



Universidad
Zaragoza



TRABAJO DE FIN DE GRADO

UNA NUEVA PREVENCIÓN: **LA PREVENCIÓN CUATERNARIA** “NO SIEMPRE MÁS ES MEJOR”

AUTORA

AINHOA ELIZONDO ALZOLA

DIRECTOR

TIRSO VENTURA FACI

6º GRADO MEDICINA. 2015
UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
MATERIAL Y MÉTODO.....	6
PREVENCIÓN CUATERNARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	7
PREVENCIÓN CUATERNARIA EN LA MERCANTILIZACION DE ENFERMEDADES O “DISEASE MONGERING”	10
PREVENCIÓN CUATERNARIA A LA HORA DE PRESCRIBIR FÁRMACOS.....	14
PREVENCIÓN CUATERNARIA EN SALUD MENTAL.....	19
IATROGENIA EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA.....	20
IATROGENIA EN EL DIAGNÓSTICO.....	20
IATROGENIA EN EL TRATAMIENTO.....	21
CONCLUSIONES.....	26
BIBLIOGRAFÍA.....	27

UNA NUEVA PREVENCIÓN: LA PREVENCIÓN CUATERNARIA “NO SIEMPRE MÁS ES MEJOR”

RESUMEN

Llamamos prevención cuaternaria al conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el daño provocado por la intervención sanitaria. Toda decisión clínica conlleva simultáneamente beneficios y perjuicios y por esto es clave que los propios profesionales seamos conscientes de ello y recuperemos el viejo y milenar principio de actuación médica “*primum non nocere*”, lo primero es no hacer daño, por ser nuestro deber y nuestra responsabilidad. (Gervás, 2012a)

El trabajar con prevención cuaternaria exige un cambio de actitud, en el sentido de introducir de continuo el balance entre beneficios y riesgos. Las actividades sanitarias son cada vez más potentes, más precoces, más variadas y aplicadas por más profesionales y con ello aumenta su capacidad de beneficio, pero también el riesgo de daños. Por ello es cada vez más necesaria la prevención cuaternaria, el ser conscientes del balance entre los posibles cursos de acción, deseados e indeseables. (Gervás, 2011)

La prevención cuaternaria concierne por igual a la Atención primaria y hospitalaria, siendo en la primera donde el potencial de evitar daños es mayor, principalmente por el «efecto cascada» que conlleva el inicio de cualquier actividad por el médico de familia. (Gervás, 2012a) Hablaremos también de la iatrogenia producida por la actividad sanitaria en salud mental, un tema poco estudiado y que tiene como objetivo proteger a los pacientes de intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas excesivas, inadecuadas o innecesarias. (Ortiz Lobo, 2011)

En este sentido, es también importante tener presente que cabe hacer daño al ofrecer prevención cuaternaria en el día a día. No conviene, por ello, aceptar sin críticas las propuestas de prevención cuaternaria. (De Vito, 2013)

Para el trabajo que presentamos hemos realizado una revisión de la escasa bibliografía disponible.

PALABRAS CLAVE

Prevención cuaternaria; Atención Primaria; Salud mental.

ABSTRACT

Quaternary prevention is the set of health activities which aim to avoid, reduce and mitigate the damage caused by medical intervention. Health activities generally produce benefits, but they can sometimes also cause harm. It is thus extremely important that all professionals be aware of this and remember the principle of “*primum non nocere*”, as both a duty and responsibility.

Working with quaternary prevention entails a change in attitude; it requires taking into account the balance of risks and benefits. The number and variety of health activities is expanding, making them more powerful, more precocious, and administered by a never increasing number of professionals. This multiplies their ability to benefit, but it also increases the risk of damage. The need for quaternary prevention is therefore rising, and with it the need to be aware of the balance between possible courses of action, both desired and undesirable.

Quaternary prevention concerns both primary and hospital care. However the potential to prevent damage is greater in primary care, mainly due to the "cascade effect" that results from the start of any activity by the general practitioner. We will focus the discussion also on iatrogenesis resulting from health care activities in mental health. This subject is poorly understood and the aim of quaternary prevention here is to protect patients from excessive, inappropriate or unnecessary psychotherapeutic pharmacological interventions.

In this respect, we should know that quaternary prevention may also cause damage in daily life, so we must remain critical on this matter.

For this essay, we have performed a review of the limited available literature.

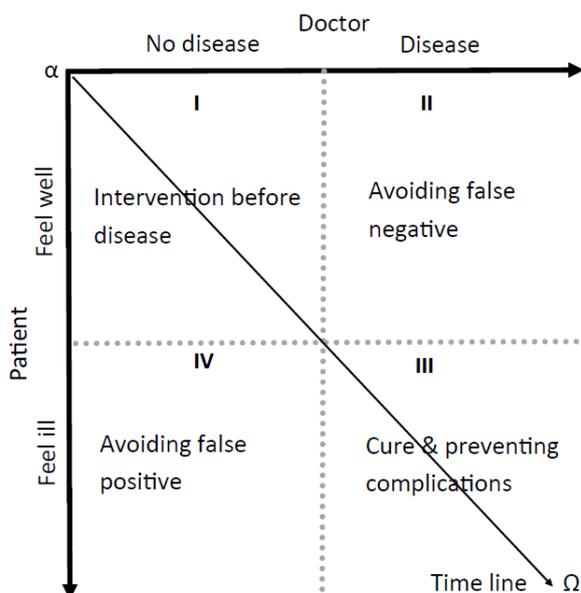
KEYWORDS

Quaternary prevention; Primary Care; Mental health.

INTRODUCCIÓN

Los grados de prevención se han definido y empleado de varias maneras, incluso el término de **prevención cuaternaria** ha sido utilizado de formas diferentes. Aquí empleamos el concepto de la prevención cuaternaria según lo estableció por primera vez Marc Jamouille en 1986, médico general belga, y se define como la **intervención que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario**. Pretende evitar el sobrediagnóstico y sobret ratamiento, así como disminuir la incidencia de iatrogenia en los pacientes, un grave problema de salud pública. Éste concepto fue aceptado como tal en 1999 por el Comité Internacional de Clasificaciones de la WONCA, y publicado en 2003 en el WONCA Dictionary of General/Family Practice. (Kuehlein, 2010)

Un estudio de 1981 encontró que más de un tercio de las enfermedades de un hospital universitario estadounidense eran iatrogénicas y la mayoría de éstas debidas a la exposición a fármacos. Es más, en los años 90 la iatrogenia era la causa de entre 225.000 y 284.000 muertes al año en USA, la mitad por efectos secundarios de una medicación "bien prescrita", constituyendo la tercera causa de muerte. Puesto que el fundamento de la medicina es el "*primum non nocere*", la prevención cuaternaria debería primar sobre cualquier otra opción preventiva o curativa y, bien entendida, forma parte de lo que se llama «seguridad del paciente» y, por tanto, de nuestro quehacer clínico cotidiano. (Ortiz Lobo, 2011)



En este contexto, Mark Jamouille, durante un curso de salud pública, situó al paciente en la abscisa y al médico en la ordenada, para poder construir una tipología de las relaciones entre ellos. Se dio cuenta de que si se traza una cruz en el centro de la gráfica, se obtienen cuatro situaciones diferentes en la relación médico-paciente. Las definiciones de las tres primeras

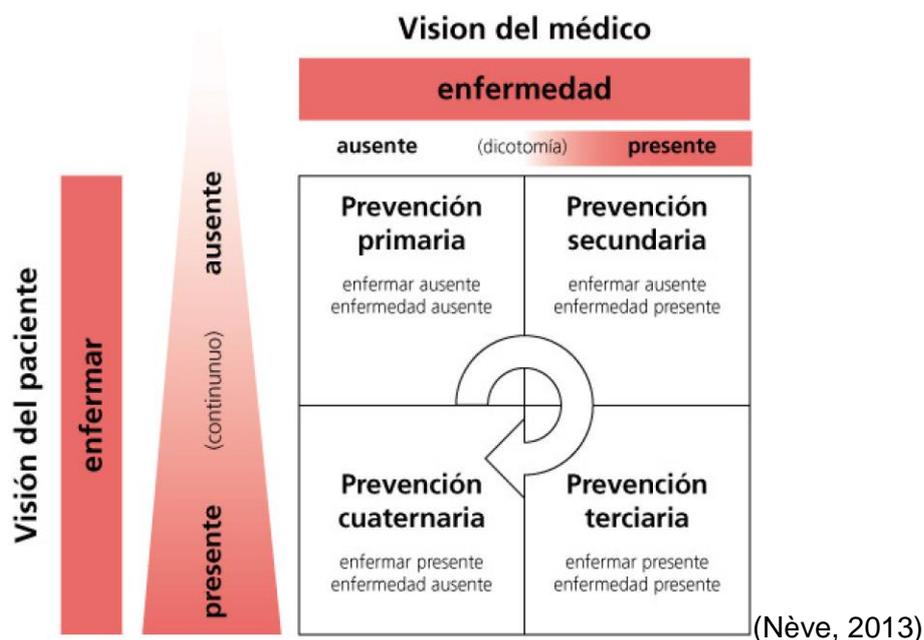
situaciones, basándonos en el modelo de serie temporal de la prevención son: primaria, secundaria y terciaria. (Jamouille, 2015)

La primera situación corresponde a lo que se entiende por prevención primaria: la enfermedad está ausente y no se encuentra ninguna enfermedad. Es la acción realizada para evitar o eliminar el origen de un problema de salud o de una población antes de que aparezca dicha enfermedad. Por ejemplo: vacunación, consejo de estilo de vida.

En el segundo caso, en la prevención secundaria, el médico busca la enfermedad que los pacientes no tienen. Son las medidas adoptadas para detectar una enfermedad en una etapa temprana, en un individuo o una población, facilitando el tratamiento, o acortando su duración o sus efectos a largo plazo. Por ejemplo: cribados, diagnóstico temprano.

El tercer caso corresponde a la situación en la que el paciente está realmente enfermo. El médico lo sabe y trata los efectos crónicos de un problema de salud de una persona o de una población. Por ejemplo: prevención de las complicaciones de diabetes. (Nève, 2013)

Por último, la cuarta sería la prevención cuaternaria, donde existe el enfermar sin enfermedad. La medida que se toma por parte del médico es la de **identificar a un paciente o a una población en riesgo de sobremedicalización, para protegerlo de intervenciones médicas invasivas, y proponerle procedimientos y cuidados éticamente aceptables.** (Widmer, 2014)



El desarrollo de la prevención cuaternaria es una necesidad específica y apremiante de las sociedades desarrolladas, en las cuales coexisten grandes paradojas como: una población cada vez más dependiente del sistema sanitario, a pesar de tener mejores indicadores de salud que nunca; una excelente pero progresivamente insostenible medicina pública; pacientes con demandas ilimitadas de salud fomentadas por nuestra propia medicina que ha generado entre la población la idea de que todo es prevenible y curable; y una medicina que ofrece programas preventivos y pruebas de toda índole no siempre apoyados en la evidencia científica ni

valorados por los propios profesionales. Bien por la crisis económica, bien porque empieza a haber conciencia social, lo cierto es que se comienza a debatir sobre la necesidad de controlar el gasto, de alcanzar mayor eficiencia para mantener la equidad, 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. Si todos los profesionales tomamos conciencia e introducimos el balance entre beneficios y riesgos en nuestra práctica diaria, junto con la coordinación y la sensatez, se llevará a cabo una mejor atención sanitaria, desde la prevención hasta el tratamiento. (Martínez González, 2014; Gervás 2012b).

