

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO AMBULATORIO. La nueva frontera

Dr. Fabián Vítolo
Noble Compañía de Seguros

A pesar del hecho de que la gran mayoría de la atención médica tiene lugar en el ámbito ambulatorio, los esfuerzos realizados en los últimos quince años para mejorar la seguridad de los pacientes se concentraron casi exclusivamente en actividades que se realizan en hospitales y centros con internación. De hecho, 12 de los 16 primeros Objetivos Nacionales de Seguridad del Paciente de la Joint Commission no se consideraban “aplicables al paciente ambulatorio”. No deja de ser lógico, ya que lo que está en juego en los hospitales suele ser importante, los errores son más visibles y los recursos para investigar problemas de seguridad e implementar soluciones también son mayores en este tipo de instituciones.

Pero, ¿qué ocurre cuando el paciente abandona el hospital y se va a su casa? Debe tenerse en cuenta además que por cada paciente que se interna, 28 serían atendidos en consultorios ajenos al ámbito hospitalario (al menos en los EE.UU).(1) Por cada 35 millones de altas, 900 millones de norteamericanos visitan los consultorios privados de los médicos cada año.(2) Por eso cada vez son más las voces que piden a los especialistas en seguridad que asuman el desafío de investigar la seguridad de los pacientes más allá de las fronteras del hospital. Hasta el 2005, sólo el 10% de los estudios de seguridad del paciente publicados abordaban la temática del paciente ambulatorio.(3)

Para Margaret Plews-Ogan, Jefa del Departamento de Medicina General, Geriátrica y Medicina Paliativa de la Universidad de Virginia, la primera pregunta que deberíamos formularnos es si vale la pena dedicar tiempo y recursos para investigar la seguridad de los pacientes en el ambulatorio. Muchos sugieren no distraer el foco de lo que ocurre con los pacientes

internados, ya que los errores que se producen en el hospital son más frecuentes, más graves y más costosos.(4) Sin embargo, algunos trabajos recientes parecen contradecir esta afirmación.

- El 52% de los pagos realizados por mala praxis en los Estados Unidos en el 2009 correspondieron a eventos ambulatorios. En dos tercios de estos casos los pacientes quedaron con algún grado de discapacidad o murieron. (5)
- En un estudio de 400 pacientes dados de alta de un hospital universitario, el 19% tuvo un evento adverso dentro de las tres semanas de externación, y 30% de estos eventos derivó en incapacidades temporales o evoluciones aún peores.(6)
- Una revisión de 14.700 resúmenes de alta (epicrisis) encontró 31 eventos adversos ambulatorios prevenibles. Extrapolando estos datos, se estima que se internan en los Estados Unidos al menos 75.000 pacientes por año a consecuencia de eventos ocurridos fuera del ámbito hospitalario, con 4829 lesionados graves permanentes y 2587 muertes.(7)
- Los médicos escriben anualmente en los Estados Unidos 3,6 billones de prescripciones en el ámbito ambulatorio.(8) Si la tasa de errores de prescripción con potencial de producir daños es del 3%, esto significa que habría aproximadamente 108.000 recetas potencialmente peligrosas.(9) Otros estudios estiman 3 eventos prevenibles por medicamentos cada 100 pacientes ambulatorios por año.(10) ¡Y sólo estamos hablando de errores de medicación!

- En una revisión de 212.165 visitas ambulatorias, se encontraron 190 errores de diagnóstico. Esto significa 1 error diagnóstico cada 1000 consultas externas. Si se extrapolan estos errores a los 0,5 billones de consultas ambulatorias que se realizan en los EE.UU por año, habría 500.000 errores de diagnóstico anuales, la mayoría asociados con algún tipo de daño.(11)

Entonces, la conclusión acerca de si deberíamos o no abocarnos a este problema es que sí, que vale la pena. Es hora de embarcarnos hacia este nuevo horizonte.

Diferencias entre el medio ambulatorio y el hospital

- En el mundo ambulatorio, los pasos son más lentos y el ritmo es más predecible que en el hospital. La secuencia está determinada generalmente por la agenda de visitas programadas del paciente.
- La relación entre la semiología y su real gravedad es menor que en la guardia de emergencias o en el ámbito de internación. En la atención ambulatoria, un médico puede llegar a ver 100 pacientes con molestias torácicas antes de ver a alguien con un infarto agudo de miocardio.
- El espectro de errores potenciales es mayor en el hospital que en el consultorio. En la internación predominan los errores vinculados al tratamiento (complicaciones quirúrgicas, úlceras por decúbito, infecciones, hemorragias, etc.), mientras que en el ambulatorio lo prevalente son los errores o retrasos diagnósticos. Los errores de medicación y problemas de comunicación en las transiciones asistenciales son comunes a los dos ámbitos.
- El error promedio en el consultorio suele tener menores consecuencias, ya que los pacientes suelen ser menos frágiles y los medicamentos y procedimientos menos potentes (si bien el impacto acumulativo de los errores puede ser sorprendentemente alto, dado el gran volumen de prestaciones)
- En el hospital, la mayoría de la “acción” se produce en la habitación del paciente. Cuando el paciente se moviliza, (a quirófano, a sala de rayos, etc.), las distancias son relativamente cortas, permaneciendo dentro del sistema. La transferencia de información se

