

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

INFORMES DE ALTA EN URGENCIAS: EL USO DE LAS ABBREVIACIONES INTERFIEREN EN LA CALIDAD ASISTENCIAL.

Autor principal ANTONIA MARIN AREVALO

CoAutor 1 CARMEN IGLESIAS REGIDOR

CoAutor 2 CLARA EUGENIA VALERO MESA

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Cuidados Críticos y Urgencias

Palabras clave urgencias siglas informe de alta abreviaturas

» Resumen

Objetivo: Determinar el número de abreviaciones utilizadas (siglas y abreviaturas) y evaluar su adecuación en los informes de alta del servicio de urgencias del Hospital Universitario San Cecilio de Granada, realizados en el mes de Enero de 2012.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. De un total de 12.606 episodios del mes de Enero de 2012, se extrajo una muestra, mediante muestreo aleatorio estratificado, de 202 informes que fueron analizados durante el mes de Marzo de 2012.

Resultados: Se identificaron un total de 2.546 abreviaciones, de las cuales el 63% (1614 abreviaciones) sí están reconocidas en el diccionario tomado como referencia (9), y el 37% (932 abreviaciones) no están reconocidas. Del total corresponden a siglas 1.778 (el 70%) y a abreviaturas 768 (el 30%). Encontramos 591 abreviaciones diferentes entre sí. El número medio de abreviaciones ha sido de 12,6 por episodio.

Conclusiones: El uso y abuso de abreviaciones, conlleva a un deterioro en la comunicación entre usuarios y profesionales, interfiriendo en la calidad asistencial y vulnerando el derecho del usuario a estar bien informado.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Los profesionales sanitarios que intervienen durante el proceso asistencial tienen en la historia clínica la herramienta de trabajo que les permite registrar toda la información sobre la actividad realizada (1,2). Dicha información debe cumplir ciertos requisitos que aseguran su objetivo como medio de comunicación profesional-usuario e interprofesional y como documento legal.

Dentro de la legislación que actualmente se encuentra en vigor (3,4,5,6), el primer texto legislativo que hace referencia a los escritos sanitarios es la Ley General de Sanidad. En su artículo diez se refiere a los derechos de los usuarios con relación a las distintas administraciones públicas. El punto 11 de dicho artículo dice: A que quede constancia por escrito de todo su proceso

La ley 41/2002 en su capítulo V La historia clínica, dentro del artículo 15, Contenido de la historia clínica de cada paciente, destacamos:

1.- La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.

Con la lectura de dicha legislación podemos deducir que toda la información registrada en la historia clínica debe ser rigurosa, exacta, completa, veraz, legible y evitar el uso de abreviaciones (siglas y abreviaturas), símbolos y términos que no sean de uso reconocido.

El lenguaje escrito utilizado en las historias debe adaptarse al colectivo al que va dirigido, facilitando su legibilidad y evitando la interpretación errónea de la información que incluyen en sus textos, como hace referencia en su artículo Aleixandre-Benavent R(7).

Los informes de alta del servicio de urgencias como parte integrante de la historia clínica del paciente aportan información escrita cuyo destinatario principal es el propio paciente y después como destinatarios secundarios están otros profesionales sanitarios.

El uso de las abreviaciones en prácticamente todos los documentos sanitarios por parte de los profesionales, está muy extendido, y su uso puede resultar abusivo, ya sea por su excesiva como por su incorrecta utilización.

En ocasiones la persona destinataria del documento, el paciente u otro personal sanitario, desconoce total o parcialmente el significado de las abreviaciones utilizadas, lo que supone un serio inconveniente para una comunicación fluida entre éstos, que acaba repercutiendo negativamente en la calidad de la atención prestada al paciente (8,9).

