

## DEFINITIVAMENTE, ¿QUIÉN SABE LO QUE ES LA PREVENCIÓN CUATERNARIA?

Dr. Alberto Ibáñez Navarro / Dr. José Ramón Cantín Vázquez / Dr. Moulay Houcine Babouzi Saleh / Dr. Ricardo Rivero Villarrubia

Médicos de Atención Primaria y Comunitaria. Centro de Salud de Alcañiz.

### RESUMEN

Llamamos prevención cuaternaria al conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica: obviando actividades innecesarias, limitando el impacto perjudicial de nuestra actuación y reparando la salud deteriorada como consecuencia de una actividad médica.

Los objetivos fueron determinar los conocimientos y despertar la concienciación de los profesionales sanitarios hacia la prevención cuaternaria así como el difundir algunas recomendaciones sobre la práctica diaria.

Se realizó un estudio transversal descriptivo a través del envío de un cuestionario por correo interno a todos médicos de Atención Primaria del Sector, recogiendo datos personales (edad, sexo, tiempo trabajado y carga asistencial), 5 preguntas sobre concienciación y 10 preguntas sobre práctica clínica. Se distribuyeron en función de la edad, de la experiencia y de la carga laboral.

Logramos un 89% de participación, con una edad media de 44.6 años, una experiencia media de 17.3 años y un cupo medio de 30.9 pacientes/día.  $\frac{2}{3}$  partes no tenían claro su existencia y más de 70% lo infravaloraban. Obtuvimos una relación significativa inversamente proporcional según edad, experiencia y carga laboral y una incidencia significativamente mayor en el apoyo con pruebas complementarias en los más experimentados y/o con mayor carga laboral.

En conclusión, la prevención cuaternaria está infravalorada principalmente por desconocimiento; y a pesar de que se practica una medicina eficaz basada en guías y protocolos generalizados, debemos promover el reciclado de conocimientos cada cierto tiempo independientemente de nuestra edad, experiencia o carga laboral.

### PALABRAS CLAVE

atención primaria, experiencia profesional, prevención cuaternaria

### “DEFINITELY, WHO KNOWS WHAT QUATERNARY PREVENTION IS?”

#### ABSTRACT

We call quaternary prevention the group of activities that try to avoid, reduce and mitigate the damage caused by medical intervention: avoiding unnecessary activities, limiting the harmful impact of our actions and repairing the deteriorated health as a result of a medical activity.

The objectives were to determine the knowledge and raise the awareness of health professionals towards quaternary prevention as well as to disseminate some recommendations on daily practice.

A descriptive cross-sectional study was carried out by sending a questionnaire by internal mail to all Primary Care physicians of the Sector, collecting personal data (age, sex, years worked and workload), 5 questions about awareness and 10 questions about clinical practice. They were distributed according to age, experience and workload.

We got an 89% participation with an average age of 44.6 years, an average experience of 17.3 years and an average of 30.9 patients/day.  $\frac{2}{3}$  parts weren't clear about its existence and more than 70% underestimated it. We obtained a significant inversely proportional relationship according to age, experience and workload and a significantly greater incidence in support with complementary tests in the most experienced and / or with greater workload.

In conclusion, quaternary prevention is undervalued mainly due to ignorance; and despite the fact that an effective medicine is practiced based on generalized guidelines and protocols, we should promote the recycling of knowledge frequently, regardless of our age, experience or workload.

#### KEYWORDS

Primary care, professional experience, quaternary prevention

## INTRODUCCIÓN

La primera causa de patología que hay que descartar cuando un paciente llega a la consulta aquejando un síntoma cualquiera es si éste es secundario a la medicación que toma<sup>1</sup>. Puesto que no hay intervención sanitaria sin riesgo, conviene ser prudentes y utilizar la evidencia científica para evitar las cascadas diagnósticas y terapéuticas innecesarias. Es por ello imprescindible que, en una sociedad cada vez más envejecida y polimedica y que exige cada vez más y más soluciones farmacológicas a sus problemas, hacer una reflexión sobre el asunto<sup>2,3</sup>. Es complicado mantenerse firmes frente a la presión técnica y social que genera obligaciones sistemáticas no individualizadas médicas de dudoso valor, con las expectativas de lograr un “envejecimiento perfecto”.