ve entonces facilitada. En el ámbito ambulatorio, en cambio, el paciente debe moverse a veces kilómetros entre distintos centros diagnósticos, consultorios de especialistas, kinesiólogos, etc, que utilizan distintos sistemas de información, que tienen distintas culturas operativas y que están mal comunicados. Los profesionales de estas instituciones nunca se reúnen y llevan distintas historias clínicas. En el hospital, si un paciente sufre un evento adverso por la medicación, los médicos o enfermeras suelen advertirlo rápidamente. En el ámbito ambulatorio, una complicación de ese tipo o un error de diagnóstico puede pasar inadvertida por meses o aún peor, no se detectada nunca.

- Las diferencias de estructura y de organización pueden ser aún más importantes que las clínicas. La práctica ambulatoria carece de la infraestructura y recursos humanos con que cuentan los hospitales para abordar temas inherentes a la calidad y seguridad de los pacientes.
- La práctica de consultorio privado es mucho menos regulada que la de las instituciones con internación (ej: necesidades de personal por cama, de asientos en las historias clínicas, etc.)

Muchas de estas diferencias parecerían favorecer al hospital como un terreno más fértil para que florezcan las actividades encaminadas a mejorar la seguridad de los pacientes. Sin embargo, el ámbito ambulatorio presenta algunas ventajas únicas: (12)

- La simplificación, estandarización e implementación de sistemas informáticos en consultorios suelen aumentar su eficiencia mucho más de lo que lo hacen en los hospitales. Cuando una sola secretaria trabaja con tres o cuatro médicos en un consultorio, el impacto de implementar, por ejemplo, un procedimiento estándar para rastrear resultados de laboratorio generalmente es profundo. Y el espacio que se libera si se trabaja con historia clínica informática y sin papeles puede también traer beneficios económicos importantes.
- Como los pacientes de consultorio están en general en mejor condición física y mental (además de estar menos ansiosos) que los que se encuentran internados, es más probable que se involucren en temas que hacen a su seguridad. Además, al haber más tiempo entre la indicación y la realización de los

procedimientos, es más probable que intercepten errores.

- Por último, la propia estructura organizativa de la mayoría de los consultorios privados puede ser una ventaja. En muchos hospitales, los médicos no participan activamente de las políticas de seguridad diseñadas por la dirección, ya que si bien utilizan a la organización para brindar atención, no son sus dueños. Sin embargo son muchos los médicos o pequeños grupos de profesionales que son socios o dueños de consultorios. El viejo aforismo de que “nadie lava un auto alquilado” ayudaría a explicar el desafío que enfrentan los hospitales para que los médicos que no son empleados sino autónomos se involucren en los planes de calidad y seguridad institucionales.

Problemas, errores y eventos adversos en el ámbito ambulatorio

Problemas con la medicación

Los errores de medicación que se cometen en el manejo de pacientes ambulatorios han sido los más estudiados por quienes se dedican a investigar la seguridad de atención en este ámbito:

- Se estima que en los EE.UU más de 4,5 millones de consultas ambulatorias estarían originadas en eventos adversos de la medicación.(13)
- Un estudio prospectivo de cohorte realizado sobre 661 pacientes de atención primaria que recibieron al menos una prescripción en el período de un mes reveló que el 25% sufrieron eventos adversos por la medicación. 13% de estos fueron serios y 11% prevenibles. Los daños debieron en mayor medida a la falta de respuesta del médico ante los síntomas que presentaba el paciente. Otro porcentaje menor correspondió a la falla del paciente para comunicar al médico lo que sentía. (14)
- En el caso de personas mayores, la tasa de errores con medicación sería aún mayor (50 por 1000 personas-año) de los cuales 14% serían prevenibles y el 38% serios e incluso fatales. En este grupo, los medicamentos más involucrados en los eventos fueron las drogas cardiovasculares, diuréticos, analgésicos no opioides, hipoglucemiantes y anticoagulantes.(15)

- Un estudio nacional de vigilancia sobre las consultas realizadas por guardia de emergencias en los Estados Unidos, mostró que el 2,5% de las mismas se originarían en eventos adversos producidos por la medicación que tomaba el paciente de manera ambulatoria. La misma medicación sería también la responsable del 6,7% de las internaciones por daños no intencionales. Extrapolando los datos, los investigadores estimaron que más de 700.000 norteamericanos serían atendidos anualmente en guardias de emergencia por problemas relacionados a la medicación.(16)

Como la probabilidad de error en el manejo de la medicación se encuentra atada a la comprensión que el paciente tenga de su indicación, esquema de dosis, correcta administración y potenciales efectos adversos, la baja cultura de salud y la pobre educación acerca de esto contribuyen significativamente a la elevada tasa de error.

