

El uso de abreviaturas no recomendadas en el informe de alta y prescripción médica: estudio observacional retrospectivo

The use of unsafe abbreviations in discharge report and medical prescription: observational and retrospective study

F. Soto-Arnález¹, T. Sebastián-Viana², P. Carrasco-Garrido³, C. Fernández de las Peñas⁴, D. Palacios-Ceña⁴

RESUMEN

Fundamento. La historia clínica es la transcripción del relato patográfico del paciente. Los objetivos de este trabajo fueron: identificar las abreviaturas más frecuentes presentes en la historia clínica, identificar las abreviaturas desaconsejadas, identificar abreviaturas polisémicas, y describir su distribución según servicio (médico-quirúrgico).

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo mediante auditoría de historia clínica digitalizada de pacientes dados de alta del hospital Universitario Fuenlabrada en el año 2013. Se revisaron las abreviaturas de los informes de alta y las órdenes de prescripción en 78 historias clínicas (39 hombres y 39 mujeres) de diferentes servicios.

Resultados. El 100% de las historias revisadas presentaron abreviaturas (media: 38,95; DS 17,7). Se encontraron 688 abreviaturas diferentes, que se repetían hasta llegar a un total de 3.038. Las más frecuentes fueron: HTA (n=98; 3,23%), AP (n=89; 2,93%), SC (n=63; 2,07%). Se identificaron 28 abreviaturas desaconsejadas, repitiéndose 646 veces. Las más frecuentes fueron: SC (n=63; 9,75%), ui (n=49; 7,59%), > (n=38; 5,88%), mcg (n=36; 5,57%). Se identificaron 23 abreviaturas polisémicas, siendo las más frecuentes: H (n=117; 12,81%), MC (n= 109; 11,94%), MP (n=99; 10,84%). Finalmente, los servicios médicos presentaron 1.866 abreviaturas y los quirúrgicos 1.172 (p<0,001).

Conclusiones. Todas las historias clínicas presentaron abreviaturas de riesgo, y el uso de abreviaturas desaconsejadas fue habitual en los servicios de medicina.

Palabras claves. Abreviaturas. Historia Médica. Seguridad del paciente.

ABSTRACT

Background. The medical record represents the transcript of the pathologic narrative of a patient. Our aims were: to identify the most common abbreviations present in medical records; to identify discouraged abbreviations; to identify polysemic abbreviations; and to show the distribution of the abbreviations according to the type of ward (medical-surgical).

Methods. An observational, descriptive and retrospective study by auditing the digital clinical records of patients discharged from Fuenlabrada University Hospital in 2013 was conducted. Abbreviations in discharge reports and medical order prescriptions present in 78 medical records, corresponding to 39 men and 39 women of different services, were reviewed.

Results. All medical records showed abbreviations. The mean of abbreviations in each medical record was 38.9±17.7. Medical records showed 688 different abbreviations, which were repeated up to a total of 3,038 times. The most frequent abbreviations were HTA (n=98; 3.23%), AP (n=89; 2.93%). Twenty-eight abbreviations considered unsafe appeared and were repeated 646 times. The most frequent included SC (n=63; 9.75%), ui (n=49; 7.59%), > (n=38; 5.88%), mcg (n=36; 5.57%). Twenty-three polysemic abbreviations were also identified, the most frequent being H (n=117; 12.81%), MC (n= 109; 11.94%), MP (n=99; 10.84%). Finally, medical wards had 1,866 abbreviations and surgical 1,172 (P <0.001).

Conclusions. All medical records revised included unsafe abbreviations. The use of unsafe abbreviations was common among medical services.

Keywords. Abbreviations. Medical records. Patient safety.

An. Sist. Sanit. Navar. 2016; 39 (3): 379-387

1. Unidad de Reanimación. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.
2. Innovación y Desarrollo. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.
3. Departamento de Medicina y Cirugía, Psicología, Medicina Preventiva y Salud Pública e Inmunología Microbiología Médica y Enfermería y Estomatología.
4. Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Correspondencia:

Domingo Palacios Ceña
Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física
Facultad Ciencias de la Salud
Universidad Rey Juan Carlos
Avda. de Atenas, s/n 28922 Alcorcón
E-mail: domingo.palacios@urjc.es

Recepción: 11-05-2016

Aceptación provisional: 04-07-2016

Aceptación definitiva: 19-07-2016

INTRODUCCIÓN

La historia clínica (HC) es la transcripción del relato patográfico del paciente¹, además de ser el documento esencial del aprendizaje y de la práctica clínica médica². La historia clínica contienen los datos, valoraciones e información sobre la evolución clínica de un paciente durante su proceso asistencial³. En la HC queda registrada la documentación generada en la asistencia clínica y sirve como herramienta de comunicación entre profesionales³. La transferencia de la información de la HC es un momento clave, donde pueden aparecer errores relacionados con una inadecuada o incompleta comunicación⁴⁻⁶.