Llamamos prevención cuaternaria al conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica. Principalmente, 1) se evita el daño obviando actividades innecesarias<sup>4,5</sup>, 2) se reduce el daño limitando el impacto perjudicial de alguna actuación<sup>6</sup> y 3) se palia el daño reparando la salud deteriorada como consecuencia de una actividad médica<sup>7</sup>. La prevención cuaternaria corresponde tanto a la atención primaria como hospitalaria<sup>8,9</sup>, pero es desde Atención Primaria donde más actos se realizan y con ello más capacidad de evitar daños.

Estos chequeos indiscriminados de “población sana” consumen recursos, dinero y tiempo, que podrían derivarse a otros usos más racionales<sup>10</sup>. Es difícil trazar una línea equilibrada entre lo beneficioso y lo perjudicial.

Los “excesos” de la práctica médica, abordan los cuatro pilares de la medicina moderna<sup>7</sup>: 1) la prevención, solo justificada si evitamos un daño futuro; 2) las pruebas complementarias, que desembocan en cascadas de pruebas cada vez más agresivas con efectos negativos acumulativos a largo plazo; 3) la farmacoterapia, sobretudo en ancianos llevando a la polifarmacia y al aumento de los efectos secundarios; y 4) la rehabilitación, perpetuando la sensación de enfermedad y de terapias no resolutivas interminables.

Y como médico, ¿Cómo sé si lo estoy haciendo bien? Se ha desarrollado recomendaciones y recursos desde diferentes ramas médicas para identificar estas pruebas y tratamientos de

uso generalizado pero sin evidencia científica, destinados a favorecer la práctica de una medicina más individualizada, eficaz y costo-eficiente. Para ello, nosotros hemos utilizado las de “Choosing Wisely Canadá”<sup>11</sup>, un proyecto desarrollado por un equipo de líderes médicos canadienses inspirados en la iniciativa americana “Choosing Wisely” (Elegir con Prudencia) que se puso en marcha en 2011 por la Alianza Nacional de Médicos (National Physicians Alliance). Éstos han conseguido, gracias a la implicación de hasta 60 sociedades científicas, más de 200 recomendaciones clínicas clave y disponen de numerosos documentos de información para pacientes.

Sus esfuerzos han superado las fronteras, extendiéndose a más de 15 países como Australia, Brasil, Alemania, Italia, Japón, Países Bajos, Suiza y otros lugares. Es la iniciativa canadiense quien dirige el esfuerzo internacional.

Los objetivos del estudio fueron determinar los conocimientos sobre prevención cuaternaria de los médicos de atención primaria de nuestro sector, así como despertar concienciación sobre el tema.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal descriptivo a través del envío de un cuestionario por correo interno a todos los médicos de Atención Primaria del Sector de Alcañiz (Teruel), incluyendo a los residentes de Familia de la Unidad Docente de Alcañiz. Se realizaron un total de tres recordatorios con un intervalo de diez días entre cada uno. El periodo límite de recogida de datos fue de dos meses.

Éste cuestionario se desarrolló en consenso entre los investigadores implicados, basado en las guías y recomendaciones de “Choosing Wisely Canadá”<sup>11</sup> y que recogía datos personales de los participantes (edad, sexo, años trabajados y carga asistencial); cinco cuestiones de respuesta múltiple sobre concienciación y diez cuestiones “acuerdo/desacuerdo” sobre práctica clínica cuyas respuestas más acertadas (según bibliografía y guías de práctica clínica) eran siempre desacuerdo [Tabla 1].

Se obtuvieron tablas de frecuencias; y se organizaron los datos en función de la edad (25 a 35 años, 36 a 46 años y 47 a 58 años); experiencia

A) Variables demográficas y laborales

Edad (años), sexo (varón/mujer), años trabajados, número pacientes/día

B) Concienciación sobre la prevención cuaternaria

1) ¿Había oído antes y comprendía el concepto de prevención cuaternaria? a) Sí, claramente. b) Me suena el concepto. c) Soy sincero/a, no lo conocía.

2) ¿Cómo estimaría el riesgo de realizar un sobre-diagnóstico o un sobre-tratamiento en las consultas de primaria actualmente? a) 0-15% b) 15-40% c) 40-60% d) >60%

3) ¿Le parece importante la prevención cuaternaria? a) Es más importante la prevención primaria y secundaria. b) Tiene su importancia, pero no tiene cabida en la medicina actual. c) Es muy importante.