En contrapartida, es posible que se produzca daño al ofrecer prevención cuaternaria en el día a día con el paciente. No es razonable, entonces, aceptar sin críticas todas las propuestas de prevención cuaternaria. (De Vito, 2013)

Por lo tanto, es un tema de gran actualidad, tal y como demuestra la inclusión de una mesa específica de prevención cuaternaria en el XI Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial que tendrá lugar el 4 y 5 de Junio del 2015 en Zaragoza.

Esta revisión se ha realizado con los objetivos:

1. Definir y delimitar el concepto de prevención cuaternaria y su importancia en la medicina actual.
2. Revisar la bibliografía en relación con la prevención cuaternaria en atención primaria y en salud mental.

MATERIAL Y MÉTODO

Las publicaciones fueron buscadas en la base de datos Medline/PubMed, accediendo al siguiente site: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed (PubMed/Medline - National Library of Medicine).

Se utilizó la terminología en salud consultada en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) que identificó los siguientes descriptores: prevención cuaternaria (quaternary prevention), salud mental (mental health) y atención primaria (primary care).

La búsqueda ocurrió en el mes de mayo de 2015. Con la búsqueda en la base de datos Medline/PubMed de "quaternary prevention" obtuvimos 32 resultados. 1 de estos artículos trataba sobre la prevención cuaternaria en anestesia, 2 sobre diabetes, 4 sobre pediatría, 3 de ginecología, 6 sobre aspectos generales de la prevención cuaternaria, 1 sobre oncología, 3 sobre genética, 3 sobre política sanitaria, 1 sobre salud mental y 5 sobre atención primaria.

Con el fin de acotar la búsqueda al objetivo de ésta revisión, realizamos la búsqueda por una parte, con "quaternary prevention" and "mental health" y obtuvimos 1 resultado. Es una revisión sobre la prevención cuaternaria en salud mental "latrogenia y prevención cuaternaria en salud mental" publicada en la Revista Española de Salud Pública en el 2011.

Por otra parte con los descriptores "quaternary prevention" and "primary care" encontramos 3 artículos. El primero, "La prevención cuaternaria. La prevención como imperativo ético", una revisión publicada en la revista Anales de Pediatría en el 2014.

El segundo, un artículo tipo caso clínico “El enigma de la prevención cuaternaria en atención primaria. Cuándo hacer y cuándo no hacer (a propósito de 2 casos)” publicado en la revista Semergen en 2013. Y el último, “Too much medicine, too little care” publicado en la British Medical Journal en el 2013

También se realizó búsqueda en National Guideline Clearinghouse (NCG), CMA infobase, Guíasalud-Biblioteca de Guías de Práctica Clínica y Cochrane Library sin obtener resultados.

¿EN QUÉ ASPECTOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA APLICAMOS LAS MEDIDAS PREVENCIÓN CUATERNARIA?

PREVENCIÓN CUATERNARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Actualmente, en los países ricos, la esperanza de vida se ha prolongado espectacularmente. Muchas enfermedades infecciosas han sido eliminadas gracias a las vacunas, las anomalías genéticas son detectadas antes de nacer, podemos trasplantar órganos, aliviar el dolor, reconstruir el cuerpo y muchas más cosas inimaginables hace escasas décadas. Sin embargo, llama la atención cómo la dependencia del sistema sanitario y de los agentes de salud en general es cada vez mayor, ya que vivimos en una sociedad que ha modificado sus creencias y valores y en consecuencia también sus formas de considerar la enfermedad y de enfrentarse a los avatares normales de la vida. La salud no ha escapado a estos cambios, siendo sometida a criterios sociales y modas, a fuerzas políticas y económicas, incluso a las leyes de mercado, que llegan a dirigir algunas actuaciones del sistema sanitario. En consecuencia, las expectativas y demandas de la población en relación a su salud tienen distinto enfoque tanto en el proceso de atención, como en la búsqueda de soluciones que se pretenden inmediatas frente a síntomas banales, como si la Medicina fuera una ciencia “exacta” y omnipotente.

Inmersos en esta progresiva medicalización, es frecuente considerar como enfermedad pequeños problemas como la calvicie, la sudoración, la timidez o los niños movidos y casi patológicos algunos períodos evolutivos normales como el embarazo, la lactancia, la adolescencia o la menopausia. Asimismo, hay un afán desmesurado en la prevención. Se ha llevado al extremo el lema “es mejor prevenir que curar”, desencadenando una cascada de demandas de actividades preventivas que no siempre tienen evidencia científica de efectividad. Todo ello genera una angustia desmedida ante síntomas banales, a la vez que una percepción cada vez mayor de vulnerabilidad ante la enfermedad. (Morell, 2009)

Por lo tanto, la **prevención primaria** es parte de la respuesta sanitaria a los problemas de salud, y a la vez que justifica un aura positiva de beneficio, también tiene sus riesgos para la salud individual y colectiva por cuatro factores clave: la búsqueda de una salud perfecta y permanente, la aparición y desarrollo del concepto de factor de riesgo, la creencia en el “riesgo cero”, la salud obligatoria y las cascadas diagnósticas y terapéuticas que desencadenan. A continuación explicamos brevemente estos factores:

-La perfección imposible. Es humano el deseo de evitar todo mal (físico, psíquico y social), y el conseguir la juventud eterna. Pero ese deseo de perfección puede ser peligroso y en realidad, deberíamos aceptar y afrontar los inconvenientes de la vida diaria que no se pueden evitar, es decir, hay que comprender que para tener salud mental hay que aprender a tolerar las frustraciones.

-La epidemia de los factores de riesgo. Hasta el siglo XX, antes de introducirse el concepto de factor de riesgo, prevenir era evitar el daño futuro (vacunar, asegurar el acceso a agua limpia). Desde entonces ha cambiado este concepto, ya que los factores de riesgo son simples asociaciones estadísticas entre una característica y una enfermedad. En realidad, no son necesarios ni suficientes para que la enfermedad se produzca, pero en la práctica clínica se vuelven factores cuasi-causales, y en la lucha contra ellos se centra gran parte de la actividad preventiva del médico clínico. (Gervás, 2009) Hay estudios empíricos que han estudiado el efecto que tiene el clasificar a un paciente en un factor de riesgo. Los resultados son contradictorios, ya que el médico opina que el hacer conocer a los pacientes este riesgo les hará ser más conscientes y cuidar más su salud, pero esto puede crear en el paciente inseguridad en su día a día. (Getz, 2003)

-El riesgo nulo y la salud obligatoria. Hoy en día parece que toda enfermedad es evitable, que todo se puede prevenir si combatimos los factores de riesgo, por lo que volvemos al deseo de la salud perfecta, pero la realidad es que no existe el riesgo cero. Detrás de todo esto están las intervenciones sanitarias, principalmente diagnósticas (técnicas de imagen) y terapéuticas (consumo de medicamentos especialmente) y también la adopción de determinadas pautas como conducta alimentarias (con toda la industria detrás).

-Toda actividad puede conllevar daños. Como toda actividad sanitaria, las actividades preventivas tienen beneficios y perjuicios, por lo que la prevención primaria tiene sentido siempre que el balance sea positivo. (Gervás, 2009)

Aquí viene el papel de la prevención cuaternaria, ya que **la seguridad del paciente implica evitar daños innecesarios como consecuencia de la actividad sanitaria.** Los cuidados médicos preventivos y curativos pueden ser muy eficientes cuando son necesarios. Si son innecesarios, son peligrosos. Son innecesarios cuando se define enfermedad y factor de riesgo de forma que los daños y perjuicios superan los beneficios esperables de la propia etiqueta y de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas consiguientes.

Por lo que si detectamos que una actividad preventiva no está justificada, la clave en prevención cuaternaria es no iniciar las cascadas, no clasificar a los pacientes, no sobrediagnosticar. Hay que resistir tanto la presión de la corporación profesional-tecnológico-farmacéutica como la de los pacientes. Hay que desarrollar y estructurar una ética basada en el “primum non nocere” aunque haya una demanda insaciable para iniciar cascadas diagnósticas y preventivas innecesarias.

La prevención cuaternaria, por lo tanto, es **aplicable a todas las áreas de intervención sanitaria:** en los excesos en el diagnóstico, abusos en la prevención (sólo se justifica si prevenir hace menos daño que curar), excesos en el uso de pruebas complementarias y de tecnología y en los excesos de tratamientos. (Tabla 1). (Gervás, 2012a).

Tabla 1

Algunos ejemplos de prácticas innecesarias, inadecuadas, dañinas o sobreutilizadas en atención primaria

Actividades preventivas
Solicitud de PSA para el cribado de cáncer de próstata
Sangre oculta en heces para el cribado sistemático de cáncer de colon
Densitometría ósea en mujeres perimenopáusicas
Espirometrías para el cribado de EPOC en ausencia de síntomas sugestivos
Cribado de cáncer de cérvix en mujeres de bajo riesgo por encima de 65 años y en mujeres sometidas a histerectomía (útero y cérvix) por enfermedades benignas
Prescripción de medicamentos
Antibióticos para las bronquitis agudas no complicadas
Inhibidores de la bomba de protones y anti-H2 de forma sistemática a todo adulto que tome AINE
Terapia hormonal sustitutiva durante la menopausia en mujeres sanas
Prescripción de hipolipemiantes en pacientes sin antecedentes coronarios y bajo riesgo
Broncodilatadores para bebés con bronquiolitis aguda
Pruebas complementarias y otros procedimientos diagnósticos
Radiografías para lumbalgias agudas
Chequeos analíticos regulares en personas sanas
Marcadores tumorales para despistaje inicial de tumores malignos
Radiografías de control en pacientes con neumonía no complicada
Pruebas preoperatorias (analítica, radiografía, electrocardiograma) en pacientes sanos

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; PSA: antígeno prostático específico.
Ejemplos obtenidos del texto y de las lecturas recomendadas 2 y 3.

Los principios éticos implicados en la prevención cuaternaria son:

No-Maleficencia: Debe evitarse realizar daño físico, psíquico o moral a las personas. Para ello debe evitarse realizar intervenciones inseguras o sin evidencia suficiente, y proteger su integridad física y su intimidad. Es el principio ético principalmente implicado en la prevención cuaternaria, ya que fundamenta la seguridad del paciente.

Beneficencia: debe promocionarse el bienestar de las personas, procurando que realicen su propio proyecto de vida y felicidad en la medida de lo posible.

Autonomía: debe respetarse que las personas gestionen su propia vida y tomen decisiones respecto a su salud y su enfermedad, mientras no perjudiquen a otros. Debe promocionarse la protección a las personas con deterioro en su capacidad de tomar decisiones.

Justicia: debe procurarse un reparto equitativo de los beneficios y las cargas, facilitando un acceso no discriminatorio, adecuado y suficiente de las personas a los recursos disponibles, y un uso eficiente de los mismos.