El paso de una HC en formato papel, al desarrollo de formatos electrónicos ha permitido una mejor organización, manejo, análisis y explotación de la información. Esta nueva historia clínica digitalizada (HCD) ayuda en la toma de las decisiones, mejora la seguridad y la atención recibida⁷⁻⁸.

Dentro de la HCD, existen informes y formularios en los que se puede escribir "texto libre" y, con frecuencia, se utilizan abreviaturas, siglas y símbolos que permiten agilizar el proceso de escritura y transmisión de información⁸. Pero también generan dificultades de comprensión y riesgos cuando la información se comparte entre profesionales sanitarios y hospitales^{9,10}. Su uso constituye uno de los principales abusos en el lenguaje médico y la mayor parte de ellas se establecen por criterio personal del médico, sin el control de comités de normalización⁴. Los problemas de comprensión son debido a que muchas abreviaturas presentan diferentes significados, son polisémicas¹¹⁻¹⁴. Pero también se puede encontrar la opción contraria, que diferentes abreviaturas se refieran al mismo concepto^{12,14}.

Además, la presencia de diferentes documentos en la HCD (informes de alta hospitalaria y orden de prescripción médica) puede facilitar la aparición de errores asociados al uso de abreviaturas sin control⁴, sobre todo al compartir información entre los profesionales, o entre los profesionales y los pacientes. Además, la presencia de abreviaturas puede aumentar el riesgo de malinterpretaciones en el tratamiento, en

el diagnóstico y la interpretación de las recomendaciones médicas, por parte de los profesionales sanitarios de atención primaria y del propio paciente y la familia.

Los objetivos de este estudio fueron: a) Identificar el uso de las abreviaturas más frecuentes presentes en la HCD, b) identificar aquellas en las que está desaconsejado su utilización, c) identificar abreviaturas polisémicas, y d) describir su distribución según servicio de alta del paciente (médico-quirúrgico).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo mediante auditoría de HCD, de pacientes dados de alta del hospital Universitario de Fuenlabrada en el año 2013. Es un hospital de tamaño medio con 406 camas que en el año 2013 tuvo 15.052 altas hospitalarias. En la auditoría se identificaron el número y tipo de abreviaturas escritas.

Procedimiento de selección y criterios de inclusión

La selección de las historias se realizó mediante un muestreo aleatorio a partir de las altas registradas en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de 2013 que cumplía los siguientes criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años dados de alta de unidades de hospitalización médica y quirúrgica en el año 2013. Se excluyeron de la revisión los pacientes a cargo de los servicios de Ginecología, Obstetricia, Psiquiatría y Cuidados críticos.

Tamaño muestral

Para su determinación se consideraron los resultados obtenidos en el estudio realizado por la Consejería de Sanidad "Proyecto estado de la seguridad de los pacientes en la Comunidad de Madrid"¹⁵. En este se evaluó la utilización de abreviaturas, símbolos o expresiones de dosis no recomendadas según el modelo de Saturno y col¹⁶. En el 100% de las historias clínicas revisadas en esa auditoría se encontraron

abreviaturas no recomendadas. Partiendo del hecho de que todas las HCD revisadas tenían abreviaturas no recomendadas era de esperar que en el presente estudio la práctica totalidad de las historias aparecieran abreviaturas no recomendadas, por ello para el cálculo del tamaño muestral se consideró que en al menos el 95% de las historias a revisar iban a aparecer abreviaturas no recomendadas. Con este porcentaje de historias con abreviaturas con un nivel de confianza del 95% y con una precisión absoluta del 5%, para un total de 9.870 pacientes que en el año 2013 cumplían los criterios de inclusión, se estimó que sería preciso auditar 73 historias clínicas¹⁷. Finalmente se revisaron y analizaron un total de 78 historias. De éstas, 39 eran de servicios médicos (Medicina Interna, Aparato Digestivo, Cardiología, Oncología Médica, Hematología y Hemoterapia, Dermatología) y 39 de servicios quirúrgicos (Cirugía General y Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Otorrinolaringología, Urología).