Errores y retrasos diagnósticos

La fragmentación característica de la atención en la medicina ambulatoria aumenta la posibilidad de que se cometan errores y retrasos diagnósticos. Se trata tal vez de la categoría de errores más importante y la menos estudiada en este ámbito, siendo la principal causa de juicios por responsabilidad profesional originados fuera del hospital. Generalmente se demanda a los médicos porque no diagnosticaron a tiempo alguna condición significativa (ej: cáncer), algo que se ve en el 75% de los juicios a especialistas en imágenes, en el 64% de los reclamos contra pediatras y en el 50% de casos contra médicos de familia e internistas.(17)

Una revisión de 307 juicios cerrados de mala praxis reveló que el 59% de los errores diagnósticos derivó en daños a los pacientes. A su vez, 59% de estos errores fueron juzgados como graves y el 30% determinó la muerte del paciente.(18) En estos casos, se identificaron varios problemas en el proceso diagnóstico, incluyendo interrogatorios y exámenes físicos deficientes, la falta de solicitud de los estudios apropiados y la incorrecta interpretación de los estudios complementarios. Los factores causales fueron el error de juicio clínico (79%), fallas en la vigilancia o la memoria (59%), falta de conocimientos (48%), factores relacionados con el paciente (46%), y traspasos/derivaciones (20%). (18)

En otro estudio reciente, Singh y colaboradores utilizaron la metodología de “trigger tools” (leer acerca de esta herramienta el artículo NOBLE de julio 2015), para estudiar errores diagnósticos en atención primaria y sus factores contribuyentes.(19) Encontraron que si bien existía una gran variedad de diagnósticos perdidos, los factores contribuyentes estaban en su inmensa mayoría (79%) vinculados al encuentro entre el médico y el paciente, incluyendo problemas en la recolección de antecedentes e historia (56,3%), en la realización del examen físico (47,4%) y en la falta de indicación de estudios complementarios (57,4%) . Los investigadores destacaron que en el 81% de los casos de error diagnóstico, no se había registrado ningún diagnóstico diferencial y que el “copio y pego” de las historias electrónicas fue un factor contribuyente en el 37% de los casos.

Son cada vez más los autores que reconocen la complejidad de este problema y su relación con la forma en la que pensamos los médicos. Los errores cognitivos y el proceso de toma de decisiones se encuentran muchas veces dominados por sesgos y fallas de la percepción que no son reconocidas suficientemente cuando se formula un diagnóstico. Pero más allá de lo esotérico que pueda parecer el análisis de la heurística y los procesos cognitivos, muchos de los problemas que se ven en los consultorios clínicos son mucho más mundanos: carpetas o fichas que se pierden, falta de acceso a la historia clínica de internación, sobrecarga de trabajo, comunicación inefectiva, etc.

Problemas de comunicación y de flujo de información

La naturaleza de las relaciones entre los pacientes y los prestadores (y entre los prestadores entre sí) es una fuente de eventos adversos en el ámbito ambulatorio. Los pacientes suelen quejarse de la pobre coordinación de su atención, particularmente cuando deben ver muchos médicos de distintas especialidades que muchas veces no se conocen y están mal comunicados. Las transiciones asistenciales (ej: cuando un paciente es dado de alta del hospital o cuando es derivado de un médico a otro) son también causa de innumerables problemas. Las siguientes estadísticas de los Estados Unidos son reveladoras:

- En una semana típica, el médico de atención primaria promedio es responsable del seguimiento de

800 estudios de laboratorio, 40 de imágenes y 12 de anatomía patológica. (20)

- 40% de los pacientes hospitalizados tienen informes de estudios pendientes al momento del alta. Estos resultados, a veces críticos, no suelen ser leídos ni por el médico que dio el alta ni por el profesional que seguirá al paciente en consultorio.(21)

- Menos de la mitad de los médicos de atención primaria están satisfechos con el sistema para seguir los resultados de laboratorio/imágenes, y cuatro de cada cinco reportan haber recibido al menos un resultado en los últimos dos meses que “le hubiera gustado conocer antes”. De especial significancia son aquellos hallazgos que son clínicamente importantes pero que no representan urgencias (ej: nódulos pulmonares, pólipos colónicos, etc.). (22)

- Muchas piezas de información crucial (resultados de laboratorio y de radiología, informes de anatomía patológica, informes de procedimientos y más) se pierden en las visitas a consultorio.(23) Otro estudio reveló que sólo en el 25% de los casos, la información de una consulta ambulatoria estaba disponible en la siguiente visita. (23)