Por todo esto, es preciso desarrollar estrategias que nos permitan responder con fundamento y rapidez a la incertidumbre en la consulta (Tabla 2), siempre con la máxima calidad y el mínimo daño posible. (Novoa, 2014)

Tabla 2

Características que facilitan la prevención cuaternaria en la práctica cotidiana de la Atención Primaria
<p>Profesionalismo y compromiso Los valores éticos y deontológicos propios de nuestra profesión y el compromiso con las personas y con la comunidad, ejerciendo con humildad y respeto por el sufrimiento ajeno, son los que marcan nuestra práctica profesional</p>
<p>Autonomía organizativa Para poder adaptar nuestro desempeño profesional a las características cambiantes de nuestros pacientes, precisamos autonomía para organizar nuestra agenda de trabajo y capacidad para gestionar los recursos que la sociedad pone a disposición de la Atención Primaria</p>
<p>Accesibilidad y longitudinalidad Ambos atributos favorecen que entre médico y paciente se establezca y mantenga a lo largo del tiempo una relación de confianza. La accesibilidad genera tranquilidad; cuando ponemos barreras a la accesibilidad, a veces de forma inadvertida, enviamos mensajes contradictorios y negativos a la población que se vuelven en nuestra contra. La continuidad y estabilidad en el tiempo es una de las características que más satisface a nuestros pacientes, y facilita que el médico adquiera un rol de «agente del paciente»</p>
<p>Manejo adecuado del tiempo y de la incertidumbre El control del tiempo es el principal reto del médico de familia. Tanto los tiempos de la consulta, administrándola de manera juiciosa para dedicar la atención debida a quienes más la pueden necesitar, como los tiempos del enfermar, aprendiendo a afinar el instinto clínico para alcanzar un uso prudente del «esperar y ver», por ejemplo. Compartir la incertidumbre de una manera honesta y natural con el paciente generalmente suele ser algo bien aceptado, y evita los inconvenientes de una «medicina defensiva» dañina</p>
<p>Respeto y consideración con la situación del paciente El contexto familiar, laboral, social y cultural del paciente, sus experiencias, conocimientos, ideas, expectativas, etc., condicionan la respuesta de este a las intervenciones sanitarias. Conocer estas circunstancias resulta de interés para poder potenciar los beneficios de dichas intervenciones y minimizar sus potenciales daños. La escucha activa y el apoyo narrativo resultan imprescindibles para acceder al interior de la persona y contribuyen a potenciar la confianza, una de las armas más poderosas con las que contamos</p>
<p>Promoción y prevención según oportunidad y prioridad La promoción de la salud debe llevarse a cabo sobre «las causas de las causas», las causas fundamentales de las enfermedades (determinantes en salud). La prevención de la enfermedad debe efectuarse no de una forma sistemática, sino preferiblemente de manera oportunista, estando en relación con el problema que presenta el paciente, con contenidos y objetivos que le resulten relevantes y adaptados a sus circunstancias personales, para asegurarse una mayor adhesión y efectividad. Un ejemplo podría ser el consejo antitabaco breve ante una persona con infecciones respiratorias de repetición</p>
<p>Máxima calidad y mínima cantidad Prestación de servicios de máxima calidad con la mínima cantidad o intensidad, con tecnología y medios diagnósticos y terapéuticos apropiada, tan cerca del domicilio del paciente como sea posible y a las personas que verdaderamente lo necesitan (y no solo a las que solicitan la atención sanitaria)</p>
<p>Polivalencia La capacidad de poder llevar a cabo actividades diversas que cubran necesidades amplias de la población (desde cuidados pediátricos hasta paliativos, pasando por cirugía menor, atención a la mujer, al trabajador, etc.)</p>
<p>Capacidad resolutive Capacidad de dar orientación, de aportar una propuesta de mejor curso de acción (y no necesariamente siempre una solución) para la mayor parte de los problemas de salud de la población, lo cual incluye la derivación al segundo nivel asistencial cuando sea oportuna. Tanto la polivalencia como la capacidad resolutive precisan de un alto desarrollo competencial y de compromiso profesional</p>
<p>Función de filtro o gatekeeping La función de puerta de entrada da racionalidad al flujo de pacientes y protege a la población de cuidados innecesarios, al tiempo que permite a los especialistas hospitalarios mantener un nivel de pericia alto por atender a pacientes de más alta complejidad</p>
<p>Capacidad para coordinar los cuidados de pacientes El médico de familia debe asegurar la función de coordinación, ser el guía del paciente por el sistema sanitario, con el fin de asegurar la idoneidad de los cuidados y reducir la exposición a intervenciones potencialmente dañinas. Este papel se ve facilitado cuando se ejerce de forma adecuada la función de filtro, y resulta de especial interés en personas con múltiples enfermedades y tratamientos</p>
<p>Solidez clínica y científica, e integración de lo biológico con lo psicosocial Para poder llevar a cabo una función de filtro adecuada y ser polivalente y resolutive, es primordial tener una base clínica y demostrar solvencia científica sin olvidar el contexto psicológico y social para no caer en reduccionismos biológicos</p>

(Gervás, 2012a)

De este modo, puesto que la prevención cuaternaria es una actitud y una actividad general que contribuye a la seguridad del paciente, se precisa desarrollar más investigaciones en torno a ésta para poder establecer así sistemas de alerta sobre seguridad del paciente. (Gervás, 2006)

PREVENCIÓN CUATERNARIA EN LA MERCANTILIZACIÓN DE ENFERMEDADES O “DISEASE MONGERING”

El término medicalización surge en los años setenta a raíz del trabajo “Némesis médica” de Ivan Illyich, que analiza los cambios producidos en la definición y los límites de algunas enfermedades para aumentar la demanda de servicios médicos y drogas sanitarias.

Posteriormente, en los noventa, la periodista especializada en temas médicos Lynn Palmer acuña el término *disease mongering*, describiendo cómo funciona la invención de enfermedades mediante la dilución de los límites de la normalidad hasta situaciones extremas, que las transforman en enfermedades susceptibles de ser tratadas y, consecuentemente, de incrementar el mercado de medicamentos. (Morell, 2009) Se crea así éste fenómeno, que podría traducirse como la mercantilización de enfermedades, en el aspecto de la obtención de beneficios económicos fomentando la conciencia de enfermedad y la necesidad de fármacos para lograr la curación.

Podemos intuir algunas consecuencias de la sobremedicalización, como etiquetar enfermos siendo sanos, con la correspondiente carga física y emocional que conlleva, un aumento evitable de efectos secundarios a causa de la medicación utilizada y un mayor gasto económico. Asimismo, dedicar fondos a una determinada intervención hace que no se invierta en otra medida que pudiera ser más coste-efectiva.

En este fenómeno están implicados la sociedad, los pacientes, los propios médicos y la industria farmacéutica.

- La sociedad consumista por convertir la salud en un bien de consumo más.
- Los pacientes, por ser cada vez más proclives a transformar lo normal en patológico (p.ej. duelo) e intolerantes a cualquier malestar, demandando soluciones médicas a problemas que no son enfermedades (p. ej., cólicos del lactante).
- Los profesionales sanitarios por difundir la información de los productos de la industria.
- La industria farmacéutica por considerar como objetivo mercantil no sólo a los enfermos, sino también a personas sanas, promocionando campañas de concienciación de dolencias leves, que difumina los límites entre la salud y la enfermedad y genera una conciencia social de la necesidad de fármacos para casi todo. (Martínez González, 2014)

Por lo tanto, en el marketing de enfermedades intervienen distintos actores que contribuyen con distinto peso, pero que en conjunto multiplican los efectos. Hay alianzas informales entre la industria farmacéutica con grupos de médicos, líderes de opinión y grupos de pacientes, que utilizando los medios de comunicación, generan conciencia social de enfermedad acerca de un problema y, por tanto, necesidad de tratamientos.

A continuación, profundizaremos en cómo cada uno de estos grupos contribuye en la promoción de enfermedades.

Industria farmacéutica

La industria tiene un papel estelar en esponsorizar la definición de enfermedades, promocionándolas mediante campañas de concienciación a través de los medios de comunicación, que generan en los pacientes la necesidad de buscar un tratamiento que solucione su problema.

Su influencia sobre la prescripción de los médicos es tanto directa (pago de viajes a jornadas de formación, obsequios) como indirecta a través de programas de educación, financiando publicaciones científicas o grupos de investigación de instituciones académicas y con frecuencia, utiliza líderes de opinión de la profesión médica por medio de cursos impartidos y artículos publicados en revistas especializadas importantes.

Actualmente su influencia directa se ha visto limitada por una serie de normas, éticas y legales, las cuales restringen la oferta por parte de los laboratorios de regalar viajes, todo objeto que no sea un artículo de escritorio o utensilio de uso profesional.

Gran parte de los estudios de investigación de fármacos tanto en universidades como en otros organismos públicos o privados están financiados por las compañías farmacéuticas que crean dichos fármacos. Aunque el hecho no significa siempre que el estudio esté sesgado, la probabilidad de que las conclusiones sean favorables al fármaco estudiado es entre cuatro y cinco veces mayor que con financiadores sin ánimo de lucro.

Medios de comunicación

Los medios de comunicación son la mayor fuente de información de salud de la población general, informando de nuevos avances técnicos y nuevos tratamientos. Las historias de temas relacionados con la salud son parte importante de los guiones para acaparar audiencia, y los periódicos y televisiones tienen espacios exclusivos y periodistas especializados en salud. Influyen en fomentar el uso de los servicios sanitarios en la población, ampliando los límites de la enfermedad, aceptando de forma no crítica las definiciones de éstas, sobreestimando prevalencias, subrayando titulares con casos anecdóticos sin distinguir grado de enfermedad, sugiriendo en ocasiones desconocimiento de los médicos en relación a ciertas enfermedades, o en base a listas de síntomas que inducen a los pacientes a consultar a sus médicos.

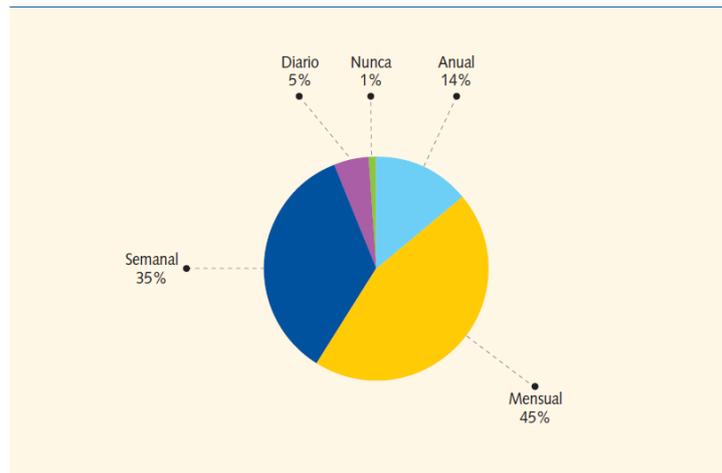
Respecto a los tratamientos, es habitual magnificar los beneficios de un fármaco en términos de “curaciones milagrosas” o usar descripciones cualitativas como “mejoría significativa”. Es frecuente también minimizar los efectos secundarios o sugerir que los tratamientos a largo plazo son seguros y efectivos, ignorando la duración de los ensayos clínicos en los que están basados dichos tratamientos.

Pero también hay que decir que cada vez hay más periodistas escépticos que están haciendo trabajos de investigación sobre este tema con el suficiente rigor, cordura y responsabilidad. De hecho, han sido periodistas como Lynn Payer y Ray Moynihan, entre otros, los primeros que alzaron la voz y denunciaron públicamente el creciente negocio de las enfermedades. En España, también empiezan a aparecer en los medios de comunicación artículos dedicados a este mercadeo.

Médicos

La profesión médica está fuertemente implicada. La industria farmacéutica gasta cantidades ingentes de dinero en la “educación” de los médicos para favorecer sus intereses, ya que evidentemente si esta “docencia” no revirtiera en beneficios para las compañías, con bastante probabilidad dejaría de ofertarse e impartirse.

Un estudio publicado en los noventa comprobó que en un mes casi el 50% de los médicos utilizaba información ofrecida por los visitadores de laboratorios farmacéuticos en la atención a sus pacientes y tan solo un 1% de los médicos nunca utilizaba dicha información sesgada en su práctica profesional.



Adaptada de Caudill TS, Jonson MS, Rich EC, McKinney WP. Physicians, pharmaceutical sales representatives and the cost of prescribing. Arch Fam Med. 1996;5:201-6.

