

CURSO TRANSEVENTO: PREVENCIÓN CUATERNARIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

TEMA 2: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN CUATERNARIA EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Prof. Leidys Proenza Fernández. Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina General Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria. Investigador Agregado.

Objetivo: describir las medidas y actividades de prevención cuaternaria como estrategias de prevención en la APS.

Contenidos: medidas y acciones de prevención cuaternaria.

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. 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.

Ante esta problemática se hace necesario la aplicación de acciones encaminadas a la prevención. Con estas acciones se identifican los pacientes o poblaciones de riesgo de sobremedicalización, se protegen de las intervenciones médicas invasivas, y se les propone procedimientos de cuidados éticos y medicamente aceptables.

DESARROLLO:

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN CUATERNARIA EN LA APS.

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.

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.

Se debe considerar que la prevención primaria no es inocua y su lugar de aplicación no es la consulta sanitaria individual, sino que tiene un enfoque comunitario y social.

Siempre será menos dañino para el paciente considerar sus síntomas en el contexto de su historia personal, familiar, social, académica y laboral, dándoles un sentido psicosocial y no exclusivamente biológico. En los tratamientos, habría que contar con el paciente, hacerle partícipe de la elección, y no olvidar que la alianza terapéutica es el factor más importante asociado a un buen pronóstico clínico.

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).

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; esto implica que el médico debe combinar ciencia y arte al servicio del paciente, conteniendo en todo momento con la posibilidad de iatrogenia, pero tomando siempre las decisiones que sean más útiles para el paciente.

Surge la necesidad de llevar a cabo actividades de prevención cuaternaria de una forma mucho más activa y consciente.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN CUATERNARIA.

➤ Menos es más: creencia de que más estudios diagnósticos, más visitas al médico, más servicios sanitarios equivalen a más salud. El exceso de toda actividad sanitaria puede acarrear daños.

➤ Medicina centrada en la persona

- 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.
- Reconocer la normalidad: informar con veracidad, psicoeducar y recomendar medidas de autocuidado siempre que sea posible.
- Informar sobre la naturaleza del problema.
- Reconocer y compartir la incertidumbre.

➤ Principios de prescripción conservadora/desprescripción:

I. 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.

II. Practicar prescripciones más estratégicas.

- Mantener una alta vigilancia en relación con los efectos adversos.
- Ser prudentes acerca de usos no probados de medicamentos.
- Trabajar con los pacientes para una agenda compartida.
- 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.

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN CUATERNARIA.

- No confundir factor de riesgo con enfermedad.
- Evitar chequeos o pruebas complementarias innecesarias.
- Evitar el intervencionismo tecnológico en la sanidad.
- Evitar el tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia en prevención primaria.
- Evitar el tratamiento hormonal sustitutivo durante la menopausia.
- Evitar el uso de antibióticos indiscriminadamente (muchas veces innecesario, con el consiguiente aumento no justificado de las resistencias bacterianas).
- Evitar el diagnóstico genético innecesario (por ejemplo: la promoción del cribado de la hemocromatosis, de dudoso valor científico, pero indudable efecto en la medicalización de la sociedad).
- Evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
- Elaborar protocolos diagnóstico-terapéuticos validados que se muestren eficaces en la prevención de la lesión renal en la minoría de los pacientes con ectasia piélica “complicada”, y eviten los excesos de intervención en la mayoría de los pacientes con ectasia piélica “simple”.

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

Las reglas intuitivas constituyen estrategias semiautomáticas que ayudan en el torbellino del trabajo clínico diario. Estas permiten responder con certeza, fundamento y rapidez a la incertidumbre.

- Toda intervención sanitaria conlleva beneficios y daños. Solo algunas ofrecen más beneficios que daños.
- La prevención es mejor que la curación cuando la intervención preventiva hace menos daño que la intervención curativa.
- Hace menos daño un “no” razonable que un “sí” complaciente. La ética de la negativa permite rechazar peticiones injustificadas de pacientes y gestores.
- 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.
- 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:

Se describieron las actividades con que debemos contar a fin de limitar y paliar los daños potenciales del sistema sanitario y el uso de estrategias prácticas conscientes de prevención cuaternaria y otras semiautomáticas o intuitivas, en el torbellino del trabajo clínico diario.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Suarez Cuba MA. Prevención cuaternaria en medicina familiar/general. Rev Med La Paz, 19(2); Julio - Diciembre 2013.
2. Lovo J. Prevención cuaternaria: hacia un nuevo paradigma. Aten Fam. 2020;27(4):212-215. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2020/af204h.pdf>
3. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamouille M. Prevención cuaternaria, actividad del médico general. [Quartäre Prävention, eine Aufgabe für Hausärzte]. Primary Care. 2010;10:350-4. Disponible en: <http://www.equipoceca.org/wp-content/uploads/2010/11/quaternart-prev-espanol-2010-final.pdf>
4. Gervas Camacho J, Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. AMF. 2012; 8(6):312-7. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/236236266_Prevencion_cuaternaria_Es_posible_y_deseable_una_asistencia_sanitaria_menos_danina
5. Karin Silvana Kopitowski. Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2013; 33(3): 90-95. Disponible en: https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/8937.pdf

6. Barcos Pina I, Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G. Prevención cuaternaria: de la medicina clínica a la medicina social. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2019 Dic [citado 2021 Dic 10]; 45(4): e1506. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662019000400012&lng=es. Epub 16-Mar-2020
7. Almenas M, Cordero E, Andrés C, Muñoz E, Rojas ML, Salvatierra E, et al. Prevención cuaternaria: como hacer, como enseñar. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(Supl 1):69-83. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1853](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1853)
8. Pizzanelli M, Jamouille M. Separata del apartado “Introducción a la Prevención cuaternaria”. Inédito. Separata del apartado “Introducción” del Capítulo sobre Prevención Cuaternaria del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina, UdelaR. Disponible en: <http://redi.anii.org.uy/jspui/handle/20.500.12381/228>