Retrasos en tratamientos o servicios preventivos

Obviamente, los retrasos sustanciales en el diagnóstico se corresponden con demoras en la iniciación del tratamiento apropiado. Sin embargo, el retraso en el tratamiento tiene muchas otras causas, algunas de las cuales pueden ser prevenidas y otras no. Los pacientes pueden no concurrir de manera oportuna; el proceso de otorgamiento de turnos puede ser deficiente y retrasar consultas o la entrega de resultados y, como vimos, la comunicación puede fallar en la continuidad de cuidado (entre el médico de atención primaria, los centros diagnósticos y los especialistas.)

Los procesos defectuosos, la falta de apoyo tecnológico, las presiones de tiempo, la pobre comunicación y la desinformación de los pacientes y familias también conspiran para que no se realicen a su vez estudios preventivos necesarios, como mamografías, papanicolaos, colonoscopías, estudios prostáticos, etc., fuentes de daños por omisión.

Posibles soluciones

Habiendo analizado las diferencias entre los distintos ámbitos, ¿pueden aplicarse estrategias que han sido exitosas en pacientes internados para aumentar la seguridad de aquellos que se atienden de manera ambulatoria? La respuesta es sí; mucho de lo aprendido en los últimos 15 años para la seguridad de los pacientes hospitalizados puede aplicarse a consultorios y centros ambulatorios si somos lo suficientemente sensibles a las diferencias de estructura y cultura. De hecho, muchos de los avances en este campo consistieron en aplicar a la atención hospitalaria soluciones que demostraron ser exitosas en otros ámbitos (principios de seguridad aeronáutica, códigos de barra, sistemas de comunicación estructurada, etc.). Sin duda, la seguridad del paciente ambulatorio se beneficiaría si se contara en este ámbito con sistemas formales de reporte de incidentes, técnicas de comunicación estructurada o listados de verificación, por sólo citar algunos ejemplos.

La mejora de la seguridad en consultorios y centros ambulatorios no es ni más fácil ni más difícil que en los pacientes internados, sólo es diferente. Si bien mucho del progreso vendrá de la adaptación de herramientas que hemos aprendido en el hospital, algunos avances vendrán del estudio acerca la mejor forma de prevenir errores y problemas que son únicos de este ámbito. Se necesita aún mayor investigación, algo que se da por descontado, ya que cada vez es mayor la presión de todos los interesados para mostrar resultados y avances concretos en este campo.

Por el momento, los mayores esfuerzos se concentran en un número relativamente menor de prácticas potencialmente peligrosas, como la prescripción de medicamentos, el seguimiento de estudios y la comunicación entre los médicos del consultorio, los del hospital y los especialistas. Analizaremos a continuación algunas estrategias:

Estimular la participación del paciente y su familia

Dado que la interacción cara a cara entre el paciente y el médico en el ámbito ambulatorio se encuentra muchas veces limitada a unos pocos minutos, con espacios de semanas o meses entre los encuentros, los pacientes deben asumir un rol mucho más activo y hacerse

también responsables de su propia salud. Si bien en cualquier ámbito es importante que el paciente comprenda cuál es su enfermedad y su tratamiento, en el ambulatorio es crucial. El paciente pasa la mayor parte del tiempo en su casa, sin supervisión directa, y de alguna manera hay que incluirlo en el plan de seguimiento. La necesidad que tiene el paciente ambulatorio de auto-manejar sus propias enfermedades crónicas requiere que los mismos estén muy atentos a sus síntomas y, en algunos casos, a que ajusten ellos mismos sus hábitos o medicamentos. Por ejemplo, un paciente diabético debe medir sus propios niveles de glucemia y ajustar sus dosis de insulina basándose en esos valores y en su dieta. La incapacidad del paciente para realizar estas actividades puede comprometer su seguridad en el corto plazo y comprometer los resultados clínicos a futuro. Los pacientes deben saber además cuáles son los signos de alarma que obligan a contactar a sus médicos por fuera de las consultas programadas y jugar un rol en la coordinación de su propia atención (ej: manteniendo actualizada la lista de medicamentos que toma). Debe ponerse mucho énfasis en la capacitación de los pacientes, con particular atención a su capacidad para entender y a las diferencias culturales. Un buen método es, por ejemplo, hacer que repita en voz alta las indicaciones que se le dieron. Los pacientes y sus familias deben a su vez sentirse empoderados para actuar como un “doble control”, brindándole acceso a consejos, a su historia clínica y a los resultados de sus análisis, estimulándolos a realizar preguntas (ej: ¿por qué es importante para mí tomar este remedio?).