4) ¿Cree que es importante mantenerse firme y seguir las recomendaciones/ guías de la práctica clínica? a) Las guías no son ley divina, así que por si acaso... el sobretratamiento es razonable. b) Dada la presión y las visitas repetidas, algo habré hecho mal, el sobretratamiento está justificado. c) Tengo dudas, pero mi experiencia y conocimiento son firmes, el sobretratamiento no es razonable. d) Las guías/recomendaciones son elaboradas por comité de expertos, el sobretratamiento no está justificado.

5) ¿Cuál considera que es la principal barrera asociada a poner en práctica la prevención cuaternaria? a) Desamparo legal. b) expectativas del paciente. c) consecuencias en la relación médico-paciente. d) falta de conocimiento.

C) Recomendaciones / guías de práctica clínica

1) Pedir radiografía de rutina a una lumbalgia de menos de seis semanas

2) Utilizar antibiótico-terapia en infecciones respiratorias alta de menos de siete días sin signos de alarma.

3) Pedir R.X. de tórax y E.C.G. de cribado para pacientes de bajo riesgo o asintomáticos

4) Solicitar citología vaginal a mujeres menores de 21 años o mayores de 65 años.

5) Pedir mamografías de cribado para mujeres entre 40 y 49 años.

6) Realizar exploraciones físicas completas anuales, a partir de cierta edad, independientes del perfil de riesgo del paciente.

7) Realizar pruebas de cribado general anuales (RX, analíticas, etc.), a partir de cierta edad, independientes del perfil de riesgo del paciente.

8) Solicitar densitometrías óseas para detección de osteoporosis a mujeres menores de 65 años u hombres menores de 70 años.

9) Promocionar el auto-control de glucemia en pacientes diabéticos no insulinizados.

10) Solicitar cribado de patología tiroidea en pacientes asintomáticos

Tabla 1: Cuestionario

(mayor y menor a los 15 años trabajados) y carga laboral (cupos mayores o menores de 30pacientes/día). Los resultados fueron interpretados mediante los test Chi-cuadrado.

## RESULTADOS

Se obtuvo una participación del 89% (91 profesionales) sobre 103 profesionales a los que invitamos a participar.

En cuanto a las características de éstos, el 58% (53) eran varones, de edad media 44.6 +/- DS 11.9 años; experiencia laboral de 17.3 +/- DS 12años; y cupos de 30.9+/- DS 10.5pacientes/día. Las respuestas sobre concienciación y práctica clínica se exponen en las Fig.1 y 2.

En cuanto a los grupos distribuidos en función de edad, experiencia y cupo, se analizaron los datos mediante test Chi-Cuadrado en el programa SPSS obteniendo los siguientes resultados

