algunos pacientes,²³ lo que más impacta es una tendencia hacia la medicalización de la vida, la cual convierte situaciones que siempre han sido normales en cuadros patológicos para los que se exige tratamiento.²⁴ Esto ha generado consecuencias graves, como una percepción errónea de lo que es la salud y el bienestar, aumento de iatrogenias, dependencia de los sistemas de salud, abuso de la medicalización y de métodos de diagnóstico o el aumento de costos económicos en el ám-

bito de la salud sin que se refleje en la calidad de vida de las personas y el desbordamiento de los servicios de salud, por la cantidad de consultas innecesarias, pero que la misma cultura de medicación favorece.

Conclusión

La prevención cuaternaria es una forma nueva para llamar al viejo principio de la medicina “lo primero es no hacer daño”, este concepto se refiere a todas aquellas valoraciones que se deben de hacer ante cualquier tipo de intervención diagnóstica, terapéutica y preventiva. Esto tiene especial importancia en la población sana, en la cual la prevención será siempre la mejor herramienta, pero se debe siempre tener presente la prevención cuaternaria. Los tamizajes y profilaxis pueden ser más lesivos que benéficos si no se hace uso de ellos con base en criterios válidos y científicos. En los tres niveles de prevención se debe aplicar el principio de hacer uso de lo necesario. Como médicos, debemos evitar convertirnos en agentes de daño para el paciente y eso involucra necesariamente una valoración cuidadosa de cada caso, así como el uso racional de intervenciones enfocadas a mejorar la calidad de vida de las personas.

Referencias

1. Salleras L. La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. Medicina clínica. 1994;102:5-5.
2. Lifshitz A. La medicina curativa y la medicina preventiva: alcances y limitaciones. Medicina interna de México. 2014;30(1):64-72.
3. Salleras L. Educación Sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1985.
4. Leavell HR, Clark EG. Preventive Medicine for the doctor in his Community. Nueva York, Mc Graw Hill, 1958.
5. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina interna. 2011;33(1):7-11.
6. Malpica DP. Epidemiología básica. Primera reimpresión de primera edición. Carabobo, Dirección de medios y publicaciones de la universidad de Carabobo, 2013.
7. Gil GP. Medicina preventiva y salud pública. 11a ed. Madrid, Elsevier Masson, 2015.
8. Jamoulle M. Information et informatisation en médecine générale. Inf.-G-Iciens. Namur (Belgium): Presses Universitaires de Namur; 1986: 193-209
9. Camacho JG, Moral EG, Gracia LJ. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. AMF. 2012;8(6):312-7.
10. Pérez Fernández M, Gérvás J. Cascade effect: clinical, epidemiological and ethical implications. Medicina clínica. 2002;118(2):65-67.
11. Gérvás J, Fernández MP. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. Gaceta Sanitaria. 2006;20:66-71.
12. Bentzen N. Wonca Dictionary of General/FamilyPractice. Copenhagen: Manedsskrift for Praktisk Lægergerning, 2003.
13. Brodersen J, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness. Apmis. 2014;122(8):683-689.
14. Martins C, Godycki Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. Eur J Gen Pract. 2018;24(1):106-111.
15. Tesser CD. Why is quaternary prevention important in prevention? Rev Saude Publica. 2017;51:116.
16. De Vito EL. Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. Medicina (B. Aires). 2013;187-190.
17. Kopitowski KS. Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. Rev. Hosp. Ital. B. Aires. 2013;33(3):90-95.
18. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. BMJ. 2012;344:e3502.
19. Miguel F. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. Aten Primaria.1998;22(585):95.
20. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering Commentary: Medicalisation of risk factors. BMJ. 2002;324(7342): 886-891.
21. Woolf SH, Harris R. The harms of screening: new attention to an old concern. JAMA. 2012;307(6):565-566.
22. Moynihan R. A new deal on disease definition. BMJ. 2011;342:d2548.
23. Gherardi C. Encarnizamiento terapéutico y muerte digna. Mitos y realidades. Medicina (Buenos Aires). 1998; 58,755-762.
24. Orueta Sánchez R, Santos Rodríguez C, González Hidalgo E, Fagundo Becerra EM, Alejandre Lázaro G, Carmona de la Morena J, et al. Medicalización de la vida (II). Revista Clínica de Medicina de Familia. 2011;4(3):211-218.