Aplicar y compartir herramientas informáticas

Cada vez son más los consultorios y centros ambulatorios que utilizan historias clínicas electrónicas, pero sus beneficios no se notarán hasta que se implementen sistemas más sofisticados, que integren en estas historias herramientas avanzadas de apoyo a la decisión clínica.⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾ En un estudio de simulación diseñado para evaluar la capacidad de los sistemas de prescripción médica computarizada y de apoyo a la decisión para detectar y prevenir errores en las indicaciones médicas, sólo el 53% de los errores de prescripción que hubieran resultado en fatalidades fueron detectados o prevenidos por el sistema de prescripción computarizada que tenía el hospital. En el otro extremo, aquellos hospitales con sistemas de apoyo avanzados serían capaces de detectar o prevenir

entre el 70% y el 80% de estos errores simulados.(26) La vinculación electrónica entre los resultados de laboratorio, las evoluciones clínicas, los diagnósticos, los estudios indicados y la prescripción de medicamentos, junto con sistemas que permitan recordar y facilitar el seguimiento mediante alarmas informáticas que se disparen ante los médicos (y eventualmente los pacientes) podrían potencialmente prevenir los principales errores en el ámbito ambulatorio.

Los sistemas electrónicos facilitan algo que cualquier consultorio o centro ambulatorio debería tener, aunque sólo trabajen con historias de papel: un aceitado sistema de seguimiento de estudios que sabemos que suelen perderse u olvidarse, como papanicolaos anormales, pólipos de colon, nódulos pulmonares, filtros de vena cava inferior o estudios preventivos. Todos estos dispositivos y estudios deben ser controlados y seguidos durante años, y necesitan de un sistema de seguimiento con recordatorios, que adviertan tanto a los médicos como a los pacientes que deben regresar para realizarse un nuevo control. Todavía no hay consenso acerca de cuál sería la lista de condiciones de alto riesgo que requerirían de un seguimiento activo. Parte del desafío consiste en que algunas estas condiciones cruzan tanto el ámbito ambulatorio como el de internación (ej: filtros de VCI y nódulos pulmonares), requiriendo una gran coordinación entre distintos departamentos e incluso instituciones.

El ámbito ambulatorio ofrece a su vez una oportunidad especial para la aplicación de soluciones informáticas innovadoras que mejoren la seguridad de los pacientes incrementando su participación. Un ejemplo de esto es la utilización de portales personalizados, mediante los cuales los pacientes tienen acceso a sus historias, ayudándolos a monitorear su atención, advirtiéndoles sobre resultados anormales y permitiéndoles actualizar la lista de la medicación que reciben. Algunos sistemas permiten incluso que los pacientes puedan acceder online a los resultados de sus estudios (incluyendo los anormales), sin tener que esperar al médico para que se “los entregue”. Muchos clínicos ya han tenido la experiencia de ser contactados por un paciente a consecuencia de una anomalía que había pasado de alto. Es muy probable que esta experiencia se vuelva cada vez más común en el futuro, a medida que los pacientes tengan un acceso más amplio a su historia clínica.

Pese a todo lo dicho, no debe caerse en el error común de pensar que la historia clínica electrónica es la panacea que resolverá todo lo que está mal en nuestro sistema de atención. De hecho, las primeras evidencias sobre la implementación de historias clínicas electrónicas en el consultorio son bastante desalentadoras.... Una sociedad de médicos de atención primaria estuvo al borde de la quiebra por el desafío que significó la implementación de un nuevo sistema informático (sin embargo, cuando las cosas se asentaron, ninguno de los médicos se imaginaba volviendo al papel).(27) Aún más preocupante es el hecho de que algunos estudios recientes han encontrado de manera persistente altas tasas de errores en el flujo de información de los resultados de laboratorio y de radiología aún luego de implementar sistemas informáticos.(28)(29)(30) Hasta ahora, no hay evidencias de que la historia clínica electrónica de consultorio se asocie con una mejor calidad de atención.(31)

Al mismo tiempo, resulta inconcebible que podamos aumentar la confiabilidad de la atención ambulatoria sin sistemas informáticos efectivos. Los frustrantes resultados que comentamos en el párrafo anterior sólo nos ilustran que la creación e implementación de sistemas informáticos es más difícil de lo que parece, que deben evolucionar en base al feedback de los usuarios y que deben considerarse siempre los factores humanos en el desarrollo e implementación de estos sistemas.

Rediseñar el proceso de seguimiento de estudios solicitados

Dadas las limitaciones de los sistemas informáticos y el hecho de que la mayoría de los consultorios aun no han implementado sistemas informáticos robustos, algunos de los pasos de sentido común descritos por Nancy Elder en el año 2006 pueden ser de gran ayuda: (32) (12)

- Los estudios deben ser seguidos desde su indicación hasta su realización, recepción de resultados y acción:
 - Lógica: Las fallas deben hacerse visibles y no perderse
 - Especificación: Cada paso necesita ser reconocido y documentado. Los estudios más críticos indicados pero no realizados y la falta de acción frente a resultados anormales también deben ser identificados.