Procedimiento de la auditoria de las HCD

La auditoría de historias¹⁶ fue retrospectiva y se realizó por dos profesionales sanitarios concedores del modelo de HCD, con más de 20 años de experiencia profesional, que formaban parte del equipo de investigación. Previa a la auditoria se elaboró un cuaderno de recogida de datos y sus instrucciones de cumplimentación que fueron discutidas por los dos revisores y los miembros del equipo investigador. Para garantizar la calidad de la recogida de datos se realizó un entrenamiento previo y las 5 primeras historias fueron revisadas por ambos profesionales contrastando y consensuando entre ellos los resultados de la recogida de información. Las dudas posteriores que surgieron durante la recogida de datos se consensuaron entre los dos revisores y el resto del equipo investigador.

Variables

Todas las variables se obtuvieron de la HCD del hospital Universitario de Fuen-

labrada. Concretamente de los informes de alta hospitalaria cumplimentados y las órdenes de Prescripción cumplimentadas por médicos. La selección de estos documentos se basó en que eran esenciales para la comunicación y transmisión entre los profesionales y entre los profesionales con el paciente^{3,18}.

Se recogieron abreviaturas: tipo, significado y si estaba desaconsejado basándose en las recomendaciones internacionales del *Institute for Safe Medication Practices*¹⁰, de la *New Zealand Commission on Health Quality & Safety*¹⁹, de la *Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare*²⁰, en el contexto español, de las propuestas de Saturno y col¹⁶ y Otero y col¹¹, y a nivel local, el listado de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid²¹.

Se obtuvieron variables del paciente (fecha de ingreso, alta, motivo de consulta, sexo y edad), del tipo de informe donde aparece la abreviatura (Informe de alta o prescripción).

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se presentaron con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumieron en su media y desviación típica, o mediana y rango intercuartílico (RIC) según si su distribución era normal o no. Se comprobó la distribución de las variables frente a los modelos teóricos con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnoff. Se realizó un análisis estratificado de las variables de resultado, y uso de acrónimos por tipo de servicio/unidad.

Se contrastó la aparición de abreviaturas en función del tipo de servicio (médico o quirúrgico) con las pruebas no paramétricas correspondientes: U de Mann-Whitney en el caso de una variable cuantitativa y una cualitativa dicotómica y la Prueba de Kruskal-Wallis en caso de ser cualitativa con más de dos opciones.

En todos los casos se comprobó la distribución de la variable frente a los modelos teóricos y se comprobó la hipótesis de homogeneidad de varianzas. En todos los

contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un error de tipo I o error menor a 0,05.

Consideraciones éticas

Se respetó la confidencialidad de los pacientes en base a la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal²². Para ello todos los datos recogidos se anonimizaron eliminando todos los datos de identificación del paciente (nombre, apellidos, número de HCD) que fueron sustituidos por un código disociado de estos, que imposibilitaba identificar a que paciente pertenecían los datos analizados. No fue preciso utilizar consentimiento informado. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del hospital

Universitario de Fuenlabrada y por la dirección del centro.

RESULTADOS

Se revisaron las abreviaturas de los informes de alta hospitalaria y las órdenes de prescripción presentes en 78 HCD. Las HCD auditadas correspondían a 39 hombres y 39 mujeres con una edad media de 60,06 años (DS 17,27). Su estancia media de ingreso hospitalario fue de 7,37 días (DS 9,26), con una mediana de 4,5 con un RIC de 2-9. Todas las historias revisadas presentaron abreviaturas, con un número mínimo de 4 y máximo de 85; la media de abreviaturas en los documentos analizados por HCD fue de 38,95 con una desviación estándar de 17,7.

Tabla 1. Abreviaturas consideradas de riesgo identificadas en las 78 historias clínicas revisadas.