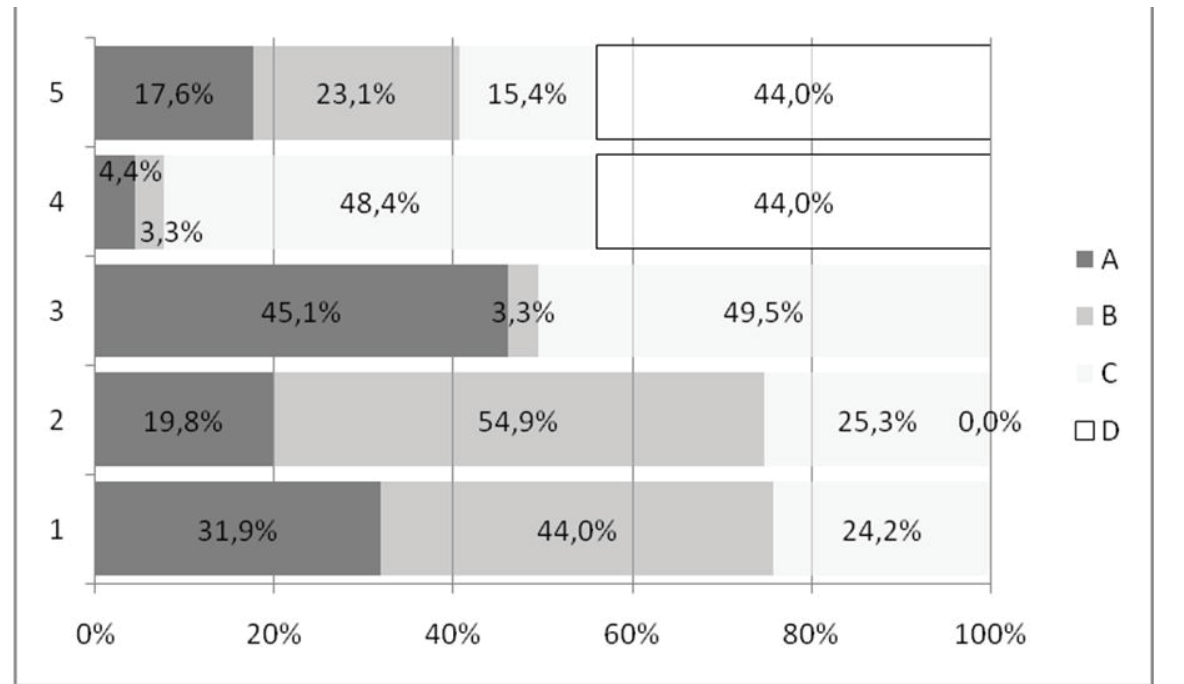


Fig. 1. Respuestas del apartado de Concienciación sobre prevención cuaternaria.

Se enfrenta el número de pregunta de concienciación con los porcentajes de frecuencia de las respuestas múltiples expuestas en la Tabla I. Las respuestas se expresan mediante una barra dividida verticalmente en 3 o 4 partes de diferentes colores ordenados de izquierda a derecha.

significativos:

1) En la pregunta 2 sobre concienciación (estimar el porcentaje de riesgo de sobrediagnóstico/sobretreatmento), el 35,9% de los mayores de 47 años infraestimaron significativamente el riesgo en menos del 15% ( $p=0.013$ ) frente a un 8,3% (en los de 36-46 años) y un 7,1% (en menores de 35 años). Igualmente, un 34,9% con experiencia superior a 15 años volvieron a infraestimarla significativamente en menor del 15% ( $p=0.002$ ) frente a un 6,3% con experiencia menor a 15 años; y un 20% con cupos mayores de 30pacientes/día la infraestimó significativamente ( $p=0.006$ ) frente a un 31% de profesionales con cupos menores de 30 pacientes/día.

2) En la pregunta 5 sobre concienciación (barreras frente a la práctica de la prevención cuaternaria), el 75% del grupo de 36-46 años consideró la ignorancia como principal barrera, respuesta significativamente superior ( $p=0.027$ ) comparada con los mayores de 47 años (36,9%) y a los menores de 35años (28,6%). En los cupos menores de 30pacientes/día la ignorancia (31%), el desamparo legal (34,5%) y las expectativas del paciente (31%) destacaron significativamente ( $p=0,006$ ) frente a un 53,3%, 8,9% y un 20% respectivamente en cupos mayores de 30 pacientes/día.

3) En la pregunta 1 de práctica clínica (promover la solicitud de radiografías en lumbalgia aguda), el 71,4% de los menores de 35años respondieron que no deberían solicitarse sistemáticamente ( $p=0.026$ ), frente al 87,5% (en 36-46años) y al 94,9% (en mayores de 47 años). Y el 77,1% en aquellos con una experiencia menor de 15años no la realizarían sistemáticamente ( $p=0.029$ ) frente al 53% de aquellos con una experiencia mayor a 15años.

4) En la pregunta 2 de práctica clínica (utilización de antibióticos en infecciones respiratorias altas), el 86,7% de aquellos con cupos mayores 30 pacientes/día no los promoverían, diferencia significativamente ( $p=0.012$ ) frente al 100% en facultativos con cupos menores de 30pacientes/día que no los indicarían.

5) En la pregunta 6 de práctica clínica (inicio precoz del cribado de cáncer de mama mediante la mamografía), el 29,4% del grupo de 36-46años no la recomendaron ( $p=0.026$ ), frente a un 53,6% (en menores de 35años) y 64,1% (en mayores de 47 años).

Otras cuestiones no obtuvieron resultados significativamente relevantes en las comparacio-

