

# La comprensió dels informes mèdics

Ona Domènech-Bagaria, Rosa Estopà i Laia Vidal-Sabanés

## La importància de la comunicació en l'àmbit de la salut

Cada dia són més els professionals de les ciències de la salut que estan convençuts que una bona comunicació amb els pacients és fonamental per a la seva recuperació. Una comunicació natural, fluïda, idònia, bidireccional i continuada amb el pacient incideix en el seu benestar, però també en el del professional de la salut, per a qui les tècniques i habilitats comunicatives esdevenen avui dia una eina molt poderosa:

«En los años 70, las competencias clínicas básicas de un médico incluían solamente tres elementos: conocimiento clínico y técnico, examen físico y resolución de los problemas médicos (*problem-solving skills*). Las habilidades comunicacionales estaban ausentes de esta lista. La mayoría de los médicos consideraban que la comunicación era una habilidad innata, propia del profesional, que no se podía aprender y, por lo tanto, no requería enseñanza. Los primeros intentos de introducir la enseñanza de la comunicación en la malla curricular de las escuelas de medicina fueron rechazados por la mayoría de los profesores clínicos.» (Moore et al., 2012, 358).

Però el 1999 l'Associació Americana d'Escoles de Medicina (AAME) va acordar que tota escola de medicina havia d'avaluar formalment la qualitat de la comunicació dels seus estudiants; els nord-americans, doncs, van ser pioners a incorporar l'ensenyament d'habilitats comunicatives en els plans d'estudis, tant dels programes de grau com de postgrau. Actualment, la comunicació efectiva està considerada com una de les

competències bàsiques en la majoria de facultats de medicina i en molts graus de ciències de la salut.

Tanmateix, la potencialitat de la dialèctica entre metge-pacient<sup>1</sup> ja era fonamental entre els metges de la Grècia clàssica, que fonamentaven la relació en la *philia*, és a dir, en l'amistat. Gràcies a Hipòcrates, interrogar el pacient i parlar-hi es converteix en un art que permet al metge conèixer més a fons l'afecció del malalt. Per tant, per als clàssics era molt rellevant conèixer què deia i com s'explicava el malalt, i ser un professional receptiu als discursos del pacient. En l'època clàssica, doncs, ja s'havia demostrat que la paraula era guaridora. En arribar a l'Edat Mitjana, però, la medicina farà un gir autoritari i la comunicació metge-pacient començarà a ser unidireccional. Aquest model paternalista pràcticament perdurarà fins a les acaballes del segle xx (Laín, [1969] 2003; Siegler, 2011).

En les darreres dècades, l'esclat de les noves tecnologies i l'entrada en la societat de la informació i el coneixement han comportat un nou canvi en el rol del pacient, que gradualment ha anat deixant de ser una persona passiva per adquirir un paper actiu, que el duu a col·laborar amb el professional mèdic i a prendre partit en les decisions que afecten la seva salut. Per aquest motiu, les polítiques sanitàries actuals aposten per aquest nou model de presa de decisions compartides, iniciat als Estats Units a la dècada de 1980. En aquest marc es promouen programes d'*alfabetització en salut inclusiva*, entesa com «les habilitats socials i cognitives que determinen el nivell de motivació i la capacitat d'una persona per accedir, entendre i utilitzar la informació

<sup>1</sup>Quan parlem de la comunicació «metge-pacient» ens referim al conjunt d'interlocutors format, d'una banda, per qualsevol professional de la salut i, de l'altra, pel pacient i/o els seus familiars o tutors.

de forma que li permeti promoure i mantenir una bona salut» (Falcón i Luna, 2012: 92). En aquest nou paradigma de relació, la comunicació empàtica entre el professional, el malalt i els seus familiars pren un paper rellevant.

Això no obstant, és un fet constatat que sovint la comunicació metge-pacient no acaba de ser satisfactòria. Amb massa freqüència, els pacients no entenen adequadament els missatges, orals i escrits, dels especialistes en salut; i, a la inversa, a vegades els professionals de la salut tampoc no entenen prou bé les necessitats comunicatives dels seus pacients. En definitiva, no es produeix l'empatia necessària perquè els actes comunicatius siguin eficaços i fructífers. I és que en la comunicació entre professionals de la salut i pacients/familiars hi ha obstacles de tipus lingüístic i de tipus cognitiu que en dificulten la comprensió mútua (Delàs, 2005; Borrell, 2004).

