



EL DÍA A DÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿QUÉ HARÍA USTED ANTE UN PACIENTE...?

## El enigma de la prevención cuaternaria en atención primaria. Cuándo hacer y cuándo no hacer (a propósito de 2 casos)

J.M. Cucalón\* y M. Guiu

Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Hijar, Servicio Aragonés de Salud, Teruel, España

Recibido el 6 de febrero de 2012; aceptado el 18 de junio de 2012

Disponible en Internet el 3 de septiembre de 2012

### PALABRAS CLAVE

Prevención  
cuaternaria;  
Atención Primaria;  
Casos clínicos

**Resumen** La prevención cuaternaria ha sido definida comúnmente con el «primun non nocere» de los textos clásicos por muchos autores. El día a día de nuestras consultas en Atención Primaria están llenas de pacientes en las que nos preguntamos si el beneficio que pretendemos obtener con nuestra intervención superará el perjuicio que le ocasionamos al intervenir. Los pacientes pluripatológicos, polimedicados y complejos son frecuentes en nuestras consultas y cada vez se hace más complicado mover la balanza de nuestras actuaciones, diagnósticas o terapéuticas, hacia el lado del beneficio. A través de 2 casos clínicos frecuentes movemos a la reflexión de este problema. La prevención cuaternaria también debe estar presente en nuestra actividad diaria.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Quaternary  
prevention;  
Primary Care;  
Clinical cases

**The enigma of quaternary prevention in Primary Care. When and when not to do it (presentation of two cases)**

**Abstract** Quaternary prevention has been commonly defined with the "primum non nocere" of classical texts by many authors. The daily life of our primary care consultations are full of patients in which we wondered if we try to obtain the benefit of our intervention will exceed the damage we cause him to intervene. Patients with multiple comorbidities, polypharmacy and complex are common in our consultations and it is becoming more difficult to move the balance of our actions, diagnostic or therapeutic benefit to the side. Through 2 cases often move to the reflection of this problem. Quaternary prevention must also be present in our daily activities.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jcucalona@semg.es](mailto:jcucalona@semg.es) (J.M. Cucalón).

Siguiendo a Salleras<sup>1</sup> cuando afirmaba en 1994 que tradicionalmente la medicina ha sido definida como el arte y la ciencia de prevenir y curar enfermedades y que la prevención incluiría el conjunto de actuaciones y consejos médicos dirigidos específicamente a la prevención de la

enfermedad, se nos antojan hoy en día conceptos algo olvidados por mor de la incesante actuación médica, en parte (y mucha) debido a la exigencia de la población acostumbrada a la intervención sea cual sea esta, preventiva (cribado, análisis, pruebas genéticas, etc.) o curativa (medicina intervencionista) o por mor de la inconsciencia de los profesionales educados/formados en la intervención ante todo y a ser posible con los métodos y técnicas más sofisticados, olvidando que la mejor medicina es la que reza el famoso *Primum non nocere* adjudicado a Hipócrates. Tal vez debamos pararnos a pensar que lo primero que hay que hacer ante un paciente y su cortejo sintomático es analizar, tras un correcto diagnóstico de la situación del paciente, si es necesario actuar o no y, si lo es, si esta actuación es más beneficiosa o perjudicial que los riesgos o daños que la enfermedad en sí comporta<sup>2-4</sup>.

En el mundo tecnificado que nos ha tocado vivir, en donde la tecnología y los avances en diagnóstico y tratamiento médicos han hecho que la población se convierta en «dependiente» del sistema sanitario, nos ha llevado a tener que considerar que nuestras actuaciones tienen un precio<sup>5,6</sup> y que este hay que pagarla tarde o temprano. Joseph Califano afirmaba aquello de «Usted puede hacer más por su propia salud que cualquier tecnología médica, cualquier hospital y cualquier médico» en clara referencia al autocuidado como base de la prevención de la enfermedad.

Dentro de los distintos niveles de prevención hablamos de *prevención primaria*, definida por la *Canadian Task Force on periodic Health Examination* (1979)<sup>7</sup> como cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión, cuando intervenimos antes de que la enfermedad aparezca (disminuye la incidencia de enfermedad), si bien en nuestro medio ya plantea dudas este concepto aplicado, por ejemplo, en la enfermedad cardiovascular, pues hablamos de prevención primaria de la cardiopatía isquémica cuando no se ha producido un episodio clínico aun a sabiendas de que la placa de ateroma, ateromatosis, vasculopatía o enfermedad endotelial ya se ha producido, lo que reafirma el debate sobre los límites de las diferentes prevenciones (diferencia semántica). Hablamos de *prevención secundaria* cuando la enfermedad ya se ha establecido y pretendemos acortar su evolución mediante el tratamiento oportuno precoz mejorando el pronóstico de la enfermedad (reducimos prevalencia de enfermedad). *Prevención terciaria* es cuando las lesiones o complicaciones de la enfermedad ya se han instaurado y pretendemos disminuir o retrasar las invalideces o incapacidades que esta originó (pretende rehabilitar al paciente). La *prevención cuaternaria* aparece cuando evitamos los daños que la intervención médica que se pretende aplicar tiene (en sentido estricto el *primum non nocere*). Es decir, nos planteamos la seguridad del paciente frente a los riesgos de nuestras actuaciones profesionales. Debemos evitar, siguiendo a Gervás y otros autores<sup>8-10</sup>, los daños producidos por las actividades, necesarias o innecesarias, de nuestra intervención.