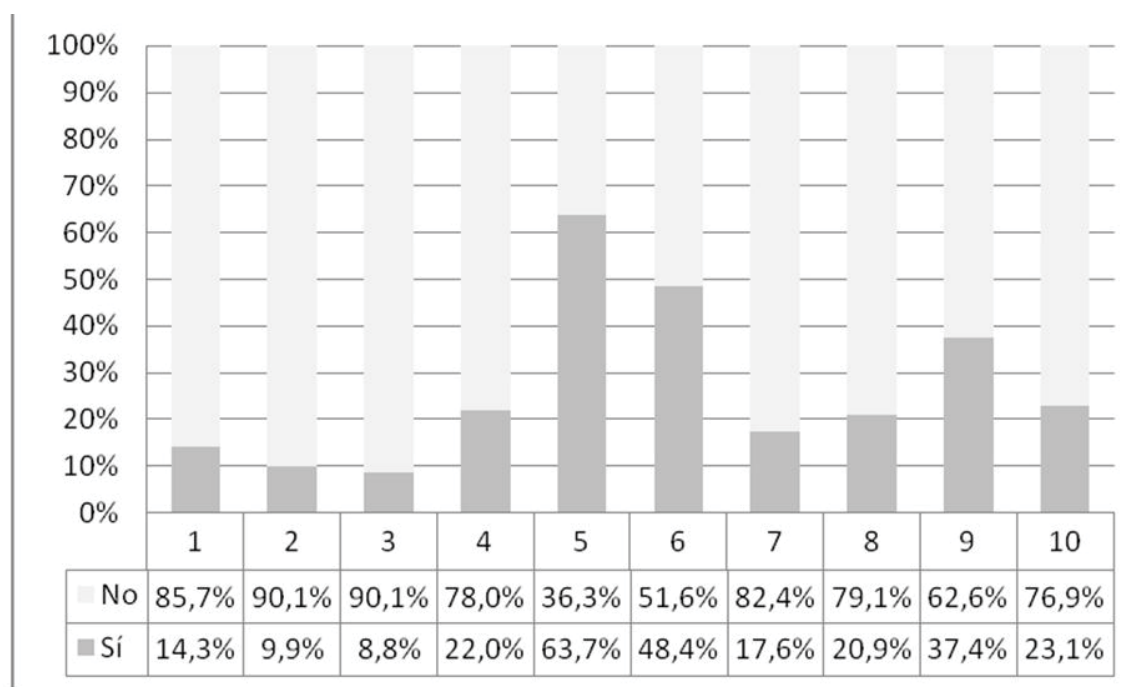


Fig. 2. Respuestas del apartado de recomendaciones/guías de práctica clínica.

Se enfrenta el número de pregunta de la práctica clínica con el porcentaje de frecuencia de respuesta sí (acuerdo) y no (desacuerdo).

nes entre los diferentes grupos, como son: en el apartado de concienciación, el conocimiento de la prevención cuaternaria (sí-31,9%, relativamente-44%, no-24,2%), su relevancia frente a la prevención primaria y secundaria (nada-54,9%, menor-19,8%, igual-25,3%) y la actitud médica al respecto (el sobrediagnóstico/sobretatamiento razonable-4,4%, justificado-3,3%, no razonable-48,4%, no justificado-44%). Y entre las preguntas de práctica clínica no comentadas previamente, hubo respuestas generalizadas de no realización sistemática: cribado protocolizado con radiografías y E.C.G. (90,1%), cribado de cáncer útero por citologías en mujeres sin riesgo (78%), exploraciones anuales generalizadas (51,6%), cribado con pruebas complementarias anuales generalizadas (82,4%), cribado de osteoporosis sin indicación (79,1%), autocontrol glucémico en diabéticos no insulinizados (62,6%) y el cribado generalizado de patología tiroidea (74,9%).

## DISCUSIÓN

Los resultados del cuestionario mostraron unos resultados turbadores, pues la mayoría de los médicos de Atención Primaria de nuestro sector desconocen en qué consiste la prevención cuaternaria. Aproximadamente la mitad infraes-

timan la importancia del sobre-diagnóstico y del sobre-tratamiento, sobretudo el grupo de mayor edad y con mayor experiencia; incluso la valoran por debajo de la prevención primaria y secundaria. Esto puede explicarse porque en la consulta existen hallazgos muy variables que obligan al médico a abusar de las pruebas complementarias y de tratamientos cada vez más complejos para lidiar con las preocupaciones de los pacientes y para controlar sus propias dudas, resultando muchas veces resolutivas pero otras agravando el problema de base. Claramente, la principal barrera para practicar la prevención ha sido su desconocimiento, pero también entre el grupo de edad más joven y el más mayor se justifican, en un porcentaje elevado, en las expectativas del paciente y en el desconocimiento legal.

En general, la práctica clínica sigue una misma dirección excepto en la cuestión de las exploraciones físicas completas anuales en las que existe división de opiniones y el cribado de cáncer de mama determinado por las directrices del Servicio de Ginecología del Hospital del Sector. La mayoría están formados en la misma Comunidad Autónoma y disponen de guías comunes, de horas de formación continuada y de su propia experiencia para trabajar su día a día.

