



EDITORIAL

Prevención cuaternaria



Quaternary prevention

Desde sus orígenes, el ser humano ha intentado explicarse el porqué de la vida y la muerte, basando los inicios de la práctica médica en 2 pilares: el *empirismo* y en una *medicina mística*, recurriendo a los dioses para intentar comprender lo inexplicable.

A lo largo de la historia, desde los inicios de la medicina y remontándonos al origen mitológico de la misma, vemos cómo ha evolucionado esta, desde aquella medicina basada en la magia contra espíritus malignos, hasta lograr el inicio de la medicina científica con la aparición en Grecia de un personaje histórico, símbolo del médico ideal, Hipócrates. Logrando, posteriormente, la aplicación del método científico, siendo a partir de la segunda mitad del siglo XIX en que la medicina científica se establece en forma definitiva como la corriente principal del conocimiento y la práctica médica¹.

Vemos como en las últimas décadas, gracias al avance de la ciencia y la tecnología se han logrado impresionantes descubrimientos en el ámbito médico, que han llevado a la modernización de la medicina, convirtiéndola en una medicina centrada demasiado en los datos y en las mediciones hechas con máquinas, perdiendo poco a poco la relación humana médico-paciente.

Se debe comprender que desde siempre el ser humano ha sido la figura central de la historia, por esta razón los médicos debemos entender que no hay nada más noble que proteger su salud y atender su enfermedad, en la búsqueda de este objetivo reluce el término «*prevención*».

Desde siempre se ha dicho «*prevenir es mejor que curar*» y la existencia de enfermedades crónicas relacionadas con factores de riesgo causales, como los estilos de vida no saludables, ha llevado a que las actividades de prevención incrementen su importancia en la atención médica.

Por lo tanto, es importante conocer a qué se refiere cada nivel de prevención, así tenemos:

- Prevención primaria: frente a las causas para evitar que aparezca la enfermedad.
- Prevención secundaria: frente a la enfermedad en sus fases precoces, para evitar su progresión.

- Prevención terciaria: en las enfermedades no reversibles se centra en la rehabilitación, previniendo la incapacidad; en enfermedades crónicas prolongando la supervivencia y en enfermedades reversibles disminuyendo la prevalencia de la enfermedad en la población.

En los últimos años ha salido a la luz el concepto de *prevención cuaternaria*, propuesto en 1986 por el médico belga Marc Jamouille, médico familiar, y en 1999 Wonca International Classification Committee (WIIC), acepta la definición propuesta por el autor², y ahora es ya un concepto extensamente reconocido, comprendido como una mirada crítica a las intervenciones médicas, que surge debido a la creciente capacidad de la medicina para producir más iatrogenia que nunca. Cuyo objetivo es evitar el sobrediagnóstico, el sobretatamiento y el sobrecribado en los pacientes, y disminuir la incidencia de iatrogenia.

La prevención cuaternaria se define como «las medidas adoptadas para identificar a los pacientes en riesgo de un exceso de medicación, para protegerlo de una nueva invasión médica, y sugerirle solo intervenciones éticamente aceptables»³ en otras palabras es una serie de actividades que tiene como objetivo evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica.

¿Pero cuál es la importancia de conocer este concepto?

La importancia radica en que desde siempre todos los esfuerzos en el área de la salud han sido encaminados a proteger la salud humana, por lo cual es inaceptable que las actividades de salud puedan llegar a ser motivo de daño.

La prevención cuaternaria es muy compleja en una situación en la que el paciente tiene síntomas y quejas, y el médico no encuentra la enfermedad. En estas situaciones, para aplicar la prevención cuaternaria se requiere del enfoque individual al paciente, la buena comunicación, el equilibrio entre la búsqueda de procedimientos apropiados

y la definición de procedimientos necesarios junto con la medicina basada en la evidencia, lo cual se convierte en una necesidad en el proceso de llevar el paciente a través de sistema de salud moderno⁴.

Ya sea por la crisis económica o porque empieza a haber conciencia social, lo cierto es que surge la ineludible necesidad de controlar el gasto, de cuestionar pruebas y diagnósticos costosos que no van a beneficiar al paciente, y de encontrar el balance adecuado entre el bien social y los deseos y preferencias individuales.

Son llamativos los resultados de una encuesta realizada a 803 médicos franceses que opinan que solo el 72% de las pruebas y tratamientos que realizan están justificados. Y es un escándalo que sigan muriendo millones de personas por causas inmorales (hambre y enfermedades remediables) y que en los países menos desarrollados persista la brecha 10/90, en donde apenas el 10% de los recursos mundiales destinados a investigación en salud se dedica a las enfermedades responsables del 90% de la carga mundial de morbilidad, mientras que en EE.UU. se estima un gasto por medicalización de 77 billones de dólares en un año⁵.

Hay una creciente preocupación por la posibilidad de que la medicalización (proceso por el cual los problemas no médicos se definen y tratan como problemas médicos) está impulsando el aumento de los costos de atención de salud. En EE.UU., el gasto médico de condiciones medicalizadas se estima en aproximadamente \$77 mil millones en 2005, un 3,9% del total de los gastos nacionales en atención de la salud. Esta estimación se basa en los costos directos asociados con 12 condiciones medicalizadas, por lo tanto no incluye todas las condiciones medicalizadas⁶.

Haciendo un enfoque en el área de urología hablemos del sobrediagnóstico y el sobretratamiento de cáncer de próstata.

