

VII JORNADA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

23 DE MAYO 2014, SEVILLA

"MENOS ES MÁS, TAMBIÉN EN ATENCIÓN PRIMARIA"

CUANDO MENOS (ACTIVIDAD) ES MÁS (SALUD).

SEGURIDAD, EQUIDAD Y GENÉTICA.

Juan Gérvas, médico general retirado, Equipo CESCA, Madrid, España. Profesor honorario de salud pública, Universidad Autónoma de Madrid. Profesor invitado de salud internacional, Escuela Nacional de Sanidad de Madrid. jgervasc@meditex.es [@JuanGrvas](#)
www.equipocesca.org

<http://www.actasanitaria.com/category/el-mirador/>

RESUMEN, PARA EL DEBATE VIRTUAL

El buen gobierno de la actividad clínica depende del texto y del contexto. Es decir, de lo que escribe el profesional (el texto) y de lo que puede escribir dadas las limitaciones de la práctica clínica (recursos, legislación, usos y costumbres, características peculiares de pacientes y familiares y otras)¹.

Incluso en las situaciones más extremas de limitaciones múltiples, el profesional de atención primaria tiene enorme margen en lo que respecta a la seguridad del paciente, y siempre cabe la "renovación" que mejore su trabajo en forma que beneficie al paciente y a la organización².

Hay mucho por hacer si aceptamos como lema del trabajo clínico en atención primaria "máxima calidad, mínima cantidad, con tecnología apropiada según necesidad, por el profesional adecuado, en el momento preciso y tan cerca del domicilio del paciente como sea posible"^{3,4}.

¹ <http://equipocesca.org/gobierno-clinico-de-la-clinica-diaria/>

² <http://equipocesca.org/la-renovacion-de-la-atencion-primaria-desde-la-consulta/>

³ <http://equipocesca.org/incentivos-en-atencion-primaria-de-la-contencion-del-gasto-a-la-salud-de-la-poblacion/>

⁴ <http://equipocesca.org/prestacion-de-servicios-sanitarios-que-quien-cuando-y-donde/>

Se trata de lograr el aparente imposible del uso adecuado de los recursos en el 100% de los pacientes que precisan intervenciones y el no uso de intervenciones no necesarias en el 100% de los pacientes que no las precisan⁵.

En general, se realizan actividades en exceso en quienes no las precisan y en defecto en quienes las necesitan. Es decir, se lesionan al tiempo los principios del *primum non nocere* y de la equidad, pues 1/ se daña a los que se aplican las actividades que no necesitan, sin que se compensen daños con beneficios y 2/ no se prestan servicios según necesidad, lo que resta beneficios en quienes compensarían los daños. Por ejemplo, en el cribado del cáncer de cuello de útero se hacen en España unas 10 millones de citologías (Papanicolau) pero cuatro de cada cinco mujeres que tienen cáncer de cuello de útero infiltrante nunca se han hecho dicha citología⁶. Es decir, se están haciendo de más en mujeres jóvenes, cultas, de clase media y alta y sanas, y de menos en mujeres mayores, analfabetas, de clase baja, enfermas y marginadas (presas, drogadictas, vagabundas y otras). En las que se hace de más se hace mucho daño, por los falsos positivos y los sobrediagnósticos, con las intervenciones consiguientes⁷. Habría que hacer menos citologías en general y más en determinados grupos de mujeres si queremos conseguir más salud en la población.

En otro ejemplo, en la hipertensión, se están tratando a millones de pacientes que no lo precisarían. Como volvió a demostrar la revisión Cochrane al respecto, produce más daños que beneficios el tratamiento con medicamentos de los pacientes con tensiones inferiores a 160/100 mm Hg⁸. Este ejemplo permite distinguir entre el "texto" (el "empeño" innecesario y contraproducente del propio profesional) y el "contexto" (los incentivos al profesional y las guías-protocolos que llevan al "encarnizamiento" en los pacientes que no lo necesitan con abandono de los que más se beneficiarían), siendo la consecuencia final el sobretratamiento y sobreseguimiento de los pacientes hipertensos "obedientes" y bien controlados, los que menos lo precisan. De nuevo se atenta al tiempo al *primum non nocere* y a la equidad. Hacer menos en hipertensión es lograr mejor salud por evitar medicamentos en quienes no los precisan y por emplearlos en quienes más se beneficiarían y hoy tenemos abandonados, por "difíciles", incumplidores y marginados, con la justificación de la "falta de tiempo", un tiempo que desperdiciamos en quienes no lo precisan.