Los grupos de edad más mayor, los más experimentados y con los cupos más amplios, quizá debido a la carga asistencial, por problemas en

su salud e influenciados por su experiencia, por el medio rural y por las expectativas del paciente, tienden a practicar una medicina más guiada por los resultados de las pruebas y por la farmacoterapia empírica.

En relación a las limitaciones, la reducción del número de preguntas al mínimo para favorecer el cumplimiento, podría sobreestimar las diferencias de grupo. Ha tenido bastante buena aceptación, con una participación de casi el 90%, pudiendo servir de estudio puente que daría pie a desarrollar una serie de charlas, conferencias y campañas de concienciación del personal médico, teniendo eco, en el paso final, en la salud comunitaria.

Finalmente resta comentar que la prevención cuaternaria es actualmente un tema en boga debido a su gran relevancia. Están apareciendo varios grupos de trabajo que lo están estudiando en más profundidad. Por ejemplo, un estudio en médicos de familia de Perú<sup>12</sup> de 2016 donde resultó ser un tema más arraigado y menos desconocido por los profesionales sanitarios aunque seguía siendo un problema de la práctica clínica diaria.

En conclusión, este estudio nos habla de la innegable necesidad de explicar y concienciar a los médicos de Atención Primaria sobre la prevención cuaternaria y de cómo llevarla a cabo, evitando pruebas y tratamientos innecesarios a pesar de que la mayoría actúa siguiendo unas guías de práctica clínica comunes y adecuadas. Para ello, deberíamos reciclar nuestros conocimientos cada cierto tiempo independientemente de la edad, la carga asistencial o la experiencia laboral.

## AGRADECIMIENTOS

Todas las respuestas fueron anónimas. No se juzgaron los resultados ni hubo una repercusión negativa o penalización. Queríamos agradecer la disponibilidad de todos los compañeros de Atención Primaria del Sector, sin los cuales este estudio no se podría haber llevado a cabo. Destacar la inestimable ayuda del Dr. Rafael Saenz Guallar, mentor y principal promotor de nuestra inquietud investigadora.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Márquez-Calderón S. Los efectos negativos de las intervenciones preventivas basadas en el individuo. Informe SESPAS 2008. 2008. Gac Sanit;22 Supl 1:205-15.
2. Gervas J. Malicia sanitaria y prevención cuaternaria. 2007. Gac Med Bilbao;104:93-96.
3. Bae JM, Jamouille M. Primary Care Physicians' Action Plans for Responding to Results of Screening Tests Based on the Concept of Quaternary Prevention. 2016. J Prev Med Public Health; 49(6):343-348.
4. Tesser, C. and Norman, A. Differentiating clinical care from disease prevention: a prerequisite for practicing quaternary prevention. 2016. Cad de Saúde Pública; 32(10).
5. Martínez González C, Riaño Galán I, Sánchez Jacob M, González de Dios J. Prevención cuaternaria: contención como una necesidad ética. 2014. An Pediatr (Barc); 81 (6): 396.e1-8.
6. Suarez Cuba MA. Prevención cuaternaria en medicina familiar/general. 2013. Rev. Méd. La Paz v.19 n.2.
7. Gervas J, Gavilan E, Jimenez L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. 2012. AMF;8(6):312-317.
8. Ortiz Lobo A, Ibáñez Rojo V. Iatrogenésis y prevención cuaternaria en salud mental. 2011. Rev Esp Salud Publica; 85 (6): 513-25.
9. Kalra S, Sreedevi A, Unnikrishnan AG. Quaternary prevention and diabetes. 2014. J Pak Med Assoc; 64(11):1324-6.
10. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamouille M. Prevención cuaternaria, actividad del médico general. [Quartäre Prävention, eine Aufgabe für Hausärzte]. 2010. Primary Care;10:350-4.
11. Choosing Wisely Canada [Internet]. Disponible en: <https://choosingwiselycanada.org/> • Gervas J, Perez Fernandez M. Limits to the power of medicine to define disease and risk factor, and quaternary prevention. 2006. Gac Sanit;20 Supl 3:66-71 - Vol. 20.
12. Cuba Fuentes MS, Zegarra Zamalloa CO, Reichert S, Gill D. Actitudes, percepciones y conocimientos sobre la prevención cuaternaria entre médicos de familia del Seguro Social de Perú: estudio descriptivo transversal. Medwave 2016 Abr;16 (3):e6433.