Porcentaje de médicos que usan la información proporcionada por la industria farmacéutica en su práctica clínica

La industria farmacéutica, por su naturaleza mercantil, debe vender sus productos y utilizar sus técnicas comerciales, que pueden traspasar en no pocas ocasiones las normas éticas. Pero los médicos que se implican con ellos son igual o más responsables si se dejan manejar por este comercio. Muchos países y organizaciones han reconocido que ésta no es una relación sana para la atención de los pacientes, y ya hay códigos de buena práctica en esta relación.

Políticos y administración sanitaria

Aunque lo deseable sería que nunca se hiciera política con la sanidad y la salud, este apartado “vende” en todos los programas de grupos políticos, por lo que la protección de la salud de los ciudadanos y la oferta de prestaciones y soluciones, a veces con poca evidencia, permite que les lleguen más votos. Por otro lado, se instauran algunos programas preventivos poblacionales que carecen de evidencia científica o se instauran actividades sin suficientes datos de eficacia y seguridad. De alguna manera los organismos gubernamentales encargados de ejercer la función de control del mercado de fármacos en beneficio de los pacientes, entran en este juego.

Pacientes

Tal como hemos señalado, hay una convicción generalizada en la población actual de que la medicina moderna y tecnológica todo lo puede, que unido, entre otros factores, al nivel educativo, al acceso a la información sanitaria vía Internet y a la cultura del consumismo, hace que se busquen e incluso se exijan soluciones médicas ante problemas que no lo son. Esta forma de ver la salud genera una base propicia para el mercadeo de enfermedades. En no pocas ocasiones, hay usuarios que a pesar de conocer las escasas alternativas médicas a un problema serio de salud, incluso con balance riesgo/beneficio desfavorable, insisten en usarlas “porque está incluido” o porque se niegan a aceptar la realidad. Es la llamada “regla del rescate” que puede llevarse a extremos, como sería el caso de actuaciones medicas éticamente no razonables en pacientes terminales.

¿Y cómo resistir a tantos intereses?

Cada colectivo tiene que poner su grano de arena. Los médicos, por un lado, deberíamos añadir una dosis de prudencia ante cualquier innovación, y por otro, independizar nuestra formación de la industria. Además, sería prioritario indagar en la etiología biopsicosocial de muchas enfermedades. Los gestores sanitarios deberían contemplar la formación de sus profesionales con la misma importancia que la asistencia, de forma que no sea casi tarea de héroes mantener una formación continuada, sin tener que acudir a la autofinanciación o a fuentes externas. Los políticos deben hacer una valoración ética y equitativa, y no solo económica de los ofrecimientos de la industria. Y todos, como pacientes que antes o después seremos, debemos buscar la solución de los motivos de infelicidad, las imperfecciones de la mente y del cuerpo y los momentos de angustia, no sólo ni fundamentalmente en la medicina. (Morell, 2009)

PREVENCIÓN CUATERNARIA A LA HORA DE PRESCRIBIR FÁRMACOS

A medida que avanzamos como sociedad aumenta el acceso a nuevos fármacos. Las tecnologías de diagnóstico ayudan a identificar nuevas enfermedades, para las que se utilizan más medicamentos. No hace falta estar enfermo para tomar fármacos: también se usan para mantener la salud o alejar la posibilidad de enfermar. Una parte importante de los medicamentos nos ayudan a vivir más y mejor, y eso nos anima a consumirlos con más asiduidad. El resultado es que cada día hay más personas mayores, y que se toman cada vez más fármacos.

Pero esta combinación de “más edad=más pastillas” no acaba siempre en “más salud”. Cuanto más se llena de medicamentos el pastillero más común es que aparezcan, involuntariamente, errores y efectos adversos, a veces de consecuencias serias. Todos estos inconvenientes son más frecuentes en los ancianos que llamamos “frágiles”, puesto que son más vulnerables a los efectos dañinos de los fármacos y obtienen generalmente menos beneficio de ellos. Sin embargo, pueden presentarse en cualquier persona de cualquier edad que tome habitualmente medicamentos. (Gavilán, 2015) Está estudiado que el 10% de los pacientes que visitan al médico de atención primaria tendrán una reacción adversa en los próximos 6 meses, lo cual afecta a más de 1.5 millón de personas al año. (Kalisch, 2011)

Los profesionales sanitarios debemos hacernos cargo de esta situación y tratar de aliviar en lo posible la carga de medicamentos, tratando finalmente de reducir la posibilidad de que se comenten errores o aparezcan daños. A todo este proceso de “repensar” las prescripciones médicas, deshaciendo los entuertos que provocan, se conoce como “deprescripción”. (Gavilán, 2015)

Pero deprescribir no es sólo quitar medicamentos, (Gavilán, 2013) sino llevar a cabo el proceso de adecuación terapéutica, esto es, el proceso de elección de la terapia del paciente en el que, mediante la indicación, la prescripción, la dispensación, la administración y el seguimiento, el profesional puede conseguir unos resultados apropiados a las condiciones y circunstancias del propio paciente y del conjunto de la comunidad. Así, podríamos considerar como utilización inadecuada de los fármacos la sobremedicación, la inframedicación y el uso inapropiado.

A continuación explicaremos varios conceptos que adquieren relevancia para entender lo que es la deprescripción y la adecuación terapéutica.

Respecto a la adecuación farmacológica, algunos autores consideran que en el inicio o mantenimiento de un tratamiento se deben tener en cuenta necesariamente las metas de la atención prestada y los objetivos del tratamiento pautado, además de otros aspectos, como la esperanza y la expectativa de vida del paciente y el tiempo estimado del tratamiento pautado hasta que exista un beneficio clínico significativo. Este modelo, diseñado inicialmente para los cuidados paliativos, pero aplicable a cualquier ámbito de la atención sanitaria, se esquematiza en una pirámide truncada donde se incluyen los cuatro pasos que determinan el proceso de la toma de decisiones relacionadas con la medicación (figura 1).

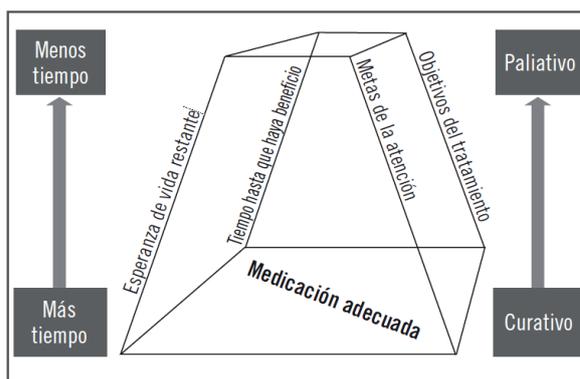


Figura 1. Modelo de toma de decisiones para optimizar la prescripción farmacológica en función de las expectativas de vida del paciente. Modificada de Holmes et al.⁴⁶

Actualmente, diversos autores consideran que la adecuación farmacológica presenta tres componentes esenciales: fundamentación en criterios científicos, racionalismo técnico y consideración del bien general (que incluye las implicaciones y los aspectos familiares y sociales), a los que habría que añadir también las preferencias y valores del paciente. Asimismo, se considera que la adecuación está implicada en cualquier momento de la “cadena del medicamento”, desde el diagnóstico y la prescripción facultativa hasta la administración del medicamento y su posterior seguimiento, pasando por la dispensación farmacéutica.

De esta manera, la deprescripción consiste en una serie de fases que se resumen en la siguiente tabla.

Tabla 3. Fases del proceso de deprescripción de medicamentos según Gavilán y Cols

Revisar	<ul style="list-style-type: none"> – Listado completo de medicamentos – Valorar estado físico y aspectos de la persona y su contexto sociofamiliar
Analizar	<ul style="list-style-type: none"> – Evaluar la adherencia, interacciones y efectos adversos – Valorar metas de atención, objetivos del tratamiento, esperanza de vida y tiempo hasta beneficio
Actuar	<ul style="list-style-type: none"> – Comenzar por deprescribir fármacos inapropiados, que dañan o no se usan – Paso de escenario preventivo o modificador de la enfermedad a paliativo o sintomático
Acordar	<ul style="list-style-type: none"> – Expectativas, creencias, preferencias – Adaptar el ritmo a las posibilidades reales
Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> – Resaltar logros, valorar adherencia a la deprescripción, apoyar – Detectar reaparición de síntomas o agravamiento de la enfermedad de base

Como cualquier intervención médica, la deprescripción puede tener consecuencias positivas y negativas. Entre las positivas, cabe destacar una mayor satisfacción del paciente, mejoras funcionales y de la calidad de vida, reducción del riesgo de efectos adversos e interacciones, y menor coste para el paciente y para la comunidad. En otras ocasiones no hay cambios apreciables en los resultados de

salud. En cualquier caso, siempre se deben tener en cuenta las posibles complicaciones que podrían derivarse de la deprescripción:

-Síndrome de retirada: es más probable en el caso de fármacos que afectan al sistema nervioso central, como es el caso de las benzodiazepinas. El síndrome de retirada se podría evitar si la retirada se hace lentamente y bajo supervisión médica. En el caso de los antidepresivos ISRS generalmente suele ser leve y se resuelve en unos diez días. El cese abrupto de levo-dopa puede precipitar una clínica grave con rigidez muscular, inestabilidad y pérdida de conciencia.

-Efecto rebote: la discontinuación de beta-bloqueantes puede asociarse a taquicardia e hipertensión de rebote y puede agravar la insuficiencia cardiaca o la isquemia.

-Desenmascaramiento de interacciones: por ejemplo, al discontinuar fármacos en un paciente tratado con acenocumarol se puede alterar el INR.

-Reaparición de síntomas: por ejemplo, insomnio tras el cese de hipnóticos.

Para incrementar el grado de confianza del paciente en el proceso de deprescripción es fundamental que dichos cambios se realicen de forma gradual y que el seguimiento sea estrecho, sobre todo al comienzo (que es cuando suelen aparecer los principales problemas), manteniendo una actitud de “puerta abierta”, involucrando activamente al paciente o a su cuidador en las decisiones y aclarando que ningún cambio es irreversible. (Infac, 2012)

La polimedicación, también llamada polifarmacia por traducción literal del inglés *polypharmacy*, se puede definir atendiendo a criterios de calidad o de cantidad.

Respecto a la cantidad, no parece haber consenso para establecer el límite a partir del cual estaríamos hablando de polimedicación. El Ministerio de Sanidad y Política Social considera polimedificados a los “pacientes con enfermedad crónica que están tomando más de 6 medicamentos, de forma continuada, durante un periodo igual o superior a 6 meses”. Para algunos autores tomar tan solo 2 medicamentos ya se consideraría polimedicación, para otros el límite está en 3 y otros autores hablan de 4 para los pacientes ambulatorios y 10 para los institucionalizados. Monane et al.¹⁰ establecen el punto de corte en 5 medicamentos, que es el más utilizado en la bibliografía. Bjerrum et al.¹¹, por el contrario, consideran tres niveles: polimedicación menor, si se toman 2 o 3 fármacos, moderada, de 4 a 5, y mayor, si se toman más de 5 fármacos.

Aunque algunos estudios no contabilizan los tratamientos tópicos, dada la posibilidad de provocar efectos adversos sistémicos e interacciones medicamentosas, es más prudente que se tengan en cuenta todos los medicamentos, independientemente de su formulación, grupo terapéutico y presentación. Por el contrario, los productos sanitarios que no contengan un principio activo y determinadas formulas nutricionales con propiedades terapéuticas, aunque sea imprescindible tenerlos en cuenta por la posibilidad de interacciones y efectos adversos, generalmente no cuentan dentro del cómputo total. Igualmente, se debe hacer un recuento total, incluyendo no sólo los medicamentos prescritos por los facultativos, sino también los de venta libre y los que el paciente toma por su cuenta o por recomendación de terceros. Otra cuestión que cabe valorar es la duración de la terapia: sólo se contabiliza la medicación para enfermedades crónicas y no la utilizada para procesos agudos.