La demanda de información (dudas, preguntas, aclaraciones), por parte de pacientes y/o familiares con respecto al informe de alta de urgencias es frecuente, siendo los enfermeros los que proporcionan en mayor medida dicha información. El informe de alta se convierte en un documento que en un porcentaje elevado es difícil de descifrar, lo que conlleva a un deterioro en la comunicación entre el paciente y profesionales, así como una errónea interpretación del tratamiento prescrito, anulándose en gran medida la calidad asistencial.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Dentro de nuestro entorno de trabajo, el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario San Cecilio, observamos un uso, que consideramos excesivo, de abreviaciones en los informes de alta. La interpretación de dichos informes puede llegar a ser tarea ardua en numerosas ocasiones tanto para el propio personal médico, como el de enfermería, y no digamos ya para el propio usuario. Con la idea de poder constatar dicho abuso nos planteamos realizar este estudio y nos fijamos el objetivo de poder determinar el número y tipo de abreviaciones que se utilizan en la

redacción de los informes de alta del servicio de urgencias de nuestro hospital y evaluar su adecuación tomando como referencia el Diccionario de siglas médica y otras abreviaturas, epónimos y términos médicos relacionados con la codificación de las altas hospitalarias, editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2003 (10).

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario San Cecilio, en el que se analizaron los informes de alta que se emitieron durante el mes de Enero de 2012.

Se analizó una muestra de 202 informes de alta de urgencias realizados durante el mes de Enero de 2012. De un total de 12.606 pacientes atendidos en dicho mes, la muestra del estudio se calculó con el programa EPIDAT 4.0, una desviación estándar de 11, según bibliografía, con un nivel de confianza del 97.5%, una precisión de 3 y asignación de efecto del diseño de 3; mediante muestreo aleatorio estratificado. Se incluyen en el estudio todos los informes de alta que se engloban dentro del área de traumatología y policlínica. Se excluyen los informes procedentes de los servicios de urgencias de pediatría y ginecología, por ser servicios que no están incluidos dentro de nuestra área de trabajo.

La recogida de datos la llevó a cabo un equipo de 4 enfermeras adscritas al servicio de urgencias del Hospital San Cecilio, durante el mes de Marzo de 2012. Realizaron el análisis de los informes de alta contenidos en el Diraya, programa informático con el que se trabaja en el sistema sanitario de Andalucía. Se elaboró una hoja de cálculo para la recogida de datos, que contenía los siguientes campos: número de episodio, abreviación, significado de la abreviación, si está reconocida o no en el diccionario de referencia, si es sigla o abreviatura, el número total de veces que aparecen en cada episodio y los episodios que no contienen ninguna abreviación.

En la recogida de datos excluimos los símbolos y unidades de medida (mg, cc, etc..) que al responder a una convención internacional establecida por organismos competentes, consideramos que son de uso público conocido y por lo tanto entendemos que el usuario puede estar familiarizado con ellos.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Se revisaron 202 episodios en los que se identificaron un total de 2.546 abreviaciones, de las cuales el 63% (1614 abreviaciones) están recogidas en el diccionario de referencia, y el 37% (932 abreviaciones) no están reconocidas. Del total corresponden a siglas 1.778 (el 70%) y a abreviaturas corresponden 768 (el 30%). Encontramos 591 abreviaciones diferentes entre sí. El número medio de abreviaciones ha sido de 12,6 por episodio. (Tabla 1)

Tabla 1

RESULTADO GENERALES	TOTALES
Nº episodios analizados	202
Nº abreviaciones encontradas total	2.546
Nº medio de abreviaciones por documento	12,6
Nº abreviaciones SI reconocidas en el Diccionario	63%
Nº abreviaciones NO reconocidas en el Diccionario	37%
Nº total de Siglas	1778 (70%)
Nº total de Abreviaturas	768 (30%)
Nº abreviaciones diferentes	591
Nº episodios sin abreviaciones	4

La Tabla 2 recoge las abreviaciones encontradas 40 veces o más junto con su significado y frecuencia. La más utilizada fue AP (n=166; 6,5%), polisémica con los siguientes significados: Antecedentes personales (sí reconocido), Atención primaria (sí reconocido), Actividad de protrombina (no reconocido), unos están incluidos en el diccionario de referencia y otros no. La segunda abreviación más utilizada es NAMC (n=95, 3,7%) no reconocida en el diccionario.