En atención primaria se maneja fundamentalmente la enfermedad crónica. Pacientes con pluripatologías y polifarmacia que hacen muy complejo y complicado su adecuado manejo profesional. Son personas de edad avanzada en las

que asientan enfermedades nuevas sobre otras muchas no solucionadas o crónicas a las que agravan o complican. Son varias las especialidades que tratan «sus enfermedades» sin una clara referencia del contexto holístico de la persona y sin unos criterios de esperanza de vida en calidad más que razonables. Es en este contexto cuando la prevención cuaternaria debería tener toda su fuerza y vigencia.

La atención primaria se debe considerar, sin duda alguna, como el nivel en donde esta prevención alcanza su máximo significado y su máxima extensión en su aplicación<sup>11,12</sup>.

Presentamos 2 casos clínicos en donde, tras las oportunas intervenciones médicas, sin lugar a dudas razonables y pertinentes médicaamente, se expone al paciente a la aparición de complicaciones que merman su calidad de vida y nos hacen plantearnos si mereció la pena tratar o no la enfermedad que presentaba el paciente.

En el primer caso, el tratamiento de una enfermedad crónica como es la osteoporosis en una mujer de alto riesgo de fractura lleva a presentar un efecto secundario que condiciona su calidad de vida para el futuro.

En el segundo caso, el efecto secundario provocado por un bloqueo hormonal androgénico por cáncer de próstata en un octogenario diabético y con vasculopatía lo convierte en una persona con muy mala calidad de vida.

Ambos ejemplos nos deben hacer pensar si fue necesaria esa actuación médica y las consecuencias de haberla tomado. No pretendemos hacer leña ni daño a los profesionales que tomaron las decisiones, insisto, plenamente justificadas médicaamente, sino poner en reflexión la necesidad de establecer ciertas intervenciones en ciertos momentos asumiendo los riesgos que comportan para la calidad de vida de nuestros pacientes.

## Caso 1

Se trata de una paciente de 85 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA), osteoporosis y fibrosis pulmonar idiopática, que recibe tratamiento con ramipril, dilutol, omeprazol, calcio, vitamina D y ácido alendrónico, que se suspendió en junio de 2011 al llevar más de 6 años de tratamiento con ese fármaco, siendo el balance riesgo/beneficio negativo tras sobrepassar los 5 años de tratamiento con el demostrado riesgo de fracturas atípicas de fémur. Tras realizar una densitometría ósea (DEXA) de control al finalizar el tratamiento se confirmó una osteoporosis severa y desde reumatología se decidió seguir tratando la enfermedad con bazedoxifeno, además de calcio y vitamina D, que ya tomaba la paciente. En octubre, en un estudio preoperatorio por colecistitis se detecta una ACxFA en el electrocardiograma (ECG) completamente asintomática para la paciente (previamente durante el seguimiento de su fibrosis pulmonar tenía realizados varios ECG y una ecocardiografía absolutamente normales). Tras detectar la arritmia se suspende la administración de bazedoxifeno, se inicia tratamiento de la misma con terapia habitual (ácido acetilsalicílico + diltiazem), se solicita nueva ecocardiografía que descarta enfermedad estructural y se realiza la pertinente comunicación a farmacovigilancia. Dada la persistencia de la arritmia, una vez realizada la intervención quirúrgica

descrita se inicia tratamiento con acenocumarol. La calidad de vida de esta paciente se ve mermada desde que está con anticoagulación oral.

En la ficha técnica del producto aparece claramente el riesgo de tromboembolia venosa pero no de ACxFA. En el apartado de plan de riesgos de la Agencia Europea del Medicamento figura entre los efectos en seguimiento el riesgo importante de fibrilación auricular (riesgo potencial importante).

En este caso deberíamos habernos planteado si merecía la pena proponer un nuevo tratamiento para combatir la osteoporosis ya tratada de esta mujer o si por el contrario deberíamos haber optado por una actuación más leve y segura, en definitiva, hacer prevención cuaternaria.

## Caso 2

Varón de 84 años de edad, diabético dependiente de insulina, con vasculopatía periférica y neuropatía periférica diabética, con aceptable calidad de vida, en el que tras valoración de su nicturia y hematuria se advierte un carcinoma prostático metastásico. Se decide plantear un bloqueo hormonal androgénico con bicalutamida/ciproterona. Tras el tratamiento aparecen crisis de diaforesis incorregibles y molestas que hacen que el paciente no pueda salir de su domicilio. Presenta de 5 a 10 crisis diarias de unos 3-5 min de duración y en cantidad como para empapar la ropa (camisa, etc.) que le obligan a cambiarse continuamente. Su calidad de vida ha descendido considerablemente. A veces utiliza la frase de «ojalá me muriera» tan típica del paciente cansado de su situación.