Respecto a los criterios cualitativos, se entiende por polifarmacia el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, por lo que no estaríamos hablando de polimedición si la pauta fuera adecuada, aunque el número de medicamentos fuese elevado. Sin embargo, está demostrado que cuanto mayor es el número de fármacos, mayor es la posibilidad de que alguno sea inapropiado.

Rollason y Vot distinguen tres posibles situaciones que podrían ser muy útiles para contextualizar el estudio de la polimedición:

- 1.-Polimedición adecuada. Cuando el paciente toma muchos fármacos, pero todos ellos tienen indicación clínica. El objetivo en este caso no es reducir el número de fármacos, sino mantener la adecuación.
- 2.-Polimedición inadecuada. Cuando se toman más medicamentos de los clínicamente indicados. El objetivo es reducir al máximo el número de fármacos inapropiados.
- 3.-Seudopolimedición. Sería el caso del paciente en cuyo historial están registrados más fármacos de los que realmente está tomando. El objetivo es conseguir conciliar la medicación.

Dentro del concepto de polimedición se incluye el “efecto cascada” que supone el uso de fármacos para tratar efectos adversos provocados por otros. En la tabla 4 presentamos varios ejemplos de éste fenómeno. (Villafaina, 20)

Tabla 4. Fármacos implicados en el efecto cascada

Medicines implicated in the prescribing cascade		
Medicine	Adverse drug reaction	Second medicine prescribed to treat adverse drug reaction of first medicine
Cholinesterase inhibitor ¹⁷	→ Incontinence	→ Anticholinergics (e.g. oxybutynin)
Vasodilators, diuretics, beta blockers, calcium channel blockers, ACE inhibitors, NSAIDs, opioid analgesics, sedatives, statins ⁵	→ Dizziness	→ Prochlorperazine
NSAIDs ⁴	→ Hypertension	→ Antihypertensives
Thiazide diuretics ⁴	→ Hyperuricaemia, gout	→ Allopurinol or colchicine
Metoclopramide ⁴	→ Movement disorder	→ Levodopa
ACE inhibitor ^{7,18}	→ Cough	→ Cough suppressant and/or antibiotic
Paroxetine, haloperidol ¹⁹	→ Tremor	→ Levodopa-carbidopa
Erythromycin ²⁰	→ Arrhythmia	→ Antiarrhythmics
Antiepileptic medicines ²¹	→ Rash	→ Topical corticosteroids
Antiepileptic medicines ²¹	→ Nausea	→ Metoclopramide, domperidone
Digoxin, nitrates, loop diuretics, ACE inhibitors, oral corticosteroids, antibiotics, NSAIDs, opioid analgesics, methylxanthines (e.g. theophylline) ²²	→ Nausea	→ Metoclopramide
Antipsychotics ²³	→ Extrapyramidal adverse effects	→ Levodopa, anticholinergics

NSAIDs non-steroidal anti-inflammatory drugs ACE angiotensin converting enzyme

(Kalisch, 2011)

¿Y cómo prevenir el efecto cascada?

-Comenzar la administración de un nuevo fármaco a dosis bajas e ir adaptando la dosis poco a poco con el fin de disminuir el riesgo de efectos adversos.

-Incluir siempre en el diagnóstico diferencial de nuevos síntomas la posibilidad de que sea una reacción adversa al fármaco, sobre todo si el fármaco es de reciente prescripción o si se ha cambiado la dosis.

-Si se ha prescrito un nuevo fármaco o se ha cambiado la dosis de éste, preguntar a los pacientes si han tenido nuevos síntomas.

-Informar a los pacientes de los posibles efectos adversos de los fármacos que toman y qué hacer en caso de que alguno ocurra.

-La prescripción de un segundo fármaco dirigido a tratar un efecto adverso producido por otro fármaco se debe realizar tras valorar que los beneficios de continuar con el fármaco son mayores que el riesgo adicional que suponen los efectos adversos del segundo fármaco. (Kalisch, 2011)

Como quiera que definamos la polimedición, sus efectos y consecuencias son casi siempre negativos. Por un lado, el cumplimiento terapéutico decae cuanto mayor es el número de fármacos prescritos; de ahí que uno de los principales objetivos sea aumentar el cumplimiento en los pacientes polimedidos. Igual ocurre con los efectos adversos y las interacciones medicamentosas. Todo esto conlleva un mayor riesgo de hospitalización y mortalidad. Sin embargo, muchos de los factores asociados a la polimedición se pueden paliar o ser reversibles (Tabla 5) con lo que probablemente muchos efectos sean prevenibles. (Villafaina, 2011)

Tabla 5. Algunos factores dependientes e independientes asociados a la polimedición inadecuada.

Dependientes del paciente

- Factores biológicos: edad avanzada^{14,40}, mujeres⁴¹
- Consumo de fármacos específicos: ansiolíticos^{14,42}, sedantes⁴², antidepresivos⁴², analgésicos⁴², inhibidores de plaquetas⁴² o espasmolíticos⁴²
- Morbilidad asociada: tener tres o más enfermedades crónicas⁴⁰, enfermedades respiratorias, hipertensión arterial³⁴, enfermedades cardiovasculares^{*8}, diabetes^{*8} y síntomas digestivos^{*8}
- Factores psicológicos: depresión^{14,40}, escasa autopercepción de la salud^{34,40,43}
- Factores sociales: situación económica deficiente¹⁴, nivel educativo bajo^{*44,45}, soledad¹⁴, situación de dependencia^{34,40}, vivir en zonas rurales⁴²

Dependientes del sistema sanitario

Contacto con los servicios sanitarios en los últimos 3 meses⁴⁰, ingresos hospitalarios previos⁴⁰, haber tenido interconsultas con diversos especialistas⁴², ser atendido por diferentes prescriptores⁵ o acudir a múltiples farmacias³³, y existencia de discrepancias entre pacientes y facultativos en cuanto a la historia farmacoterapéutica³⁴

Todos son factores independientes identificados mediante análisis multivariante, excepto los marcados con *.

En septiembre de 2011, la revista Archives of Internal Medicine publicó una revisión titulada “Principles of conservative prescribing” en la que los autores muestran a su criterio cuáles son los principios de una prescripción juiciosa, basándose en una mezcla de estudios científicos y sentido común. Los consideran un requisito previo para el uso seguro y apropiado de los medicamentos. Se basan en pruebas experimentales y en lecciones de estudios recientes que demuestran problemas con medicaciones ampliamente prescritas y ofrecen una serie de consejos para una más cauta y prudente prescripción. En estos se urge a los médicos a:

1) Pensar más allá de los fármacos: considerar los tratamientos no farmacológicos, tratar las causas subyacentes potencialmente tratables en lugar de tratar únicamente los síntomas y el uso de una buena prevención (ejercicio físico, abandono del tabaco, adecuada alimentación).

2) Practicar una prescripción más estratégica: aplazar el tratamiento de fármacos que no son urgentes, evitar el cambio injustificado de medicamentos, ser prudente con respecto al uso de fármacos no probados y procurar usar un solo fármaco cuando se inicia un tratamiento.

3) Mantener una mayor vigilancia sobre los efectos adversos: sospechar reacciones por los fármacos, ser conscientes de síndromes de abstinencia y educar a los pacientes para que sepan sospechar las potenciales reacciones.

4) Actuar con cautela y escepticismo con respecto a nuevos medicamentos: buscar información imparcial y esperar a que los fármacos lleven el tiempo suficiente en el mercado, evitar ir más allá de las indicaciones autorizadas, evitar la seducción de la elegante farmacología molecular y tener cuidado con la información sesgada de los ensayos clínicos.

5) Trabajar con los pacientes para una agenda compartida: no acceder de forma automática a las solicitudes de fármacos, considerar la historia de falta de adherencia previa antes de añadir fármacos a una pauta, evitar el reinicio de tratamiento de fármacos que previamente no han funcionado, interrumpir el tratamiento con medicamentos que no sean necesarios y respetar las preferencias de los pacientes sobre los fármacos.

6) Considerar los impactos más amplios a largo plazo, esto es, sopesar los resultados a largo plazo. (Schiff, 2011)

Por lo tanto, para el control de todo esto se precisa una participación conjunta de todos los profesionales de la salud, y que el médico de atención primaria revise las prescripciones del paciente cada cierto tiempo, corrobore la adecuada toma de éstos y compruebe que no le producen efectos adversos. Como dice la OMS “No importa lo efectivo y seguro que sea un producto intrínsecamente, sólo puede cumplir su función si es utilizado correctamente”. (Prieto Nieto, 2015)

PREVENCION CUATERNARIA EN SALUD MENTAL

La psiquiatría, la salud mental, es una especialidad compleja que trata de dar cuenta de los problemas que surgen en el terreno de la conducta, el pensamiento y las emociones humanas. Resulta muy complicado conceptualizar y acotar los problemas mentales y esta dificultad propicia una extraordinaria laxitud diagnóstica y la falta de tratamientos definitivos, precisos y ajustados.

En estas circunstancias, en los últimos decenios se ha producido una eclosión de psicofármacos que ha favorecido un incremento extraordinario de su consumo. Se han convertido en uno de los grupos de medicamentos más rentables para la industria farmacéutica pero también más perjudicial para los ciudadanos. Los antidepresivos, neurolepticos, benzodiacepinas, estabilizadores del ánimo y los derivados anfetamínicos pueden ser útiles durante un tiempo determinado de tratamiento en personas concretas con problemas mentales. Pero no podemos olvidar que junto a los efectos beneficiosos, los psicofármacos producen efectos adversos que hay que considerar en su prescripción. De tal manera que en salud mental, la prevención cuaternaria incluye proteger a los pacientes de intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas excesivas, inadecuadas o innecesarias.