- Desarrolle un abordaje estandarizado para cada estudio, definiendo cuáles son los resultados anormales que deben ser identificados:

Lógica: Los “valores críticos” o “panic values” (resultados anormales que requieren una atención urgente y deben ser notificados inmediatamente) fueron un gran avance en la década del 70 para manejar situaciones de emergencia. Sin embargo, ahora el problema mayor se da en resultados anormales sobre los que se debe actuar pero que no representan “urgencias”. La falta de un sistema estándar de codificación y notificación dificulta su seguimiento por parte de los médicos.

Especificación: Cada área diagnóstica debería delinear criterios para resultados anormales, utilizando tres niveles de urgencia: los de emergencia crítica (con riesgo de vida), los urgentes, y aquellos que no son urgentes pero que su seguimiento es crítico. Se deben definir plazos de tiempo para su recepción y para la acción de acuerdo al nivel de urgencia.

- Elimine la ambigüedad acerca de a quién hay que contactar para informar de resultados críticos anormales y defina responsabilidades

Lógica: Las confusiones llevan a errores, particularmente en lo que hace a las responsabilidades cruzadas de médicos clínicos, especialistas, reemplazos, etc. El rediseño es necesario para sobreponerse a la fragmentación de los servicios, generando una conciencia similar al “pase de guardia”.

Especificación: Hay suficiente consenso acerca de que la responsabilidad inicial recae sobre el clínico que indicó los estudios, con un adecuado back up de quienes puedan estar cubriéndolos cuando no se encuentran disponibles.

- Notifique a los pacientes todos los resultados, aún los normales

Lógica: Generar expectativa de que recibirán todos los resultados de los estudios permite que los pacientes funcionen como un “doble control” para detectar la falta de reporte de algún resultado.

Especificación: Existen muchas formas para comunicarse con los pacientes, dependiendo del resultado, del paciente y de la tecnología disponible. Los portales web con mecanismos de seguridad son una forma cada vez más utilizada para “postear” los resultados.

Desarrollar prácticas que puedan mejorar la seguridad de la medicación ambulatoria

- Escriba de manera legible y comprensible, incluyendo la indicación de la prescripción. Evite abreviaturas (ej: s/n -según necesidad- o s/d (según dolor); y describa por escrito al paciente por qué le receta ese medicamento (Ej: “para la hipertensión”)

- Mantenga una lista actualizada y precisa de la medicación que recibe el paciente, conciliando regularmente los cambios. Una buena práctica consiste en pedirle al paciente que concurra a cada consulta con una bolsa conteniendo todos los remedios que toma. Cuando se encuentran discrepancias, será tarea del médico resolverlas.

- Utilice las muestras gratis con precaución. Los farmacéuticos funcionan muchas veces como un doble control sobre las recetas, identificando interacciones y alergias que pueden haber sido inadvertidas por el médico.

- Empodere a los pacientes para que funcionen como un doble control.

- Considere la posibilidad de utilizar un sistema de prescripción electrónica. Cuando estos sistemas se encuentran integrados a la historia clínica, tienen el potencial de disminuir errores por ilegibilidad e interacciones.

Mejorar la comunicación y coordinación entre el ámbito de internación y el ambulatorio

El actual interés por reducir el número de re-internaciones prevenibles ha centrado su atención en el flujo de información durante la transición del paciente desde el hospital hacia otros ámbitos. Este proceso requiere de un verdadero trabajo coordinado entre médicos que muchas veces no se conocen. Entre la información que debería llegar siempre a los médicos de consultorio se encuentran los cambios en la medicación, los planes de seguimiento y los estudios pendientes al momento del alta de internación. Pese a esto, muchas veces estos datos no son adecuadamente transmitidos. Se necesita delinear claras líneas de responsabilidad para determinar quién seguirá cuál resultado. Además, los hospitales que dan el alta tendrían que darle mayor

trascendencia al resumen de alta o epicrisis, entregando al paciente un resumen de gran calidad acerca de lo actuado y lo que se planifica, para que pueda ser presentado ante quienes deberán seguir al paciente en forma ambulatoria. Los consultorios, a su vez, deberían garantizar el acceso oportuno de los pacientes recién dados de alta a los consultorios externos, de forma tal que los médicos de ese sector puedan revisar el resumen de alta, reconciliar la medicación, discutir síntomas y solicitar los estudios que correspondan para reducir la tasa de re-internaciones.

