

siguiendo el «modelo del queso suizo»⁹, posibilitan el evento adverso final.

De manera relevante, los participantes mostraron un alto nivel de acuerdo en que las sociedades científicas, organizaciones e instituciones sanitarias promovieran el uso de herramientas para la transferencia segura de pacientes, y que fueran incorporadas en los planes de estudio pregrado y de especialización. En esa línea, se ha observado que la formación en habilidades en la transferencia de pacientes mejora, no solo la calidad asistencial pediátrica, sino además el grado de satisfacción de los profesionales¹⁰.

A pesar de las limitaciones en el diseño de este trabajo, los resultados obtenidos indican la necesidad de optimizar los procesos de transferencia en la práctica pediátrica hospitalaria. La mera difusión de una guía o de un recurso no implica un beneficio si no se acompaña de unos cambios en la dinámica de trabajo, de su correcta difusión y de la adaptación al entorno asistencial. Aunque los posibles beneficios del uso de estos sistemas de transferencia han sido contrastados, su implantación debe acompañarse de iniciativas de adiestramiento en habilidades de la comunicación durante el traspaso de cuidados entre profesionales, y entre estos y las familias. La promoción de estos sistemas en la práctica clínica, su incorporación en los planes formativos, así como la intervención sobre los obstáculos para una comunicación efectiva son pasos necesarios para mejorar la calidad del traspaso de información clínica y la seguridad del paciente.

Bibliografía

1. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions International Steering Committee Members. Communication during patient hand-overs: Patient safety solutions. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007;33:439-442.
2. Joint Commission Center for Transforming Healthcare releases targeted solutions tool for hand-off communications. *Jt Comm Perspect.* 2012;32:1-3.
3. Starmer AJ, Landrigan CP, I-PASS Study Group. Changes in medical errors with a handoff program. *N Engl J Med.* 2015;372:490-1.
4. Kessler C, Shakeel F, Hern HG, Jones JS, Comes J, Kulstad C, et al. A survey of handoff practices in emergency medicine. *Am J Med Qual.* 2014;29:408-14.
5. Eggins S, Slade D. Communication in Clinical Handover: Improving the Safety and Quality of the Patient Experience. *J Public Health Res.* 2015;4:666.
6. Pascoe H, Gill SD, Hughes A, McCall-White M. Clinical handover: An audit from Australia. *Australas Med J.* 2014;7:363-71.
7. Abraham J, Kannampallil T, Patel VL. A systematic review of the literature on the evaluation of handoff tools: Implications for research and practice. *J Am Med Inform Assoc.* 2014;21:154-62.
8. Tobiano G, Whitty JA, Bucknall T, Chaboyer W. Nurses' Perceived Barriers to Bedside Handover and Their Implication for Clinical Practice. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2017;14:343-9.
9. Reason J. Human error: Models and management. *BMJ.* 2000;320:768-70.
10. Stojan J, Mullan P, Fitzgerald J, Lypson M, Christner J, Haftel H, et al. Handover education improves skill and confidence. *Clin Teach.* 2016;13:422-6.

L. González García^a, M. Márquez de Prado Yagüe^a, E. Gargallo Burriel^b, M. Ferrer Orona^b, J.J. García García^b y P.J. Alcalá Minagorre^{a,*}

^a Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario de Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España

^b Servicio de Pediatría, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: albirpediatra@gmail.com (P.J. Alcalá Minagorre).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.08.002>
2603-6479/

© 2018 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

(Ab)uso de abreviaturas médicas, seguridad y calidad asistencial



(Ab)use of medical abbreviations, safety and quality of care

Sra. Directora:

La abreviatura de una palabra se define como el acortamiento o la contracción de la misma, mientras que el acrónimo es una palabra formada por las letras iniciales de una frase. Ambas se emplean de manera extensa en el ámbito sanitario¹. Las abreviaciones en los documentos clínicos pueden emplearse para economizar tiempo, espacio y para no destacar (u ocultar en cierto modo) los procesos graves, incurables o vergonzosos. Muchas carecen de consenso en la comunidad científica y son inventadas, por lo que pueden resultar difíciles de entender y entorpecer el

flujo de comunicación hacia el paciente o entre distintos niveles asistenciales, así como una veraz transmisión de la información.

El empleo de abreviaturas y acrónimos por los profesionales sanitarios da lugar a confusiones que pueden llegar a comprometer la seguridad de los pacientes¹. Aunque es verdad que existe una evidencia limitada de que la mala interpretación de las abreviaturas ocasione un daño directo sobre los pacientes, sí hay extensos estudios que revelan que el desarrollo de la atención sanitaria resulta obstaculizada por el empleo de las mismas²⁻⁴. Como ejemplo de lo anterior, en 2008 se desarrolló un estudio que demostraba la existencia de variabilidad significativa en la interpretación de las abreviaturas por los diferentes grupos de personal sanitario, incluyendo variaciones entre los individuos de la misma especialidad. Concluyó, así mismo, que estos fallos de interpretación pueden suponer un riesgo clínico inminente, y los autores recomiendan que no sean empleadas de forma habitual⁵.