	A ^a	(n) ^b	(%) ^c	A ^a	(n) ^b	(%) ^c	A ^a	(n) ^b	(%) ^c	A ^a	(n) ^b	(%) ^c
Dosis y unidades juntos		104	16,1	CLK	35	5,4	Comp	23	3,5	sc	2	0,3
SC		63	9,7	CIK	33	5,1	U	9	1,3	X	2	0,3
ui		49	7,5	<	31	4,8	h	8	1,2	CAP	2	0,3
Cero detrás de la coma		46	7,1	SG	31	4,8	UI	5	0,7	Cap	2	0,3
>		38	5,8	cc	27	4,1	Nº romanos	4	0,6	c/d	1	0,1
mcg		36	5,5	+	26	4,0	Cp	4	0,6	d	1	0,1
mEq		35	5,4	COMP	25	3,8	hrs	3	0,4	SF	1	0,1

^a Abreviaturas, ^b frecuencia de aparición de la abreviatura, ^c porcentaje de aparición de la abreviatura sobre el total.

Tabla 2. Abreviaturas polisémicas identificadas en las 78 historias clínicas revisadas

A ^a	(n) ^b	(%) ^c	A ^a	(n) ^b	(%) ^c	A ^a	(n) ^b	(%) ^c	A ^a	(n) ^b	(%) ^c
H	117	12,8	PA	63	6,9	LD	24	2,6	ABD	5	0,5
MC	109	11,9	Inf	56	6,1	HD	17	1,8	BP	3	0,3
MP	99	10,8	Cx	45	4,9	IM	12	1,3	CC	2	0,2
AP	89	9,7	IRA	38	4,1	SNG	12	1,3	CH	2	0,2
Pte	71	7,7	RCP	33	3,6	TC	8	0,8	FA	2	0,2
EAP	70	7,6	HCD	30	3,2	DPC	6	0,6			

^a Abreviaturas, ^b frecuencia de aparición de la abreviatura, ^c porcentaje de aparición de la abreviatura sobre el total.

H:Horas, Historia, Hospital; **MC:**Motivo de Consulta, Médico de Cabecera; **MP:**Marcapasos, Médico Primaria; **AP:**Antecedentes Personales, Atención Primaria, Auscultación Pulmonar, Anatomía Patológica, Antero Posterior; **Pte:**Pendiente, Paciente; **EAP:**Edema Agudo de Pulmón, Equipo de Atención Primaria; **PA:**Presión Arterial, Pre Auricular; **Inf:**Inferior, Informe; **Cx:**Cirugía, Circunfleja; **IRA:**Insuficiencia Respiratoria Aguda, Insuficiencia Renal Aguda; **RCP:**Reanimación Cardiopulmonar, Reflejo Cutáneo Plantar, Reflejo Corneo Palpebral; **HCD:**Hemicolectomía derecha, Hipocondrio derecho, Historia clínica digital; **LD:**Lateral Derecho, Lóbulo Derecho; **HD:**Hemodinámica, Hemodiálisis; **IM:**Infarto de Miocardio, Insuficiencia Mitral; **SNG:**Sonda Nasogástrica, Surco Nasogéneo; **TC:**Tomografía Computarizada, Toracocentesis; **DPC:**Desnutrición proteinocalórica, Detección precoz de cáncer, Duodenopancreatocetomía cefálica; **ABD:**Abdomen, Abducción; **BP:**Bajo Peso, Biopsia, Bypass; **CC:**Cabeza y Cuello, Cáncer de Colon, Cuero Cabelludo; **CH:**Carcinoma Hepático, Concentrado de Hematíes, Crisis Hipertensiva; **FA:**Fibrilación auricular, Flutter auricular.

Se encontraron un total de 688 abreviaturas diferentes, muchas de las cuales se repetían hasta llegar a un total de 3.038. Las abreviaturas más frecuentes con su frecuencia de aparición (n) y porcentaje de aparición de la abreviatura sobre el total (%), fueron: HTA (n=98; 3,23%), AP (n=89; 2,93%), SC (n=63; 2,07%), TC (n=59; 1,94%), DM (n=54; 1,78%), ui (n=49; 1,61%), TA (n=44; 1,45%), mcg (n=36; 1,18%), AC (n=36; 1,18%), CLK (n=35; 1,15%), y FC (n=35; 1,15%). Además, aparecieron símbolos utilizados de manera frecuente como > (n=38; 1,25); < (n=31; 1,02), y + (n=26; 0,86%).