IATROGENIA EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA

La ausencia de pruebas objetivas en psiquiatría que pudieran trazar el límite entre la supuesta normalidad y la enfermedad ha permitido que en ocasiones se produzca una psiquiatrización de la vida cotidiana. Los sufrimientos y malestares que siempre se han considerado respuestas emocionales sanas, legítimas y adaptativas se transforman en enfermedades mentales que precisan un tratamiento psicofarmacológico. Igualmente, cualquier desviación de una supuesta normalidad en esta sociedad individualista y competitiva, se ha transformado en una tara que ha de corregirse con un medicamento. A consecuencia de todo esto, ha propiciado que buena parte de la población esté tomando uno o varios psicofármacos. (Ortiz Lobo, 2015)

Un ejemplo son las intervenciones en duelos normales que solicitan tratamiento. Como no hay patología en ese momento, la justificación para tratarlos sería prevenir que se conviertan en duelos patológicos o trastornos afectivos. Los resultados de un metaanálisis de 23 ensayos clínicos aleatorizados que comparan terapia del duelo vs no-tratamiento muestran que el tratamiento empeora a los sujetos. El 38% de los que recibieron tratamiento hubieran alcanzado un estado de funcionamiento superior si se les hubiera asignado al grupo de no-tratamiento. (Neimeyer, 2000) Otro ejemplo es la prevención del trastorno de estrés postraumático (TEPT) con “debriefing” (grupos de víctimas se reúnen tras un hecho traumático y relatan la experiencia vivida desde el presupuesto de que se elaborará e integrará mejor). Su eficacia no se ha conseguido demostrar (Sijbrandji, 2006) y un metaanálisis encontró que las víctimas que hacían “debriefing” podían presentar mayor incidencia de TEPT. (Rose, 2002)

IATROGENIA EN EL DIAGNÓSTICO

La nosología en psiquiatría y salud mental no es algo cerrado. La enorme variabilidad en número y contenido de las categorías diagnósticas a lo largo de la historia da cuenta de su provisionalidad. Su vigencia depende del momento histórico y social, de qué tipo de profesionales establecen los criterios diagnósticos y la representación social de la profesión. El diagnóstico de enfermedad mental puede limitar la autonomía de la persona y por su carácter estigmatizador puede contribuir a la pérdida de estatus social y tener mayores expectativas de ser rechazado, lo cual afecta a la vida diaria. (Ortiz Lobo, 2011)

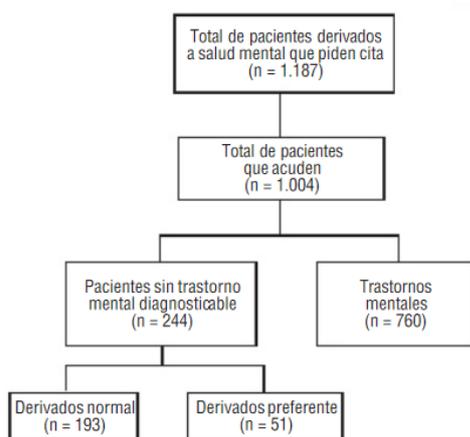
Con el DSM- V, al haberse establecido nuevos diagnósticos y umbrales diagnósticos más bajos para varios desórdenes existentes, se puede estar identificando muchos nuevos y mal identificados pacientes “falsos positivos”. Pongamos un ejemplo. Allen Frances, tras dirigir el DSM-IV, juzgó el DSM-V además de por muchos otros temas, por el riesgo de la medicalización del duelo normal : “El DSM-V inutilizará los 30 años de práctica de diagnóstico de Depresión Mayor, al ser efectuado en aquellos individuos cuya reacción al duelo sintomáticamente recuerda un Episodio Depresivo Mayor (por ej.: dos semanas de ánimo depresivo, pérdida de interés en actividades, insomnio, pérdida de apetito, y problemas en concentrarse inmediatamente posteriores a la pérdida del cónyuge, serán un trastorno mental). Esto es un sorprendente y radical cambio que podría ayudar a algunos individuos, pero causará un enorme problema de falsos positivos, especialmente desde que hay mucha variabilidad individual y cultural en sobrellevarlo. Por supuesto el duelo se transforma en un blanco extremadamente atractivo para las compañías farmacéuticas”.

Esto quiere decir que hacer un diagnóstico a un paciente no es algo que se pueda hacer sin antes valorar la posibilidad de que el paciente presenta una respuesta emocional adaptativa u otro problema no considerado enfermedad mental. (Frances, 2014)

IATROGENIA EN EL TRATAMIENTO

Las intervenciones terapéuticas pueden dañar al paciente de diferentes maneras:

1.- INDICACIÓN DE UN TRATAMIENTO QUE NO PROCEDE. En los últimos años, los servicios de salud mental públicos están asistiendo a un incesante incremento de distintas demandas por parte de la población que no se corresponden con los trastornos clásicos y que tienen una respuesta técnica sanitaria muy dudosa. Son demandas que muchas veces tienen que ver con sentimientos de malestar estrechamente relacionados con los avatares de la vida cotidiana, sentimientos desagradables (tristeza, angustia, rabia, frustración, impotencia, soledad, odio, agresividad...) que aparecen en el contexto de un acontecimiento o situación vital estresante como respuesta emocional adaptativa y proporcionada y, por tanto, no patológica. Otras veces, las demandas están desencadenadas por sufrimientos, rechazos o temores del entorno inmediato al paciente ya que en el campo de la salud mental, la necesidad no siempre está determinada por el sufrimiento de la persona. (Ortiz, 2004)



En 2006 se realizó en España un estudio en el que se evaluó clínicamente a todos los pacientes nuevos (n = 1.004) que acudieron de manera consecutiva, sin excluir a ninguno, durante un año, a un centro de salud mental para determinar cuántos no podían ser diagnosticados de un trastorno mental según la CIE-10.

De un total de 1.004 pacientes evaluados en el año, 244 (el 24,4%) (intervalo de confianza [IC] del 95%,21,6-27) no reunieron criterios para ser diagnosticados de trastorno mental según la CIE-10. Los pacientes con un diagnóstico de un código Z tienden a solicitar, ellos mismos o su familia (54,5%) (IC del 95%,48,3-60,8), la remisión a un servicio de salud mental, que se hace casi en su totalidad (95,5%) (IC del 95%,92,1-97,7) a través del médico de atención

Esquema general del estudio

Estudio transversal sobre la totalidad de los pacientes derivados al centro de salud mental a lo largo de un año.

primaria. Más de la mitad recibe psicofármacos pautados principalmente por el médico de cabecera y un 20,9% (IC del 95%,15,8-26) es remitido con carácter preferente.

Por lo tanto, en este estudio se observa que hay una cantidad excesiva de pacientes que no presentan un trastorno mental diagnosticable y que son remitidos al centro de salud mental, muchos con tratamiento psicofarmacológico pautado, lo que pone en cuestión la función de filtro asistencial de la atención primaria con estas personas. Probablemente, la indiscriminada demanda asistencial de la población junto con una tendencia excesiva en la utilización de psicofármacos en la salud mental explican parte de este fenómeno. (Ortiz Lobo, 2006)

2.-TRATAMIENTOS EXCESIVOS EN CANTIDAD. Dosis inadecuadas de psicofármacos, prescripción de demasiadas intervenciones psicosociales en personas con trastornos mentales graves que precisen menor estimulación en ese momento clínico.

3.-TRATAMIENTOS INADECUADOS TÉCNICAMENTE. Mezclas injustificadas de psicofármacos, psicoterapias técnicamente mal realizadas.

Resulta necesario profundizar en este tema para una mejor comprensión y para conocer cuál es la manera de mejorar en nuestra práctica clínica diaria:

La iatrogenia en la relación terapéutica entre el profesional y el paciente es algo a tener en cuenta, ya que sin ser la intención del profesional al comunicarle el pronóstico de su enfermedad o al darle las indicaciones del tratamiento que tendrá que seguir, el paciente adopta un rol pasivo en vez de afrontar éste problema y al no sentirse bien recibe atención del profesional que es lo que necesita. Por lo que el objetivo será insistir al paciente que él, de una forma activa frente al problema, es el que tiene la capacidad de mejora de su enfermedad.

Respecto a **la iatrogenia del tratamiento psicofarmacológico**, es importante decir que cada vez hay más pruebas de que la posible eficacia de los psicofármacos se debe más a factores inespecíficos que a supuestos mecanismos bioquímicos específicos que se ajustan a un diagnóstico o a una sintomatología. De esta manera, las pocas categorías de fármacos que se usan en psiquiatría, se utilizan de forma inespecífica en un gran abanico de trastornos. Así, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) supuestamente sirven para el tratamiento de condiciones tan dispares como el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno límite de la personalidad, los trastornos de la alimentación, el trastorno de pánico, la fobia social, la depresión y el trastorno del control de los impulsos; los nuevos neurolépticos se están revelando como antidepresivos, estabilizadores del humor y ansiolíticos. Por lo que parece que los psicofármacos no corrigen desequilibrios en los neurotransmisores sino que, al contrario, los provocan e inducen estados psicológicos que pueden resultar útiles de forma inespecífica en el tratamiento de ciertos síntomas. Este efecto difuso de los psicofármacos pone cada vez más en perspectiva su efectividad y alerta sobre los daños que pueden causar. (Ortiz Lobo, 2011)

Además, parece que la mayoría de los tratamientos psicofarmacológicos sean para toda la vida, pero no es así, siempre hay que hacer un seguimiento e individualizar. Por ejemplo, ante un diagnóstico de esquizofrenia siempre se ha dicho que al ser una enfermedad crónica precisará un tratamiento crónico. Se realizaron el año pasado 2 estudios prospectivos, uno a 7 años y otro a 20 años, en el que los pacientes aleatorizados en ramas de deprescripción o de suspensión de neurolépticos evolucionaban mejor. Esto no quiere decir que todos los pacientes tengan que abandonar el tratamiento, simplemente que hay que hacer un seguimiento y valorar esta posibilidad, pudiendo aplicar esto también a otros psicofármacos. (Ortiz Lobo, 2015)

De esta manera, se cuestiona la creencia de que los neurolépticos sean un tratamiento crónico imprescindible para las psicosis, se acumulan pruebas sobre las limitaciones que producen y se consideran una posible barrera para la recuperación de las personas que los toman. Hay datos que apoyan la idea de que parte de la cronicidad y de las recaídas se deben precisamente a estar en tratamiento con neurolépticos, porque pueden producir psicosis de rebote, por sensibilización, discinesia tardía y síntomas negativos. Así, algunos pacientes se mantienen en tratamiento con neurolépticos para no recaer del problema que les generan estos, mientras se acumulan otros efectos secundarios y se limita su recuperación. Si bien

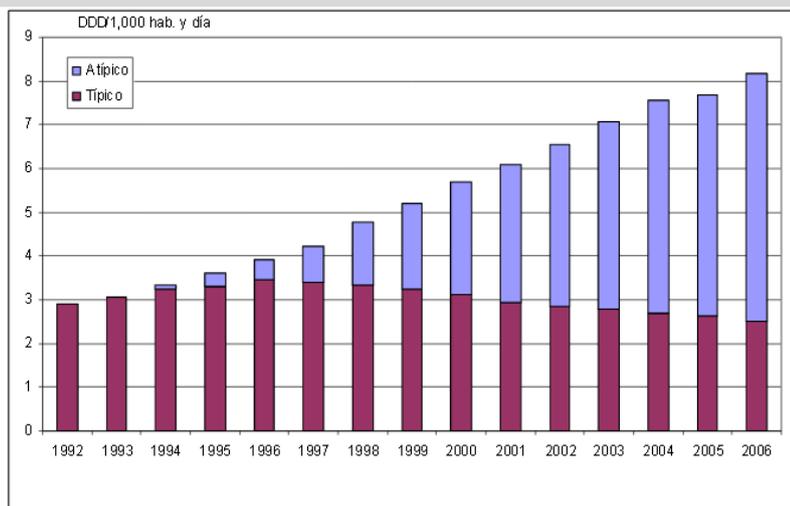
esta idea puede resultar especulativa y se apoya solo en algunos estudios, no lo es más que la idea que presupone lo contrario, aunque esté basada en múltiples estudios diseñados y financiados con el fin de aprobar los fármacos. (Ortiz Lobo, 2011)

Recientemente el grupo de Andreasen ha confirmado por estudios neuropatológicos que los antipsicóticos no tienen efectos neuroprotectores y que pueden contribuir a la disminución del volumen cerebral de los que los utilizan. Todo esto puede explicar los peores resultados en algunas áreas relacionadas con la recuperación de una vida productiva de los pacientes que toman tratamiento de forma indefinida frente a los que no, apoyando los hallazgos de los estudios de la OMS que encuentran mejores resultados en países en los que los pacientes no disponen de estos tratamientos. (Ortiz Lobo, 2011)

A pesar de los datos que se acumulan sobre el aumento de mortalidad y morbilidad en ancianos con deterioro cognitivo, que ha llevado a generar alertas y avisos en el etiquetado de los antipsicóticos, se siguen usando de forma indiscriminada. La elevada incidencia de obesidad, diabetes, hipertensión arterial y otros efectos ha llevado a describir el “síndrome metabólico” producido por neurolepticos “atípicos” con una gran morbimortalidad asociada. La presencia de estos graves efectos secundarios con neurolepticos de segunda generación y el descubrimiento de que no aportan mayor eficacia que los de primera (algunos menos) ha llevado a replantearse la actual indicación de éstos como fármacos de primera línea frente a los antiguos. A pesar de esta iatrogenia, hay una tendencia creciente en usarlos para indicaciones fuera de etiquetado, como la ansiedad. (Ortiz Lobo, 2011)

Presentamos en una gráfica el uso de antipsicóticos en España que pese a ser sólo hasta 2006 ya se ve el incremento de su uso, reflejado de manera exponencial en la gráfica 1, curva que comienza a ascender en el momento de aparición de los antipsicóticos atípicos. (Carvajal, 2007).