Brindar el tiempo necesario

Es bien conocido que la falta de tiempo tiene una influencia decisiva sobre los errores, y en la medicina ambulatoria el tiempo destinado a la consulta y al encuentro entre el médico y el paciente viene acortándose dramáticamente. Si lo que Singh y col.(11) descubrieron acerca de los factores que más contribuyen a los errores diagnósticos es cierto, entonces lo que ocurre en los encuentros cara a cara entre el médico y su paciente es uno de los factores claves para mejorar las chances de realizar un diagnóstico correcto. Esto sin dejar de mencionar los efectos de la falta de tiempo sobre otros errores no diagnósticos, incluyendo los errores de medicación. El efecto de la falta de tiempo sobre los errores y eventos adversos es un tema que debería ocupar un lugar central en la agenda de los investigadores en seguridad del paciente en el ámbito ambulatorio.

Hacer más haciendo menos: reducir la sobre-indicación de estudios y tratamientos

Muchos se cuestionan en la actualidad si vale la pena exponer al paciente a estudios o tratamientos potencialmente peligrosos y de escaso rédito. Una de las herramientas más poderosas para mejorar la seguridad del paciente ambulatorio es hacer menos. Pero todavía se requiere mayor investigación sobre este tema para garantizar que los esfuerzos para reducir el uso innecesario de recursos no terminen originando nuevos tipos de daño.

Desarrollar indicadores de calidad y seguridad específicos del ámbito ambulatorio

Lo que no se mide no se puede mejorar. En la nueva era del “pago por desempeño” se debe todavía desarrollar una métrica más robusta para mejorar la seguridad en el ámbito ambulatorio. Entre los indicadores que podríamos utilizar se incluyen, por ejemplo, el porcentaje de listas de medicación que reflejan exactamente lo que el paciente está tomando, el porcentaje de estudios de antígeno prostático o de pólipos de colon con un adecuado plan de seguimiento, etc. Falta todavía trabajo para definir los indicadores más apropiados y para crear los sistemas que permitan capturar fácilmente estos datos.

La nueva frontera

¿Es la seguridad del paciente ambulatorio realmente un terreno inexplorado?. La respuesta es no y sí al mismo tiempo. No lo es porque muchas de las intervenciones basadas en la evidencia que aplican al paciente internado pueden ser trasladadas al ámbito ambulatorio. Entre estas se incluyen los sistemas de prescripción computarizada, sistemas informáticos de apoyo a la decisión clínica, sistemas de seguimiento de estudios básicos, listados de verificación, reportes de incidentes y mecanismos de transferencia de información de manera estructurada. Sí se trata de un nuevo terreno porque todavía falta mucha información sobre la incidencia y tipos de eventos adversos ambulatorios, y porque se requiere mayor investigación en ciertas áreas específicas: errores diagnósticos, el rol de los pacientes en su propia seguridad, el aprovechamiento de la historia electrónica para aumentar la adherencia al tratamiento y facilitar el seguimiento longitudinal de estudios trascendentes, cómo hacer más con menos y cuáles son los efectos de la falta de tiempo sobre el error, entre otros temas.

Debemos reconocer que lo discutido en esta pequeña revisión es sólo la punta del iceberg de la seguridad del paciente en el ámbito ambulatorio, habiéndonos concentrado casi exclusivamente en lo que ocurre en los consultorios clínicos, cuando son cada vez más los procedimientos invasivos y cirugías que se realizan sobre bases ambulatorias. También en estas áreas se requiere mayor investigación, si bien las prácticas de

seguridad deberían tener el mismo rigor que en el paciente internado.

Pero tal vez el mayor desafío inmediato que tenemos por delante consista en descubrir cuál es la mejor forma de crear una cultura de seguridad en este ámbito, caracterizado por la fragmentación, la desorganización y la ausencia de un verdadero liderazgo. Si algo progresaron los hospitales en este tema, se debió a la inversión en recursos humanos y físicos destinados a reducir el número de eventos adversos en pacientes internados. Dichos esfuerzos todavía no se vuelcan al terreno ambulatorio.

El trabajo pendiente comienza con la recolección de datos acerca de los riesgos, casi incidentes y eventos adversos mediante el reporte espontáneo de los médicos de consultorio. El entrenamiento de los líderes en los principios del análisis de causa raíz, mejora de calidad y rediseño de procesos también resulta esencial cuando reciben informes acerca de temas de seguridad. Estarán entonces capacitados para poder interpretarlos y actuar en consecuencia. Las organizaciones de salud que reconozcan estos desafíos y sepan responder a ellos estarán a la vanguardia, en una época marcada por un creciente escrutinio de la seguridad que se brinda a los pacientes, no sólo en el hospital sino también en la continuidad de la atención.