Además, se identificaron 28 abreviaturas consideradas de riesgo y cuyo uso está desaconsejado. Estas abreviaturas se repiten varias veces, hasta 646 ocasiones en la revisión de las 78 HCD. En la tabla 1, se presentan las abreviaturas consideradas de riesgo identificadas en las 78 HCD.

Además, se identificaron 23 abreviaturas polisémicas. En la tabla 2, se describen las abreviaturas polisémicas identificadas en las 78 HCD.

En los informes de alta de hospitalización aparecieron un total de 2.396 abreviaturas y en las órdenes de prescripción 642.

Las 39 historias revisadas de servicios médicos presentaron 1.866 abreviaturas con una media de 47,85 abreviaturas por historia y una desviación estándar de 16,2. Las 39 historias revisadas de servicios quirúrgicos presentaron 1.172 abreviaturas, con una media de 30,05 abreviaturas por historia y una desviación estándar de 14,5.

La mediana de abreviaturas por prescripción fueron de 8 con un RIC de 4-12, mientras que los informes médicos presentaron una mediana de abreviaturas de 26 por informe con un RIC de 18-44.

Las HCD de pacientes de unidades médicas presentaron una mediana de 49 acrónimos con un RIC de 34-48, mientras que las historias de pacientes procedentes de unidades quirúrgicas tuvieron una mediana de 28 con una RIC de 20-38 siendo estas diferencias estadísticamente significativa $p < 0,001$. En la tabla 3 se presenta la distribución de abreviaturas identificadas en

Tabla 3. Abreviaturas identificadas en servicios médicos y quirúrgicos.

	Nº total de abreviaturas	% de abreviaturas médicas	Historias revisadas	Nº medio de abreviaturas por historia revisada (desviación estándar)	P ^a
Servicios Médicos					0,2
Medicina Interna	762	40,8	17	44,8 (14,8)	
Aparato Digestivo	524	28,0	10	52,4 (14,3)	
Cardiología	255	13,6	5	51 (12,6)	
Oncología Médica	212	11,3	5	42,4 (24,3)	
Hematología y Hemoterapia	78	4,1	1	78	
Dermatología	35	1,8	1	35	
Total	1.866	100,0	39	47,8 (16,2)	
Servicios quirúrgicos					0,1
Cirugía General y Digestivo	673	57,4	24	28,0 (17,2)	
Cirugía Ortopédica y Traumatología	334	28,5	10	33,4 (6,1)	
Otorrinolaringología	121	10,3	3	40,3 (9,3)	
Urología	44	3,7	2	22 (2,8)	
Total	1.172	100,0	39	30,0 (14,5)	

^a Prueba de Kruskal-Wallis

servicios médicos y quirúrgicos, no habiendo encontrado diferencias estadísticamente significativas de los servicios médicos entre sí y de los servicios quirúrgicos entre sí.

Los servicios médicos ordenados de mayor a menor por la utilización de abreviaturas fueron: Hematología, Aparato digestivo, Cardiología, Medicina interna, Oncología médica y Dermatología. Los tres primeros servicios citados superaron las 50 abreviaturas de media por HCD. Los servicios quirúrgicos ordenados de mayor a menor por la utilización de abreviaturas fueron: Otorrinolaringología, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía general y Urología.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados muestran un uso habitual y frecuente de abreviaturas en todas las HCD, junto al uso de abreviaturas no recomendadas y de tipo polisémico, sobre todo en los servicios médicos, respecto a los servicios quirúrgicos. Estos resultados ayudarían a potenciar la seguridad del paciente, mediante el desarrollo de programas formativos del uso correcto de abreviaturas, junto a la implantación de programas de calidad de informes al alta y en la prescripción farmacológica¹¹⁻¹². Además, estos resultados pueden mejorar la calidad de los informes de alta en los servicios médicos y desarrollar protocolos que ayuden a homogeneizar las abreviaturas utilizadas en las diferentes especialidades.

Dentro de las inconsistencias en la metodología, podría considerarse el utilizar los símbolos como abreviaturas para su cuantificación, pero creemos que ha sido acertado debido a que diferentes organismos nacionales e internacionales consideran su uso como un riesgo para la seguridad del paciente, al aumentar el riesgo de errores en la interpretación^{10-11,16,19-21}. Otra limitación es que estos resultados solo podrían ser comparables con centros hospitalarios con HCD. Se añade a esta limitación la ausencia de la discriminación de las abreviaturas recogidas en función del idioma de origen (por ejemplo inglés) y su

utilización dentro de un contexto sanitario en el que el idioma es diferente (español). Finalmente, no se han incluido las HCD de pacientes menores de 18 años, ni pacientes dados de alta en Psiquiatría, Cuidados críticos, y Ginecología-Obstetricia por tener registros específicos.