El empleo de abreviaturas en la designación de la medicación prescrita se ha convertido a nivel nacional en una de las causas principales de errores con la medicación⁶. La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) comunicó en 2005 que al menos el 5% de los errores relacionados con la prescripción de fármacos se pueden atribuir al empleo de abreviaturas⁷. Esta organización sin ánimo de lucro de origen estadounidense se encarga de acreditar servicios médicos a lo largo del mundo, siguiendo unos criterios de calidad estrictos que la han hecho merecedora de la fama adquirida.

En contra de lo expuesto anteriormente, otros autores⁸ han propuesto por el desarrollo de una nueva nomenclatura, circunscrita no obstante al campo de la farmacología, basada en el mecanismo de acción de los fármacos, puesto que el empleo de la terminología clásica puede inducir confusión. Para implementar este modelo defienden que es necesario el desarrollo lógico, consciente y cuidadoso de abreviaturas para los diferentes grupos de fármacos actualmente vigentes y los que se desarrollen en el futuro, apostando por el empleo sistemático de abreviaturas en el nuevo sistema de nomenclatura, razonando que tras un tiempo de adaptación y práctica con este sistema aumentaría la eficacia en la indicación de tratamientos y se reducirían los efectos adversos derivados de los fallos de prescripción con la nomenclatura vigente⁸.

En resumen, las posturas más importantes al respecto del uso de abreviaturas pueden agruparse en:

- JCAHO⁷: no emplear abreviaturas.
- Sinha et al.⁹: no emplear abreviaturas que puedan tener más de un significado.
- Dimond¹⁰ propone el implemento de abreviaturas estandarizadas a nivel internacional, y Seifert⁸ el empleo sistemático de abreviaturas para englobar los diferentes grupos de fármacos.

Los autores consideramos necesario defender el posicionamiento del cese de empleo de abreviaturas, en la línea de la prestigiosa y solvente JCAHO en aras de un incremento de la calidad asistencial, a través de una mayor seguridad en la comunicación de órdenes médicas, minimizando errores que podrían tener un fatal desenlace. Para asumir esta postura nos basamos en lo descrito previamente; la prevalencia de los fallos en la prescripción⁷ y el incremento de errores en la asistencia sanitaria debido a una mala comunicación²⁻⁴,

todo ellos en relación directa con el extenso empleo de abreviaturas.

Bibliografía

1. Koh LC, Lau KM, Yusof SA, Mohamad AI, Shahabuddin FS, Ahmat NH, et al. A study on the use of abbreviations among doctors and nurses in the medical department of a tertiary hospital in Malaysia. *Med J Malaysia*. 2015;70:334-40.
2. Dawson KP, Capaldi N, Haydon M, Penna AC. The paediatric hospital medical record: A quality assessment. *Aust Clin Rev*. 1992;12:89-93.
3. Manzar S, Naik AK, Govind Pai M, Al-Khusaiby S. Use of abbreviations in daily progress notes. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2004;89:F374.
4. Carroll AE, Tarczy-Hornoch P, O'Reilly E, Chistakis DA. Resident documentation discrepancies in a neonatal intensive care unit. *Pediatrics*. 2003;111:976-80.
5. Parvaiz MA, Subramaniam MA, Kendall NS. The use of abbreviations in medical records in multidisciplinary world - an imminent disaster. *Commun Med*. 2008;5:25-33.
6. Abushaiqa ME, Zaram FK, Bach DS, Smolarek RT, Farber MS. Educational interventions to reduce use of unsafe abbreviations. *Am J Health Syst Pharm*. 2007;64:1170-3.
7. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Medication errors related to potentially dangerous abbreviations. *Sentinel Event Alert*. 2001:1-4.
8. Seifert R. Rethinking Pharmacological Nomenclature. *Trends Pharmacol Sci*. 2018;39:785-97, <http://dx.doi.org/10.1016/j.tips.2018.06.006>.
9. Sinha S, McDermott F, Srinivas G, Houghton PWJ. Use of abbreviations by healthcare professionals: What is the way forward? *Postgrad Med J*. 2011;87:450-2.
10. Dimond B. Abbreviations: The need for legibility and accuracy in documentation. *Br J Nurs*. 2005;14:665-6.

N. Álvarez Alvargonzález, Omar Walid M. Ali Al Shaban Rodríguez*, G. García Álvarez, A. Azanza Balmori y C. Rodríguez Turiel

Psychiatry Service. University Hospital San Agust? N. Avil? S, Asturias, Spain

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: muquebilrodriguez@gmail.com

(O.W. M. Ali Al Shaban Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.08.001>
2603-6479/

© 2018 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.