

## INVESTIGACIÓN Y PREVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Alicia Gutiérrez Misis**

Médico Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria  
Centro de Salud de Barajas  
Area Sanitaria 4  
Madrid

[aliciamisis@gmail.com](mailto:aliciamisis@gmail.com)

### La complejidad de la decisión clínica

La prevención es actividad cuya definición ha ido cambiando con el tiempo, de forma que ha pasado de referirse fundamentalmente al campo de la salud pública para convertirse en pieza fundamental de la actividad del médico clínico, especialmente a partir de la introducción del concepto de “factor de riesgo” a mediados del siglo XX. (1)

En este sentido, el médico clínico se encuentra con una serie de actividades preventivas aparentemente simples de aplicar a sus pacientes con el objetivo de evitar diversas patologías ante la aparición de determinados signos y síntomas o incluso ante pacientes asintomáticos. Esta aparente simplicidad de aplicación se torna en compleja en cada encuentro con el paciente y en la toma de decisiones sobre su salud. Se ofrece al médico instrumentos como protocolos, guías clínicas y tablas de riesgo para ayudarle en la incertidumbre de cada consulta.

¿Qué se hecha en falta?

Es un hecho incuestionable que la mayoría de las tablas se limitan a unos pocos factores de riesgo y que presentan una sensibilidad que no supera en el mejor de los casos el 50%, así como un bajo poder predictivo para identificar las personas que en el futuro van a tener un episodio cardiovascular fatal o no fatal. Cualquier tabla existente hoy en día está bastante lejos de ser un instrumento de alta precisión, por lo que se deben considerar como herramientas útiles en prevención primaria de la enfermedad cardiovascular siempre y cuando no sustituyan el juicio clínico, y se contemplen todas las excepciones y precauciones posibles en el momento de aplicarlas (2). Por tanto, el médico debería actuar como agente del paciente y no cegarse por normas preventivas que llevan a la falsa simplificación de la decisión clínica y al sacrificio de la salud individual por la poblacional. Sin embargo, en medio de la

incertidumbre de cada decisión clínica, el médico puede verse perdido en la angustia de la prevención irracional o recurrir a la medicina defensiva para evitar sentimientos de culpabilidad tras la toma de decisiones.

¿Cómo dar respuesta?

Se necesitan estudios de impacto que avalen el salto desde el conocimiento a la población de origen de la que se derivan las tablas y guías de decisión preventivas, al paciente concreto al que se aplican los datos para evitar así la llamada “tragedia clínico-estadística” y ayudar al clínico a tomar decisiones prudentes. Para ello cabría delimitar líneas específicas en las convocatorias de investigación, desarrollar y difundir conocimiento teórico al respecto e influir en las Sociedades Científicas que elaboran consensos de actuación que a su vez influyen sobre la toma de decisiones en la consulta diaria.

#### Priorización de actividades preventivas

*Mediante la priorización no sólo se priorizan problemas de intervención inmediata, sino también problemas para los cuales hace falta seguir investigando (Pineault).*

Las actividades preventivas inundan el trabajo diario de los médicos en las consultas de atención primaria. El PAPPS en España y el US Preventive Services Task Force (USPSTF) en EEUU, son dos ejemplos de programas que han reunido las actividades preventivas clínicas y de promoción de la salud y han ido creciendo desde su implantación.

¿Qué se hecha en falta en el campo de la priorización?

Estos programas preventivos han recibido diversas críticas como la falta de tiempo real de los médicos para llevarlas a cabo, la falta de flexibilidad de aplicación y la falta de información clara para saber qué actividades priorizar y evitar así la decisión basada en juicios de valor. Los que contratan los servicios pueden necesitar una guía para decidir con criterio respecto qué actividades preventivas hay que elegir e incentivar (3) teniendo en cuenta el punto de vista de los clínicos y también el del paciente (que no siempre coinciden). En el mismo EEUU la *National Commission on Prevention Priorities* ha intentado clasificar las actividades preventivas recomendadas por USPSTF (4). Empleó para ello criterios varios, según la carga de enfermedad y el análisis coste-eficiencia, estableciendo una lista de prioridades hasta un total de 25 sin forma de priorizar entre alternativas. Concluyen además que la literatura disponible para basar nuestras decisiones sobre el valor relativo de las actividades preventivas propuestas es vasta, inconsistente y confusa (4).

¿Cómo dar respuesta a estas carencias?