En comparación con nuestros resultados, Sebastián-Viana y col¹⁵, realizaron un estudio sobre el estado de la seguridad de los pacientes en la comunidad de Madrid. En ese estudio, se mostraban cómo en todas las historias clínicas se incluían abreviaturas consideradas de riesgo por Saturo y col¹⁶. Además, se muestra cómo la publicación de documentos normativos no servía para mejorar el uso de éstos ya que todas las historias incluían abreviaturas no recomendadas a nivel de la Comunidad de Madrid²¹.

Todas las historias revisadas presentaron abreviaturas de riesgo. La frecuencia de abreviaturas diferentes entre sí encontradas fue de 688, de las que 23 fueron polisémicas. Hubo más abreviaturas en los servicios médicos, 1.866 frente a 1.172 en servicios quirúrgicos. La presencia de abreviaturas en el informe de alta puede dificultar su correcta interpretación por el paciente y/o los profesionales. Dooley y col¹⁴ determinaron que, el 8,33% de recetas de 3 hospitales universitarios australianos utilizaban abreviaturas que se consideran de alto riesgo. Además, se asociaban a una mala interpretación, eran desconocidos o tenían presentaciones ambiguas para los profesionales sanitarios. Saturno y Terol²³, en su estudio sobre el uso de abreviaturas en las prescripciones médicas, encontraron que en torno al 90% de las prescripciones revisadas tenía algún tipo de fallo que podía asociarse a error, con una media de 3 fallos por prescripción. En España, Plasencia Martínez y Moliner Lahoz²⁴ describen la utilización de un 27,18% de siglas. También encontraron que a mayor extensión de los informes, aparecían mayor número de abreviaturas y términos inventados basados en jergas particulares. De igual modo, Zambrana-García y Rivas-Ruiz⁶ concluyen en su estudio sobre la calidad del informe de alta hospitalaria, que se mantienen el

amplio uso de abreviaturas en las altas médicas, influyendo no solo en la calidad de las mismas, sino en el aumento de riesgo de efectos adversos²⁵. Es preciso señalar que algunas de las abreviaturas consideradas de riesgo, representan la fórmula química como por ejemplo el ClK. A pesar de que la fórmula química sea un término adecuado, sigue identificándose como una abreviatura de riesgo^{10-11,16,19-21}.

En ocasiones, incluso utilizando un sistema de aviso para el correcto uso de abreviaturas, se siguen utilizando las mismas y signos de riesgo. Así, Samaranayake y col²⁶, tras la aplicación de un programa para el correcto uso de las abreviaturas, redujeron significativamente su uso, pero siguieron encontrando abreviaturas asociadas a errores en el 19,2% de los medicamentos prescritos. Incluso, los profesionales se inventaban nuevas abreviaturas²⁷.

Diferentes organismos nacionales e internacionales, abogan por la prohibición de ciertas abreviaturas y evitar su uso en la comunicación médica por el riesgo que conlleva^{10-11,16,19-21}. A pesar de estas recomendaciones, es habitual que la documentación clínica presente abreviaturas⁵. Esto puede explicarse debido a que el uso de abreviaturas facilita la rapidez en la escritura de informes, y permite usar el tiempo de manera más eficaz^{24,28}. Esa documentación es utilizada por otros profesionales, pudiendo entender otro significado, no saber interpretarlo o incluir nuevas abreviaturas, aumentando a su vez, el riesgo de aparición de efectos adversos en el paciente⁴. El riesgo para la seguridad del paciente asociado al uso de abreviaturas se produce por el desconocimiento del significado de la abreviatura y la dificultad en su interpretación, sobre todo en abreviaturas polisémicas^{29,30}. Las abreviaturas polisémicas puede dificultar la comprensión del significado, dando un aumento de la probabilidad de cometer errores, sobre todo en el caso de traslados de ese mismo paciente a otras unidades o especialidades donde se pueden utilizar otros significados para la misma abreviatura^{27,31}.