Como se aprecia la duda de si fue necesario imponer los tratamientos ofrecidos frente a una actitud más conservadora, seguro que con peores resultados clínicos, pero con mejor calidad de vida, nos obliga a reflexionar sobre las consecuencias de nuestras actuaciones y los daños «colaterales» que llevan aparejadas nuestras decisiones.

¿Mejoramos la supervivencia de nuestros enfermos, cuánto y a qué coste? ¿A partir de qué edad o esperanza de vida del paciente adoptamos unas medidas u otras? ¿Incurrimos en mala praxis si decidimos optar por medidas más cautelosas frente a las propuestas en las guías de práctica clínica? ¿Cómo medir los posibles riesgos frente a los beneficios de las medidas a adoptar en nuestro medio y con nuestros pacientes? Son cuestiones que no tienen respuesta firme en los manuales médicos. Son decisiones que debemos tomar nosotros, con nuestro paciente y en nuestro medio, caracterizado por la incertidumbre. Es fácil ver las consecuencias cuando estas ya se han producido, pero ¿cómo minimizarlas? Mientras tanto seguimos tomando decisiones en pro de nuestros pacientes aplicando criterios bioéticos de no maleficencia y de benevolencia. Y sigue siendo tan válido y actual el *primum non nocere* como antaño.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Salleras L. La Medicina Clínica Preventiva. El futuro de la prevención. *Med Clin (Barc)*. 1994;102 Suppl. 1:5-12.
2. Prevención Cuaternaria. Wikipedia. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Prevencion\\_cuaternaria](http://es.wikipedia.org/wiki/Prevencion_cuaternaria)
3. Gervás J. Prevención cuaternaria: teoría y práctica en la consulta, la enseñanza y la política sanitaria, y su relación con la equidad y el coste. Barcelona, octubre 2011. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/organizacion-de-servicios/prevencion-cuaternaria-teoria-y-practica-en-la-consulta-la-ensenanza-y-la-politica-sanitaria-y-su-relacion-con-la-equidad-y-el-coste/>
4. Gervás J, Grupo CESCA. Prevención cuaternaria para principiantes. Breve recetario para un sano escepticismo sanitario. Madrid, noviembre 2011. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2011/11/QP-principiantes.pdf>
5. Seminario de Innovación en Atención Primaria. Barcelona Octubre 2011. Gervás J. Políticas sanitarias y prevención cuaternaria (Health policy and quaternary prevention). Disponible resumen de la ponencia en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2011/10/QP-Seminar-02Oct-Barc-Spanish-Health-Policy-JGervas.pdf> [consultado Ago 2012].
6. Seminario de Innovación en Atención Primaria. Barcelona Octubre 2011. González López-Valcárcel B. Prevención cuaternaria y coste (Quaternary prevention and cost). Disponible en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2011/10/QP-Seminar-02-Oct-Barc-costes-2-Spanish-Bea-Valcarcel-2.pdf> [consultado Ago 2012].
7. Organización Panamericana de la Salud. Prevención Clínica: Guía para médicos. Washington DC 1998 (324 p.). Basado en: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Can Med Assoc J*. 1979;121:1193-254.
8. Revista OMC informa. Junio 2004. Sección: En tu ejercicio diario no te olvides de... La Prevención Cuaternaria. J. Gervás. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2011/02/2004-06-la-revencioncuaternaria.pdf> [consultado Ago 2012].
9. Seminario de Innovación en Atención Primaria. Barcelona Octubre 2011. Gusso G. (Universidad de São Paulo-Brasil). Ensino da prevenção quaternária (Quaternary prevention education). Disponible en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2011/10/QP-Seminar-02-Oct-Barc-Port-Education-2-G-Gusso.pdf> [consultado Ago 2012].
10. Ponencia del Dr. J. Gervás en la escuela de Medicina de Windhoek (Namibia) el 15 de marzo de 2012. Quaternary prevention: a summary. Descargar texto en inglés en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2012/06/Quaternary-prevention-a-summary.pdf> [consultado Ago 2012].
11. Seminario de Innovación en Atención Primaria. Barcelona Octubre 2011. Ponencia de M. Jamoulle (médico de familia. Bélgica). Médico de familia, desviaciones y límites (Médecine de famille, dérives et limites). Disponible en: <http://docpatient.net/mj/QP-Seminar-2011-Spanish-MJamoulle.pdf> [consultado Ago 2012].
12. Seminario Innovación en Atención Primaria. Barcelona Octubre 2011. Prevención cuaternaria y equidad (Quaternary prevention and equity). Ponencia de V. Ortún (Decano de la Facultad de Económicas y Empresariales de la Universidad Pompeu Fabra. Barcelona). Disponible en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2011/10/QP-Seminar-02Oct-BarcSpanish-Equity-VOrtun.pdf> [consultado Ago 2012].