La Sociedad Americana contra el Cáncer recomienda que los varones asintomáticos que tienen al menos una esperanza de vida de 10 años tienen la oportunidad de tomar una decisión informada, con su médico de atención, acerca de la detección del cáncer de próstata después de recibir información sobre las incertidumbres, los riesgos y los beneficios potenciales asociados con la detección de cáncer de próstata. La prevención del cáncer de próstata no debería ocurrir sin un proceso de toma de decisiones informada. Los varones que tienen un riesgo medio deberían recibir esta información a partir de los 50 años de edad. Los varones en grupos de alto riesgo deben recibir esta información antes de los 50 años⁷.

A partir de la introducción en los años 80 de la determinación sérica de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) como método de detección de cáncer de próstata y de la obtención de biopsias prostáticas, se ha visto un aumento de la incidencia anual del cáncer de próstata, en los años 80 era de alrededor de 69 casos/100.000 varones, en el año 2000 fue de 104 casos. En el caso del cáncer de próstata ahora sabemos que el cribado con PSA y tacto rectal produce graves perjuicios y no evita muertes.

El porcentaje de tumores encontrados con enfermedad metastásica era del 20% antes de la popularización del test, sin embargo en los últimos años este porcentaje se ha reducido al 5%. En EE.UU., en la era pre-PSA, el cáncer de próstata era responsable del 9% de las muertes de los varones y, actualmente, es del 3%, esto significa que la detección

precoz de la enfermedad y su tratamiento, realmente reducen su tasa de mortalidad en, aproximadamente, un 6%; sin embargo se asume que la mayoría de los varones con cáncer de próstata diagnosticados en un cribado morirán por una causa ajena al cáncer⁸.

De esta forma se puede decir que la detección de cáncer de próstata no tiene un impacto significativo sobre la mortalidad global o la muerte por cáncer de próstata y que el cribado ayuda a diagnosticar el cáncer de próstata en una fase anterior, pero con el riesgo de efectos adversos del sobretratamiento⁹.

Estudios han estimado que el 22-42% de los casos de PCA detectados por cribado en EE.UU. se diagnostica en exceso¹⁰.

En EE.UU. se estima que el sobretratamiento de cáncer de próstata cuesta \$15,308 USD más por paciente que la vigilancia activa, lo cual implica el seguimiento con PSA, biopsias y tratamiento definitivo si el cáncer progresa. El tratamiento definitivo incluye el costo del tratamiento y las complicaciones que puedan surgir. Extrapolado a nivel nacional, el costo neto acumulado de sobretratamiento en varones ≥ 66 años es de \$32.000.000 MXN por año¹¹.

Retomando el concepto de prevención cuaternaria, vemos que es también esencial en el fenómeno conocido como tráfico de enfermedad o comercialización de la enfermedad, que se refiere al esfuerzo que realizan las compañías farmacéuticas por llamar la atención sobre trastornos o enfermedades frecuentemente inofensivas con objeto de incrementar la venta de medicamentos mediante campañas publicitarias, visitadores médicos y estudios que intentan medicalizar cualquier afección.

Fomentar este tipo de prevención y frenar las consecuencias del tráfico de enfermedad requiere el desarrollo de todo el potencial institucional para la prevención, así como voluntad personal a la moderación, implica ser crítico de nuestro trabajo, implica no ser dañino ni maligno, respetando el principio de justicia como gestores de los recursos públicos limitados y sentirnos responsables del costo social que resulta de las decisiones médicas.

Para concluir, la prevención cuaternaria se ha convertido en un componente esencial del concepto de prevención en cualquier área médica y debe ser aplicada como herramienta de protección de salud y agregarse como otro nivel de atención en el escenario actual haciendo honor a la máxima atribuida al médico griego Hipócrates, «*primum non nocere*» «lo primero es no hacer daño».

Bibliografía

1. Pérez Tamayo R. De la magia primitiva a la medicina moderna. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1997.
2. Suarez Cuba MA. Prevención cuaternaria en medicina familiar/general. Rev Med La Paz. 2013;19:67-72.
3. Pandve HT. Quaternary prevention: Need of the hour. J Family Med Prim Care. 2014;3:309-10.
4. Baricević IZ, Botica MV, Renar IP. Quaternary prevention as a basis for rational approach to the patient in family practice. Lijec Vjesn. 2014;136:152-5.
5. Martínez González C, Riaño Galán I, Sánchez Jacob M, et al. Prevención cuaternaria. La contención como imperativo ético. An Pediatr. 2014;81, 396.e1-8.

6. Conrad P, Mackie T, Mehrotra A. Estimating the costs of medicalization. *Soc Sci Med.* 2010;70:1943–7.
7. Wolf AM, Wender RC, Etzioni RB, et al., American Cancer Society Prostate Cancer Advisory Committee. American Cancer Society guideline for the early detection of prostate cancer: update 2010. *CA Cancer J Clin.* 2010;60:70–98.
8. García González R, Mayayo Dehesa T. Cancer de próstata: sobretratamiento y sobrediagnóstico. *Arch Esp Urol.* 2006;59:563–9.
9. Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, et al. Screening for prostate cancer: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2010;341:c4543.
10. Loeb S, Bjurlin MA, Nicholson J, et al. Overdiagnosis and overtreatment of prostate cancer. *Eur Urol.* 2014;65:1046–55.
11. Chustecka Z. \$32 Million: Cost of Overtreatment of Prostate Cancer. *Medscape Medical News.* 2013 [consultado 20 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/779223>.

D.A. Villaseñor Chávez^{a,*} y J. Guzmán Esquivel^b

^a *Unidad de Investigación, Hospital General de Zona 1, Colima, Colima, México*

^b *Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital General de Zona 1, Colima, Colima, México*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: doria1y_5@hotmail.com
(D.A. Villaseñor Chávez).