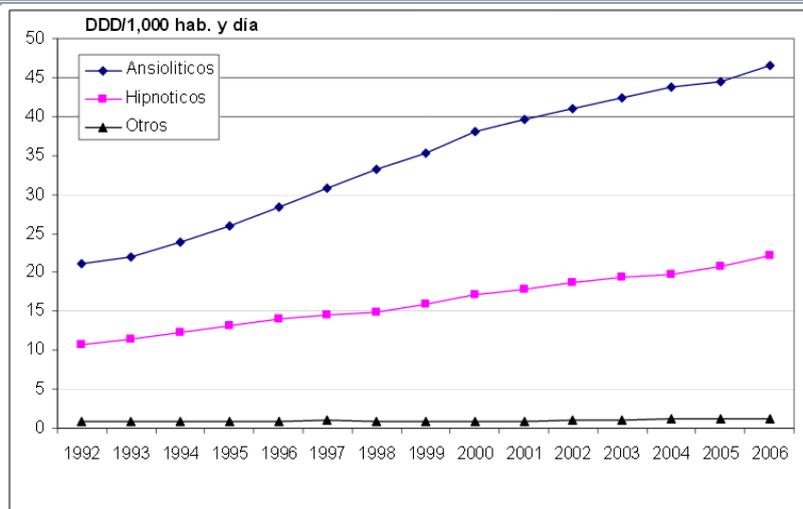
Gráfica 1. Utilización de antipsicóticos en España. Datos expresados en DDD/1000hab. y día. Sistema Nacional de Salud.



No nos detendremos en las benzodiazepinas, sobre las que hay mucha literatura y cuyo efecto adverso más relevante del uso crónico (Ashton, 2005), más allá de la dependencia, es el deterioro cognitivo (Barker, 2004).

Aun así, su uso en España se mantiene en un incremento mantenido, siendo el país de la Unión Europea donde más se consumen. (Gráfica 2)

Gráfica 2. Evolución de la utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España. Datos expresados en DDD/1000hab. y día. Sistema Nacional de Salud.

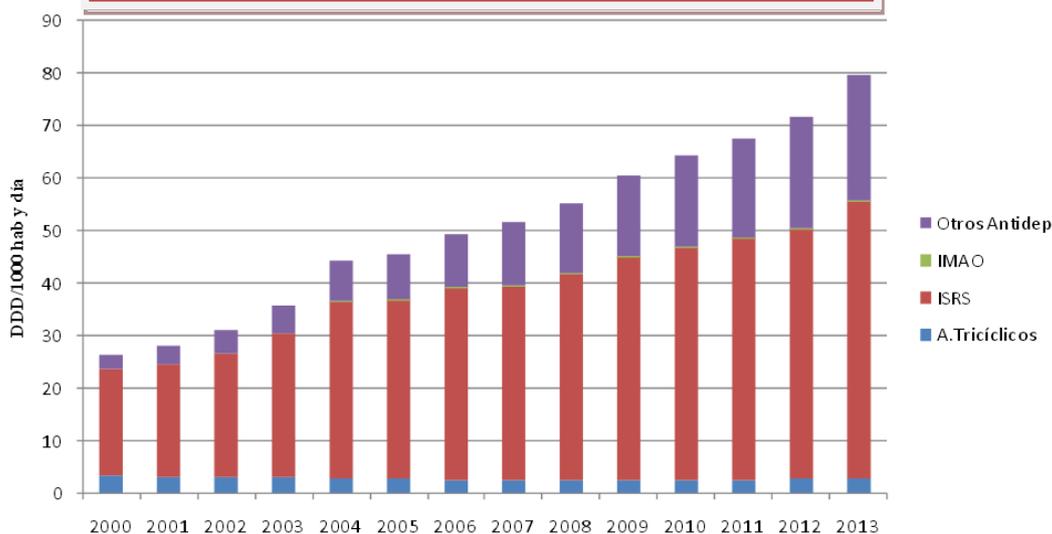


(Sanz, 2009)

Respecto a los antidepresivos, además de la polémica teoría de su capacidad para cronificar la depresión, (Fava, 2003) su eficacia *per se* ha sido muy cuestionada en los últimos años. Los últimos metaanálisis dan cuenta de que la mayoría de los beneficios de los antidepresivos pueden explicarse por el efecto placebo y sólo alrededor del 20% de la varianza puede ser atribuible al fármaco. (Pigott, 2010) Comparados con el placebo, los antidepresivos no son más eficaces en las depresiones leves o moderadas y únicamente se muestran superiores en el tratamiento de las depresiones más graves. (Fournier, 2010) Sin embargo, los antidepresivos han demostrado una gran capacidad para dañar a los pacientes. Cuando se usan en ancianos, hay un incremento de caídas, fracturas, morbilidad debida a hiponatremias, accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio, epilepsias, intentos de suicidio y más muertes en general. Curiosamente, todos estos efectos adversos los producen en mayor medida los nuevos antidepresivos que los tricíclicos, probablemente porque se utilizan a mayores dosis comparativamente, debido a su aparente inocuidad. (Coupland, 2011) En adolescentes aumentan el riesgo de suicidio y conducta violenta, (Jureidini, 2004) lo que llevó a la Food an DrugAssociation (FDA) a obligar a las compañías a añadir una advertencia en la etiqueta. En adultos con trastorno bipolar los antidepresivos pueden no ser efectivos, aumentar las recaídas maníacas y favorecer la desestabilización, (Ghaemi, 2008a) por lo que las revisiones recientes no los recomiendan. (Ghaemi 2008b)

No obstante, esta es la realidad en nuestro país. Un informe que publicó la Agencia Española del medicamento en enero de 2015 mostró que se ha triplicado el consumo de antidepresivos desde 2000 hasta 2013. (Gráfica 3)

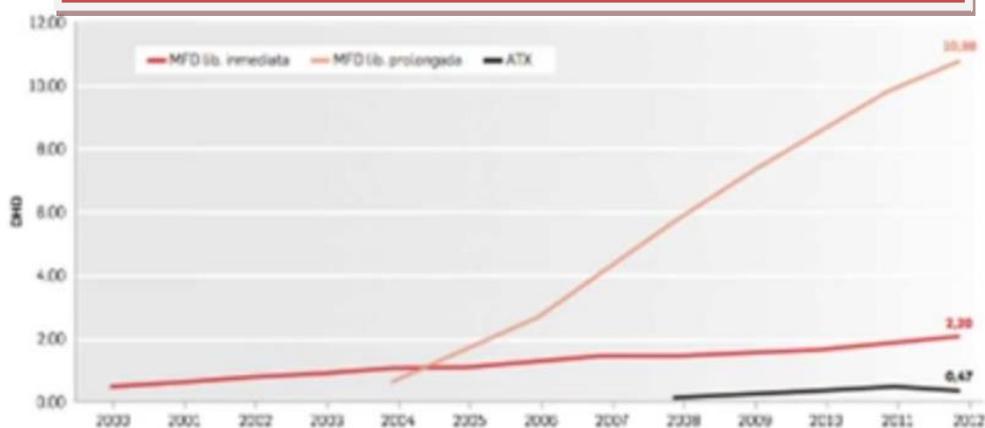
Gráfica 3. Consumo de antidepresivos en España.



(AEMPS, 2015)

El extraordinario incremento en los últimos años del diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad con el consiguiente empleo masivo en los países occidentales de estimulantes en niños es alarmante. Concretamente su uso en España desde el año 2000-2012 se ha triplicado. (Gráfica 4) Este hecho se está produciendo cuando la validez del diagnóstico es discutida, los estimulantes no aportan beneficios en su uso a medio y largo plazo, y sus efectos adversos sobre un sistema nervioso en formación están por determinar. (Timimi, 2009)

Gráfica 4. Consumo de fármacos para el TDAH 2000-2012 en España



(Ortiz Lobo, 2015)

Dicho esto, parece que los psicofármacos sólo tienen inconvenientes, pero no es así. Los psicofármacos son útiles cuando están bien indicados, especialmente en situaciones agudas y siempre que se consideren debidamente sus efectos adversos. Además, hay que informar a los pacientes sobre el fármaco (es tratamiento sintomático que induce un estado psicológico que ayuda a afrontar determinados problemas, a poner en marcha sus herramientas personales) para que ellos tengan argumentos suficientes para valorar el riesgo-beneficio que les va a proporcionar. Asimismo, debemos tener en cuenta el contexto singular de cada persona (biográfico, familiar, social, laboral, cultural) y los abordajes que se precisen en éstas áreas siempre y como primera opción y no se puede olvidar revisar permanentemente la posibilidad de una dosis menor o incluso su suspensión definitiva.

En lo referente a **la iatrogenia de la psicoterapia**, no hay ninguna institución que monitorice de forma sistemática los efectos adversos de las psicoterapias y, por tanto, han de ser los propios profesionales los que asuman esta tarea. Sin embargo, las páginas dedicadas en los manuales de terapias psicológicas a esta iatrogenia son escasas o inexistentes. (Ortiz Lobo, 2011)

Aunque no es sencillo medir los perjuicios que puede ocasionar la psicoterapia, se ha calculado que entre un 3 y un 10% de los pacientes empeoran tras realizar un tratamiento psicoterapéutico. (Mohr, 1995) Esta prevalencia es mayor en la literatura sobre drogodependencias donde se estima que entre el 7% y el 15% de los pacientes que participan de un tratamiento psicosocial para el uso de sustancias se encuentran peor clínicamente que antes del tratamiento. (Mosh, 2005) Un problema metodológico importante es que gran parte de los estudios sólo compara a los pacientes que han finalizado el tratamiento y desechan a los que lo abandonaron. La débil alianza terapéutica es un buen predictor de abandono y en sí misma es un indicador o una consecuencia de una terapia fallida. (Lilienfeld, 2007)

La psicoterapia puede dañar de múltiples formas: produciendo un empeoramiento de los síntomas, la aparición de otros nuevos o aumentando la preocupación sobre los existentes, generando una excesiva dependencia del terapeuta. El origen de todos estos efectos adversos también es múltiple y puede deberse a variables del paciente, del terapeuta o de la interacción paciente-terapeuta, a una técnica psicoterapéutica fallida, o una situación social sin solución. (Ortiz Lobo, 2011)

Hay también investigaciones sobre este tema, siendo las más conocidas las intervenciones psicoterápicas en el duelo, en las que al realizar ensayos clínicos aleatorizados, y aplicando la terapia de duelo de forma indiscriminada a todos los pacientes que lo presentan, el resultado final es que presentan algo más de perjuicio los pacientes que reciben psicoterapia. Con esto no queremos decir que la psicoterapia no sea útil, simplemente que hay que individualizar cada caso y valorar si es una buena indicación, pudiendo si es así, ser de gran ayuda para el paciente. (Ortiz Lobo, 2015)

La iatrogenia del tratamiento rehabilitador también es otro aspecto a tener en cuenta, ya que los efectos adversos de estar en el sistema asistencial no sólo están relacionados con el estigma sino también con el hecho de entrar en un sistema de supervisión de muchas facetas de la vida. Este problema tiene su mayor exponente en los planes de tratamiento/rehabilitación para pacientes con trastorno mental grave, vividos en ocasiones como algo impuesto y limitante. El uso rígido y estereotipado de procedimientos, programas e intervenciones, por más que su eficacia esté ampliamente demostrada, no está exento de ser una fuente importante de comportamientos iatrogénicos del profesional precisamente por su rigidez en la aplicación sin atender a las características idiosincrásicas de la persona.