Es preciso considerar el riesgo que podría aparecer en equipos sanitarios in-

terdisciplinarios, formados por diferentes perfiles profesionales, donde el uso de ciertas abreviaturas es frecuente en una determinada especialidad médica pero muy infrecuente y desconocido en otras especialidades^{4,30}. Además, el uso de abreviaturas tiene importantes repercusiones legales y éticas, sobre todo en caso de intervenciones vitales como las órdenes de resucitación. Salkić y Zwick³² describen cómo la malinterpretación de tratamientos, cómo las órdenes de no resucitación, afectan no solo a la seguridad del paciente, también a su autonomía. Ante esto, estudios previos^{7,33} han mostrado diferentes iniciativas para controlar e identificar de una manera eficaz a través de la informatización, aquellas abreviaturas más utilizadas, para disminuir el riesgo de su uso.

Como conclusiones, existían un elevado número de abreviaturas en la HCD, y todas las historias presentaban abreviaturas polisémicas y de riesgo. Destaca el uso de abreviaturas en las especialidades médicas, respecto a las quirúrgicas. El uso de abreviaturas era común en el contexto hospitalario y entre los servicios de Medicina y Cirugía, pero debe existir un consenso o guía normativa que permita unificar su uso por especialidades, servicios o técnicas (diagnósticas o terapéuticas) para mantener la seguridad del paciente. Por otro lado, es preciso señalar que el contexto (diferentes países) donde se usan determinadas abreviaturas polisémicas, puede convertirlas en abreviaturas de uso común en el idioma de origen del informe. Dentro de las líneas de investigación, se encuentran: la identificación y cuantificación de los acrónimos en las historias clínicas por especialidades en contextos hospitalarios españoles y la identificación y cuantificación de las abreviaturas consideradas de riesgo, junto a la identificación de los factores que aumenta el riesgo de su uso.

Agradecimientos

Al hospital Universitario de Fuenlabrada y a todos los profesionales que desarrollan su labor en la asistencia clínica diaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. LAIN ENTRALGO P. La Historia Clínica. Madrid: Tricastela 1998.
2. FOMBELLA POSADA MJ, CERELIO QUINTEIRO MJ. Historia de la historia clínica. Galicia Clin 2012; 73: 21-23.
3. Gobierno de España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 2002. (Consultado el 15/3/2016.) Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
4. SINHA S, McDERMOTT F, SRINIVAS G, HOUGHTON PW. Use of abbreviations by healthcare professionals: what is the way forward? Postgrad Med J 2011; 87: 450-452.
5. COHEN M, VAIDA A, LITMAN RS, JENKINS RH. Error-prone abbreviations and dose expressions. Anesth Analg 2016; 122: 581.
6. ZAMBRANA-GARCÍA JL, RIVAS-RUIZ F. Quality of hospital discharge reports in terms of current legislation and expert recommendations. Gac Sanit 2013; 27: 450-453.
7. MOON S, PAKHOMOV S, MELTON GB. Automated disambiguation of acronyms and abbreviations in clinical texts: window and training size considerations. AMIA Annu Symp Proc 2012; 2012: 1310-1319.
8. KARGUL GJ, WRIGHT SM, KNIGHT AM, McNICOL MT, RIGGIO JM. The hybrid progress note: semiautomating daily progress notes to achieve high-quality documentation and improve provider efficiency. Am J Med Qual 2013; 28: 25-32.
9. YETANO J, ALBEROLA V. Diccionario de siglas médicas y otras abreviaturas, epónimos y términos médicos relacionados con la codificación de las altas hospitalarias. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2003.
10. Institute for Safe Medication Practices. List of Error-Prone Abbreviations, Symbols, and Dose Designations. (Consultado el 15/3/2016.) Disponible en: <https://www.ismp.org/Tools/errorproneabbreviations.pdf>
11. OTERO MJ, MARTÍN R, DOMÍNGUEZ-GIL A. Seguridad de medicamentos. Abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis asociados a errores de medicación. Farm Hosp 2004; 28: 141-144.
12. YOES T. Preventing medication errors: acronyms as strategies. Okla Nurse 2012; 57: 15.
13. MYERS JS, GOJRATY S, YANG W, LINSKY A, AIRAN-JAVIA S, POLOMANO RC. A randomized-controlled trial of computerized alerts to reduce unap-
proved medication abbreviation use. J Am Med Inform Assoc 2011; 18: 17-23.
14. DOOLEY MJ, WISEMAN M, GU G. Prevalence of error-prone abbreviations used in medication prescribing for hospitalised patients: multi-hospital evaluation. Intern Med J 2012; 42: 19-22.
15. SEBASTIÁN-VIANA T, HEREDIA-REINA MP, CABALLERO-PEREA A, SERRANO-BALAZOTE P. Estado de la seguridad de los pacientes en la comunidad de Madrid. En: Memorias V Encuentro Internacional del Cuidado: La seguridad del Paciente en el ámbito clínico y ambulatorio. San José de Cúcuta, Colombia 24 y 25 de Septiembre 2015. Universidad Francisco de Paula Santander 2015: 55-61.
16. SATURNO PJ, TEROL E, AGRA Y, FERNÁNDEZ MM. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2008.
17. DE MUTH JE. Preparing for the first meeting with a statistician. Am J Health-Syst Pharm 2008; 65: 2358-2366.
18. CONTHE P, GARCÍA J, PUJOL R, ALFAGEME MICHAVILLA I, ARTOLA MENÉNDEZ S, BARBA MARTÍN R et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. Med Clin (Barc) 2010; 134: 505-510.
19. New Zealand Commission on Health Quality & Safety. Error-prone abbreviations, symbols and dose designations. NOT TO USE. (Consultado el 15/3/2016.) Disponible en: <http://www.hqsc.govt.nz/assets/Medication-Safety/Alerts-PR/Poster-error-prone-abbreviations-not-to-use.pdf>
20. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Recommendations for terminology, abbreviations and symbols to be used in the prescribing and administering of medicines. (Consultado el 15/3/2016.) Disponible en: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/32060v2.pdf>
21. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estandarización de Abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y la administración de medicamentos de la Comunidad de Madrid. (Consultado el 15/3/2016.) Disponible en: <http://goo.gl/kuJRMT>
22. Gobierno de España. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. 1999. (Consultado el 15/3/2016.) Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>