Tabla 2

Abreviación	Significado	Frecuencia	Porcentaje
AP	Antecedentes personales	166	6,5
NAMC	No alergias medicamentosas conocidas	95	3,7
Rx	Radiografía	85	3,3
BEG	Buen estado general	76	3,0
MC	Motivo de consulta	68	2,7
TTO	Tratamiento	60	2,4
COC	Conciente orientado y colaborador	56	2,2
ACR	Auscultación cardiorrespiratoria	53	2,1
SUE	Servicio de urgencias externas	49	1,9
NH	Normohidratado	46	1,8
NP	Normoperfundido	45	1,8
HTA	Hipertensión arterial	44	1,7

Concluimos que el uso de las abreviaciones está muy extendido entre los médicos del área de urgencias. Siendo una gran parte resultado de la imaginación de cada profesional. Muchas de las abreviaciones no reconocidas son las utilizadas más frecuentemente y de forma indiscriminada (ejemplo: NAMC, CYO).

Tras la revisión del diccionario de referencia y a la vista de los resultados, consideramos necesaria su actualización, ya que existen abreviaciones de uso muy difundido que no están reconocidas (ejemplo: NAMC, SUE, NP).

Creemos conveniente, para mejorar la calidad de la atención asistencial, la utilización de las normas establecidas en el uso de abreviaciones: definir el significado de cada abreviación la primera vez que se utiliza, etc

Proponemos la inclusión de un diccionario, reconocido por organismos competentes, en Diraya, para facilitar la consulta por parte de los profesionales y conseguir el consenso en el uso de abreviaciones.

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Los informes de alta de urgencias emitidos por especialistas (oftalmología, cardiología,..), nos ha supuesto un mayor esfuerzo poder descifrarlos, por el aumento de forma muy significativa del uso de abreviaciones, teniendo incluso que recurrir a dichos profesionales al no poder solventar las dudas dentro de nuestro servicio de urgencias.

» **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

El derecho del usuario a conocer todo el proceso sobre su enfermedad se vulnera desde el momento en el que se le dificulta la comprensión de los informes de alta por el uso inadecuado de abreviaciones.

Creemos conveniente, para mejorar la calidad asistencial, la utilización de las normas establecidas en el uso de abreviaciones: definir el significado de cada abreviación la primera vez que se utiliza, etc.

Es responsabilidad del profesional que emite el informe, que el usuario al irse de alta, comprenda dicho documento, y ofrezca la posibilidad de aclarar todas las dudas que le surjan.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Durante el proceso de nuestro estudio, hemos detectado el desconocimiento de los propios profesionales del servicio de urgencias, sobre algunas de las abreviaciones utilizadas en los informes de alta, por lo que deducimos que el usuario tendrá dificultades para descifrar el documento. Ante estas circunstancias creemos necesario un segundo estudio para determinar el grado real de conocimientos de profesionales y usuarios.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Fernández Hierro JM, Cantero Rivas R, Martínez Aguado LC, Moreno Vernis M. La historia clínica. Granada: Comares S.L.; 2002.
- 2.- Del Olmo-Núñez SM, Casas-de la Cal L, Mejías-Delgado A. El registro de enfermería: un sistema de comunicación. Enferm Clin. 2007; 17(3):142-5.
- 3.- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- 4.- Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº274, (15-11-2002).
- 5.- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE 2003; 280
- 6.- Aleixandre-Benavent R, Alvelda Viana R, Ferrer Casanova, Carsí Villalba E, Pastor Barberá JÁ, Cervera Moscardo JB. Uso y abuso de abreviaturas y siglas entre atención primaria, especializada y hospitalaria. Papeles Médicos 2006; VOL. 15 Núm. 2
- 7.- Tarruella Farré, Mireia. Uso de abreviaturas, siglas, símbolos y generalizaciones en las hojas de observaciones de enfermería. Rev Paraninfo Digital, 2008; 5. Disponible en: <<http://www.indexf.com/para/n5/o011.php>> Consultado el 19 de Noviembre de 20
- 8.- Otero López MJ, Martín Muñoz R, Domínguez-Gil Hurlé A. Seguridad de medicamentos. Abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis asociados a errores de medicación. Farm Hosp. 2004;28:141-4.
- 9.- Viana Alonso A, De la Morena Fernández J. Abreviaturas o siglas en los informes de alta en Medicina Interna. An Med Interna. 1998;15:194-6.
- 10.- Yetano Laguna J, Alberola Cuñat V. Diccionario de siglas médica y otras abreviaturas, epónimos y términos médicos relacionados con la codificación de las altas hospitalarias. Ministerio de Sanidad y Consumo en 2003.