En un último ejemplo, el de la determinación de las mutaciones de los genes BRCA también se

⁵ Reilly BM, Evans AT. Translating clinical research into clinical practice. Impact of using prediction rules to make decisions. *Ann Intern Med.* 2006; 144: 201-9

⁶ http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0213-91112006000200014&script=sci_arttext

⁷ <http://equipocesca.org/ansia-femenina-de-mas-y-mas-citologias/>

⁸ http://allmanmedicinbd.se/wp-content/2012/11/Lenzer-dont-treat-mild-hypertension-bmj.e5511.full_.pdf

puede hacer mucho daño sin beneficios que los justifiquen. En España la cuestión de las mutaciones de los genes BRCA debería preocupar a un pequeño grupo de mujeres con alto riesgo familiar de cáncer de mama. Entre estas algunas tendrán mutaciones de dichos genes. En total en España serán unas 8.000 mujeres las afectadas (en torno al 0,04% del total). Seleccionar adecuadamente a las mujeres a las que hacer las pruebas evitaría muchas "cascadas diagnósticas y terapéuticas"⁹ que en este caso pueden acabar en graves mutilaciones (mastectomía y ovariectomía bilateral preventiva)¹⁰.

Toda actividad sanitaria (incluso la palabra) puede producir daño como bien demostró el ejemplo de la epidemia de muertes súbitas del bebé por consecuencia del consejo de los pediatras de que los niños durmieran boca abajo. Es clave, por ello, lograr la prestación de servicios en cantidad y en calidad, y valorando al tiempo la seguridad y la equidad.

Se avecinan tiempos recios en el campo de la genética¹¹, con sus promesas "imposibles" y es clave contar con profesionales sanitarios de atención primaria que sean capaces de rebatir guías-protocolos, por ejemplo para rechazar el cribado de la hemocromatosis^{12,13}. En el siglo XXI hemos entrado en la "era de la genética" y dejado atrás la "era de los factores de riesgo"; es por ello clave llevar la seguridad y la equidad a este nuevo campo sin abandonar los previos¹⁴.

En general, "buena" atención clínica no es "mucho" atención clínica. Con frecuencia, menos es mejor de forma que habría que tener un cierto nihilismo escéptico para rechazar muchas de las actividades "habituales"¹⁵. El exceso de servicios sanitarios es perjudicial para la salud. Conviene el máximo de calidad con el mínimo de cantidad.

Lo prudente es ser muy generalistas, muy resolutivos, muy efectivos y muy humanos para librar a los pacientes de actividades innecesarias. En ocasiones es clave rechazar el exceso que conlleva la aplicación de guías y protocolos pues no hay nada peor que hacer bien una cosa que no hay que hacer¹⁶.

⁹ <http://equipocesca.org/el-efecto-cascada-implicaciones-clinicas-epidemiologicas-y-eticas/>

¹⁰ <http://www.actasanitaria.com/genes-brca-y-mutilaciones-preventivas-una-respuesta-excesiva-si-se-populariza/>

¹¹ <http://equipocesca.org/etico-y-practica-del-diagnostico-y-de-la-terapeutica-genetica/>

¹² <http://equipocesca.org/genetica-y-prevencion-cuaternaria-el-ejemplo-de-la-hemocromatosis/>

¹³ <http://equipocesca.org/estamos-en-la-era-de-la-genetica-pero-aplicamos-remedios-medievales-sobre-los-genes-brca-la-hemocromatosis-y-demas/>

¹⁴ <http://equipocesca.org/moderacion-en-la-actividad-medica-preventiva-y-curativa-cuatro-ejemplos-de-necesidad-de-p-revencion-cuaternaria-en-espana/>

¹⁵ <http://agrealuchadoras.blogspot.com.es/2011/01/acta-sanitaria-el-mirador-de-juan.html>

¹⁶ <http://www.actasanitaria.com/el-mirador-de-juan-gervas-seguridad-en-serio/>

NOTA

Para acortar la extensión del texto las citas a pie de página llevan en general a publicaciones del autor en que se justifican las propuestas con la necesaria bibliografía.