Concluimos que la capacidad terapéutica del sistema de atención a la salud mental es limitada y antes de diagnosticar y prescribir algún tratamiento es preciso reconsiderar con actitud crítica los beneficios que se pueden proporcionar y los daños que se pueden infligir. Prevenir estos daños es el objetivo de la prevención cuaternaria. (Ortiz Lobo, 2011)

CONCLUSIONES

Partiendo de la máxima médica de “primum non nocere”, el daño que se puede infligir a los pacientes abarca todo el proceso asistencial. Por ello, es hora de aplicar la

prevención cuaternaria en cada uno de los aspectos de éste proceso: prevención, diagnóstico y tratamiento.

¿Cómo? Usando la balanza del riesgo-beneficio en cada uno de nuestros actos, es decir, previniendo lo necesario, diagnosticando lo preciso y tratando lo indispensable. Además, hay que individualizar, valorando las circunstancias y las consecuencias en cada caso concreto.

La prevención cuaternaria contribuye a hacer sostenible el sistema sanitario, así como a la seguridad del paciente, a evitar o limitar los daños innecesarios de la actividad sanitaria y para ello se precisa:

-Desarrollar más investigación en este campo, tanto descriptiva (frecuencia, ocasiones) como analítica (eficacia y efectividad, oportunidad).

-Establecer sistemas de alerta sobre seguridad del paciente (por ejemplo de declaración de sospecha de errores, alerta en paciente polimedicados), que ayuden en la limitación del daño de la actividad médica y a la introducción en la práctica clínica diaria de la prevención cuaternaria.

-Aplicar la prevención cuaternaria en el trabajo cotidiano de los sanitarios: para que cada uno sea consciente en la práctica clínica diaria de en qué momentos se deben evitar pruebas diagnósticas o tratamientos con más riesgo que beneficio.

BIBLIOGRAFÍA

AEMPS. (2015). Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013. AEMPS. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos-2000-2013.pdf>

Ashton H. (2005). The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Curr Opin Psychiatry*. 18 (3), 249-255. Disponible en: <http://www.benzo.org.uk/amisc/ashdiag.pdf>

Barker M. (2004). Cognitive effects of longterm benzodiazepine use. *CNS Drugs*. 18, 37-48. Disponible en: http://www.robertwhitaker.org/robertwhitaker.org/Anxiety_files/Cognitive%20effects%20of%20long-term%20benzodiazepine%20use.pdf

Carvajal, A et al (2007). Utilización de antipsicóticos en España, 1992-2006; Ministerio de Sanidad y Política Social. AEMPS. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antipsicoticos.pdf>

Coupland, C.; Dhiman, P.; Morriss, R.; Arthur, A.; Barton, G. y Hippisley Cox, J. (2011). Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *BMJ*. 343, d45-51. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4551>

De Vito EL. (2013). Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. *Med (Buenos Aires)*. *Fundación Revista Medicina (Buenos Aires)* 73, 187-90. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000200018

Fava, G. (2003). Can longterm treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? *J Clin Psychiatry*. 64, 123-33. Disponible en: <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2011/11/Can-long-term-treatment-with-antidepressant-drugs-worsen-the-course-of-depression.pdf>

Fournier, JC.; De Rubeis, RJ.; Hollon, SD.; Dimidjian, S.; Amsterdam, JD.; Shelton, RC. y Fawcett, J. (2010). Antidepressant Drug Effects and Depression Severity. A Patient Level Metaanalysis. *JAMA* 303(1),47-53. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=185157>

Frances A. (2014). ¿Somos todos enfermos mentales? Ariel.

Gavilán, E. y Jiménez de Gracia L. (2013). Deprescripción de medicamentos en ancianos: paradojas y contradicciones. *FMC*. 20(01). Disponible en: <http://www.fmc.es/es/deprescripcion-medicamentos-ancianos-paradojas-contradicciones/articulo/90184879/#.VVgrD0aue1s>

Gavilán E. Feb. (2015). Deprescribir: deshaciendo entuertos con la medicación. Jornada “Pastillas las justas” Disponible en: <https://www.dropbox.com/s/177rc9powd8rsyy/Deprescribir%20ciudadanos%2C%20Jornadas%20PastillasLasJustas.doc?dl=0>

Gérvas, J. y Pérez Fernández, M. (2006). Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit*. 20(3), 66-71. Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/es/uso-abuso-del-poder-medico/articulo/13101092/>

Gervás J, Pérez M. (2009). Los daños provocados por la prevención y por las actividades preventivas. M. *Rev Innovación Sanit Aten Integrada*. 1(4): 6. Disponible en: <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2010/01/prevencion-dano-risai-2009.pdf>

Gervás, J. (Noviembre 2011). Prevención cuaternaria para principiantes. Breve recetario para un sano escepticismo sanitario. *Grupo CESCO*. Madrid. Disponible en: <http://equipocesca.org/prevencion-cuaternaria-para-principiantes-breve-recetario-para-un-sano-escepticismo-sanitario/>

Gervás, J; Gavilán, E. y Jiménez, L. (2012a). Prevención Cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia menos dañina. *AMF*. 8 (6), 312-317. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=994

Gérvas, J. (2012b). Prevención cuaternaria en ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 47, 266-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prevencion-cuaternaria-ancianos-90160036>

Getz, L.; Sigurdsson, JA. y Hetlevik, I. (2003). Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *BMJ*. 327, 498–500. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/327/7413/498>

Ghaemi SN. (2008a). Treatment of RapidCycling Bipolar Disorder: Are Antidepressants Mood Destabilizers? *Am J Psychiatry*. 165, 300-302. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2007.07121931>

Ghaemi, SN.; Wingo, AP.; Filkowski, MA. y Baldessarini, RJ. (2008b). Longterm antidepressant treatment in bipolar disorder: metaanalyses of benefits and risks. *Acta Psychiatr Scand.* 118(5), 347-356. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2718794/>

Infac. (2012) Deprescripción. Información farmacoterapéutica de la comarca. 20 (8). Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.net/cevime>

Jamouille M. (Feb 2015). Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag.* 4(2), 61-64. Disponible en: http://www.ijhpm.com/article_2950_616.html

Jureidini, JN.; Doেকে, CJ.; Mansfield, PR.; Haby, MM.; Menkes, DB. y Tonki, AL. (2004). Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *BMJ.* 328, 879-8. Disponible en: https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/6379/1/hdl_6379.pdf

Kalisch, LM.; Caughey, GE.; Roughead, ER. y Gilbert, AL. (2011). The prescribing cascade. *Australian Prescriber.* 34(6),162-168. Disponible en: <http://www.australianprescriber.com/magazine/34/6/article/1229.pdf>

Kuehle MD, T; Sghedoni, D; Visentin, G; Gervás, J y Jamouille, M. (2010). Prevención cuaternaria, actividad del médico general. *PrimaryCare.* 10(18), 350-4. Disponible en: http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2010/2010-18/2010-18-368_ELPS_esp.pdf

Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science.* 2, 53-70.

Martínez González, C; Riaño Galán I; Sánchez Jacob, M y González de Dios, J. (2014). Prevención cuaternaria. La contención como imperativo ético. *An Pediatr (Barc).*

Mohr. DC. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2,127.

Moos R. (2005). Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction.* 5, 595. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/7889258_iatrogenic_effects_of_psychosocial_interventions_for_substance_use_disorders_prevalence_predictors_prevention

Morell Sixto, ME.; Martínez González, C. y Quintana Gómez, JL. (2009). Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Rev Pediatr Aten Primaria* 11(43). Madrid. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322009000400011&script=sci_arttext

Neimeyer, R. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies.* 24, 541-558. Disponible en: <http://plaza.ufl.edu/joeyrup/griefarticle.pdf>

Nève, J.; Bernstein, J. y Terra, MA. (2013). Prevención cuaternaria, una tarea explícita del médico generalista. *Archivos de Medicina Familiar y General.* 10(2), 23-26. Disponible en: <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/viewFile/130/116>

Novoa, A. Marzo. (2014). Compartir para la sostenibilidad, cuando menos es más. Evitar el daño causado por la medicina: de la prevención cuaternaria a la quinaria. VI Congreso de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Disponible en: <http://www.nogracias.eu/2014/03/29/evitar-el-dano-causado-por-la-medicina-de-la-prevencion-cuaternaria-a-la-quinaria/>

Ortiz Lobo, A. y De la mata Ruiz, I. (2004). Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Átopos*. 2 (1),15-22. Disponible en: http://www.atopos.es/pdf_03/yaesprimavera.pdf

Ortiz Lobo, A.; González González, R. y Rodríguez Salvanés, F. (2006). La derivación a Salud Mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria*. 38(10), 563-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-derivacion-salud-mental-pacientes-13095928>

Ortiz Lobo, A. e Ibáñez, Rojo V. (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Pública* 85, 513- 523.

Ortiz Lobo A. (Feb. 2015). Problemas de los medicamentos en psiquiatría. Jornada "Pastillas las justas" Disponible en: <https://www.dropbox.com/s/rhpu7writ1crj3q/Alberto%20Ortiz%2C%20problemas%20medicamentos%20psiquiatria.pdf?dl=0>

Pigott, HE.; Leventha, IAM.; Alter, GS, y Boren, JJ. (2010). Efficacy and Effectiveness of Antidepressants: Current Status of Research. *Psychother Psychosom*. 79, 267–27

Prieto Nieto A. Feb. 2015. La Farmacia en los problemas derivados del uso de los medicamentos. Jornada "Pastillas las justas". Disponible en: <https://www.dropbox.com/s/w9f1g6nrduhmb2/Jornada%20Pastillas%20las%20Justas%20Ana%20Prieto.doc?dl=0>

Rose, SC.; Bisson, J.; Churchill, R. y Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Syst Rev*. (2):CD000560

Sanz Álvarez, EJ. Y De las Cuevas Castresana, C. (2009). Uso de benzodicepinas en España (1992-2006). Ministerio de sanidad y política social. AEMPS. 1-8 [Ref.ID 86451] Disponible en: http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos.pdf.

Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, Lodolce AE, Koronkowski MJ, Lambert BL. (2011). Principles of conservative prescribing. *Arch Intern Med*. 171(16), 1433-40. Disponible en: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1105913>

Sijbrandji, B.; Olf, M.; Reitsma, JB.; Carlier, IVE.y Gersons, BPR. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 189, 150155. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/content/189/2/150.long>

Timimi, S.; Leo J, eds. (2009). Rethinking ADHD: from brain to culture. Palgrave: Macmillan.

Villafaina, A. y Gavilán E. (2011). Polimedición e inadecuación farmacológica. ¿Dos caras de la misma moneda? *Pharm Care Esp*. 13(1), 23-29. Disponible en: <http://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/29>

Widmer, D ; Herzig, L. y Jamouille, M. (2014). Prévention quaternaire: agir est-il toujours justifié en médecine de famille? *Rev Med Suisse*. 10, 1052-6. Disponible en: <http://www.revmed.ch/rms/2014/RMS-N-430/Prevention-quaternaire-agir-est-il-toujours-justifie-en-medecine-de-famille>