En España, es necesaria una línea de investigación para sentar criterios de priorización de las actividades recomendadas en el PAPPS para llegar a la

creación de sistemas de información sencillos para el clínico, fáciles de recordar, de probada efectividad (validez externa) y de coste-eficiencia suficiente.

### Prevención, investigación y Profesionalismo médico

*Cuando faltan datos objetivos, la apreciación del valor de un problema se basa en un juicio de valor (Hanlon).*

El ser médico de familia implica la identificación con un valor definido en el programa de la especialidad (2005) como compromiso con las personas, social, con la calidad, con la especialidad, con la formación y con la ética (5). En el proceso de toma de decisiones el médico mezcla este valor con sus propios valores y con los valores del paciente de forma inconsciente. En este proceso pueden surgir conflictos de valores que pueden llevar a una toma de decisiones imprudente.

No podemos olvidar que la sociedad ha cambiado en los últimos veinte años y que esto exige una transformación de la profesión médica. En la actualidad, la salud se entiende en términos hedonistas para tener una vida plena en términos de vida cotidiana y consumo y no sólo para mantener un buen funcionamiento laboral y social. En este contexto, la autogestión y la autonomía de los ciudadanos constituyen los principios básicos de la nueva gubernamentalidad. Esto puede llevar a la aparición de dos tipos de efectos perversos: la ansiedad de las clases medias autoprogamadoras de sus vidas y la automarginación y disminución de la autoestima de los más desfavorecidos. Esto es más patente en el campo de la prevención, donde los más favorecidos van a demandar intervenciones y los más desfavorecidos no lo harán o incluso nunca llegarán a consultar (6).

¿Qué se hecha en falta?

Las nuevas generaciones de médicos de familia se incorporan a una profesión fragmentada donde varios modos de ejercicio interactúan en el contexto de una economía de mercado donde existen presiones a la desprofesionalización. La confusión para los jóvenes médicos se hace patente ya durante el periodo de residencia. Es por ello que, la formación médica es algo más que el aprendizaje de una especialidad. Es la adquisición de valores y el desarrollo del carácter o "firma" del médico. En este sentido, la investigación en la fase de la residencia tiene aún mucho camino por recorrer. Está más orientada a la publicación de casos clínicos aislados o narración de experiencias que al desarrollo de un espíritu crítico. Los residentes pueden perseguir publicar porque mejora el *curriculum* o porque han desarrollado este espíritu, pero es muy difícil aprender a investigar en el desierto. La figura del tutor es un modelo a seguir por el residente pero muchos tutores no se dedican a la investigación por motivos diversos (falta de tiempo, falta de formación, falta de incentivos, desmotivación.... también podría investigarse sobre cuáles son estos motivos).

¿Cómo se puede dar respuesta a esta carencia?

El portafolio que se está implantando en la actualidad introduce opciones novedosas en la relación residente-tutor y en el autoaprendizaje, pero no en investigación (7). La implicación e incentivación de los tutores contribuiría a la mejora de la investigación durante la residencia y en la especialidad a largo plazo. La mejora de esta área podría también venir dada por la mayor presencia de la medicina de familia en la universidad de forma autónoma, ya que actualmente está más enmarcada dentro de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. Sin duda todo un reto para el futuro.

## **Bibliografía**

1. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:580-3.
2. De Backer G, Ambrosini E, Borch K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J et al. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78:439-456.
3. Matson DM, Lanza A, Campbell KP. A purchaser's guide to clinical preventive services: a tool to improve health coverage for prevention. *Pre Chronic Dis*. 2008;5(2). [www.cdc.gov/pcd/issues/2008/apr/07-0220.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/apr/07-0220.htm).
4. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, Fottemesch TJ, Goodman MJ, Solberg LI. Priorities among effective clinical preventive services. Results of a systematic review and análisis. *Am J Prev Med*. 2006;31:52-61.
5. ORDEN SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. BOE num 105 del 3 mayo de 2005:15152-225.
6. Seminarios de innovación en atención primaria 2008. Innovación en torno a la prevención clínica. Tercer seminario. Innovación en prevención clínica y profesionalismo médico. 10 de Octubre de 2008. [www.fcs.es](http://www.fcs.es)
7. Pearson DJ, Heywood P. Portfolio use in general practice vocational training: a survey of GP registrars. *Medical Education* 2004; 38: 87-95.