Bibliografía

1. Green LA, Fryer GE, Yawn BP et al. The ecology of medical care revisited. *N Eng J Med* 2001; 344:2021-2025
2. National Center for Health Statistics. FastStats A to Z. at <http://www.cdc.gov/nchs/fastats> . (datos 2010)
3. Gandhi TK; Lee TH. Patient safety beyond the hospital. *N Eng J Med* September 9 2010. 363:11 1001-1003
4. Plews-Ogan M. Beyond the hospital: the new frontier of Patient Safety. *Perspectives on Safety* July/August 2014
5. Bishop TF, Ryan AM, Casalino LP. Paid malpractice claims for adverse events in inpatient and outpatient settings. *JAMA*. 2011;305:2427-2431.
6. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med*. 2003;138:161-167
7. Woods DM, Thomas EJ, Holl JL, Weiss KB, Brennan TA. Ambulatory care adverse events and preventable adverse events leading to a hospital admission. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:127-131.
8. Wysowski DK, Governale LA, Swann J. Trends in outpatient prescription drug use and related costs in the US: 1998–2003. *Pharmacoeconomics*. 2006;24:233-236
9. Gandhi TK, Weingart SN, Seger AC, et al. Outpatient prescribing errors and the impact of computerized prescribing. *J Gen Intern Med*. 2005;20:837-841
10. Thomsen LA, Winterstein AG, Søndergaard B, Haugb lle LS, Melander A. Systematic review of the incidence and characteristics of preventable adverse drug events in ambulatory care. *Ann Pharmacother*. 2007;41:1411-1426.
11. Singh H, Giardina TD, Meyer AN, Forjuoh SN, Reis MD, Thomas EJ. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Intern Med*. 2013;173:418-425.
12. Watcher R.M Patient safety in the ambulatory setting. In: *Understanding Patient Safety 2010*. Mac Graw-Hill Companies Publishers. Chapter 12
13. AHRQ Patient Safety Network (PSNet). Patient Safety Primer. Patient Safety in Ambulatory Care. (on line- Acceso agosto 2015) <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=16>
14. Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, et al. Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med* 2003; 348: 1556-1564.
15. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA* 2003; 289: 1107-1116
16. Budnitz DS, Pollock DA, Weidenbach KN, et al. National surveillance of emergency department visits for outpatient adverse drug events. *JAMA* 2006; 296: 1858-1866.
17. Sorrel AL. Failure to diagnose is the no. 1 allegation in liability lawsuits. Chicago, IL: American Medical News; 2006 <http://www.amednews.com/article/20060320/profession/303209966/6/>
18. Gandhi TK, Kachalia A, Thomas EJ, et al. Missed and delayed diagnoses in the ambulatory setting: A study of closed malpractice claims. *Ann Intern Med* 2006; 145: 488-496.
19. Singh H, Giardina TD, Meyer AN, Forjuoh SN, Reis MD, Thomas EJ. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Intern Med*. 2013;173:418-425
20. Poon EG, Wang SJ, Ganhi TK, et al. Design and implementation of a comprehensive outpatient results manager. *J Biomed Inform* 2003; 36:80-91
21. Roy CL, Poon EG, Karson AS, et al. Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. *Ann Intern Med* 2005; 143:121-128
22. Poon EG, Ganhi TK, Sequist TD et al. "I wish I had seen this test result earlier!" L dissatisfaction with test

result management systems in primary care. *Arch Intern Med* 2004; 164: 2223-2228

23. Smith PC, Araya-Guerra R, Bublitz C, et al. Missing clinical information during primary care visits *JAMA* 2005; 293:565-571

24. Kaushal R, Shojania KG, Bates DW. Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2003;163:1409-141

25. Schedlbauer A, Prasad V, Mulvaney C, et al. What evidence supports the use of computerized alerts and prompts to improve clinicians' prescribing behavior? *J Am Med Inform Assoc.* 2009;16:531-538

26. Metzger J, Welebob E, Bates DW, Lipsitz S, Classen DC. Mixed results in the safety performance of computerized physician order entry. *Health Aff (Millwood).* 2010;29:655-663

27. Baron RJ, Fabens EL, Schiffman M, et al. Electronic health records: just around the corner? Or over the cliff? *Ann Intern Med* 2005; 143:222-226

28. Abramson EL, Malhotra S, Fischer K, et al. Transitioning between electronic health records: effects on ambulatory prescribing safety. *J Gen Intern Med* 2011; 26:868-874

29. Nanji KC, Rothschild JM, Salzberg C, et al. Errors associated with outpatient computerized prescribing systems. *J Am Med Inform Assoc* 2011; 18:767-773

30. Singh H, Thomas EJ, Mani S, et al. Timely follow-up of abnormal diagnostic imaging test results in an outpatient setting: are electronic medical records achieving their potential? *Arch Intern Med* 2009; 169: 1578-1586

31. Romano MJ, Stafford RS. Electronic Health records and clinical decision support systems: impact on national ambulatory care quality. *Arch Intern Med* 2011; 171: 897-903

32. Elder NC. Patient safety in the physician office setting. *AHRQ Web M&M.*(serial online) May 2006