23. SATURNO P, TEROL E. Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
24. PLASENCIA MARTÍNEZ S, MOLINER LAHOZ J. Uso y abuso de las abreviaturas en los informes del hospital clínico universitario Lozano Blesa. *Rev Paraninfo Digital*, 2012; 16. (Consultado el 15/3/2016.) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n16/241d.php>
25. ALLUÉ N, CHIARELLO P, BERNAL DELGADO E, CASTELLS X, GIRALDO P, MARTÍNEZ N et al. Assessing the economic impact of adverse events in Spanish hospitals by using administrative data. *Gac Sanit* 2014; 28: 48-54.
26. SAMARANAYAKE NR, CHEUNG D, LAM M, CHEUNG TT, CHUI WC, WONG IC et al. The effectiveness of a 'Do Not Use' list and perceptions of health-care professionals on error-prone abbreviations. *Int J Clin Pharm* 2014; 36: 1000-1006.
27. SAMARANAYAKE NR, DABARE PR, WANIGATUNGE CA, CHEUNG BM. The pattern of abbreviation use in prescriptions: a way forward in eliminating error-prone abbreviations and standardisation of prescriptions. *Curr Drug Saf* 2014; 9: 34-42.
28. DIMOND B. Abbreviations: the need for legibility and accuracy in documentation. *Br J Nurs* 2005; 14: 665-666.
29. ISLES AF, PEARN JH. Acronyms confuse everyone: combating the use of acronyms to describe paediatric research studies. *J Paediatr Child Health* 2014; 50: 756-758.
30. HORON K, HAYEK K, MONTGOMERY C. Prohibited abbreviations: seeking to educate, not enforce. *Can J Hosp Pharm* 2012; 65: 294-299.
31. PARAKH P, HINDY P, FRUCHTER G. Are we speaking the same language?: acronyms in gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 2011; 106: 8-9.
32. SALKIC A, ZWICK A. Acronyms of dying versus patient autonomy. *Eur J Health Law* 2012; 19: 289-303.
33. MOON S, PAKHOMOV S, LIU N, RYAN JO, MELTON GB. A sense inventory for clinical abbreviations and acronyms created using clinical notes and medical dictionary resources. *J Am Med Inform Assoc* 2014; 21: 299-307.