Com ja hem vist, però, és fonamental que el pacient entengui adequadament la informació –oral i escrita– que li adreça el personal sanitari sobre la seva salut. La comunicació oral és immediata i espontània, perquè neix del contacte amb el professional en les visites, en les proves mèdiques, en les cures, etc. En el context oral prenen importància aspectes que van més enllà de la paraula, com ara el to que s'utilitza, el contacte visual, la proximitat, l'escolta passiva, etc. No és rar, per exemple, escoltar frases com les següents quan els pacients parlen de les visites mèdiques: «estava més pendent del mòbil que del que li explicava», «no em va mirar els ulls en tota la visita, només mirava la pantalla de l'ordinador», «ja li vaig dir, però no em va fer ni cas», «ni em va tocar, només apuntava en un paper», «no em va deixar ni explicar-me, tenia pressa», «m'interrogava des de lluny,

ràpid i com si volgués anar per feina», etc.

La comunicació oral és volàtil, efímera i es regeix per uns paràmetres específics, el 80% dels quals corresponen al llenguatge no verbal.

El nostre focus d'atenció és el llenguatge verbal, per això en aquest treball ens centrarem en la comunicació escrita, que presenta unes característiques força diferents de la comunicació oral. D'entrada, la informació donada per escrit perdura en el temps, atès que el pacient s'enduu a casa els papers que rep dels professionals mèdics, on se'ls pot llegir més d'un cop, anar endavant i enrere en la lectura, intentar comprendre el que no ha entès a primer cop d'ull, reflexionar sobre el que llegeix, cercar la informació que no acaba d'entendre, etc.

La informació escrita sobre la salut adreçada al pacient pot ser molt diversa: prospectes, tríptics informatius, consentiments informats, informes, resultats de proves, etc. Podem considerar, però, que d'entre tots aquests documents escrits, l'informe mèdic és un dels textos que conté la informació més transcendent sobre la salut del pacient, ja que inclou tant el diagnòstic com el tractament prescrit, de manera que esdevé el full de ruta que ha seguir el malalt durant el seu procés curatiu (Delàs, 2005; Falcón i Basagoti, 2012)<sup>2</sup>.

No oblidem, a més, que la llei obliga que tot pacient rebí un informe mèdic sobre el seu procés assistencial. Però el malalt també hauria de tenir el dret a entendre adequadament els informes mèdics que rep. Diversos estudis (Sørensen et al., 2015; Brugel et al., 2015) mostren que la no comprensió dels informes, per exemple, augmenta el temps de guariment, provoca una mala adherència al tractament i incrementa les barreres d'accés a l'atenció sanitària.

<sup>2</sup> Per a més informació sobre l'informe mèdic com a gènere textual, vegeu el capítol «L'informe mèdic», p. 12

Són molts els qui han tingut l'experiència de rebre un informe mèdic, després o durant un procés assistencial –una visita mèdica, per exemple–, llegir-lo i no entendre'n la majoria o una bona part del contingut. És una situació paradoxal: el malalt es troba llegint un text que parla de la seva salut i que està escrit en la seva llengua, però no l'acaba d'entendre. Malauradament, aquesta situació anòmala per naturalesa es produeix amb molta freqüència. I tot i que, sovint, el metge comenta l'informe oralment –cosa que sempre és molt recomanable–, quan el pacient arriba a casa i el llegeix a poc a poc no l'entén del tot. La majoria de vegades se sol sentir atrapat en un text críptic, ple de paraules que no li són familiars (terminologia), de símbols que no comprèn i d'abreviacions que desconeix. I no obstant això, el pacient, desemparat, ho vol entendre, i ho ha d'entendre, perquè aquell text parla sobre la seva malaltia o afecció. Llavors comença a cercar per Internet les respostes als seus dubtes i/o pregunta a persones del seu entorn, però no sempre rep les respostes adequades. De manera que l'angoixa i el sentiment d'estar perdut entre les lletres sovint no desapareixen, sinó que se solen incrementar.

### **Característiques comunicatives de l'informe mèdic**

Des del punt de vista de l'esquema de comunicació, les característiques de l'informe mèdic són complexes. D'una banda, l'únic emissor del text és un especialista, el metge o professional de la salut; d'altra banda, però, l'informe té diversos destinataris, que no comparteixen el mateix nivell de coneixement de la matèria i que tenen inquietuds distintes respecte al text. Entre aquests tipus de receptors, podem trobar altres metges i professionals de la salut, codificadors, documentalistes, investigadors, juristes..., i també el pacient i la seva família. Així, doncs, l'informe mèdic és un text dirigit a destinataris amb competències diferents sobre coneixements mèdics, que, a més, ha de complir funcions diverses: comunicativa, científica, biogràfica, evacuativa, legal... (da Costa, 1996;

Delàs, 2005; Hewett et al., 2009). Això explica, en part, la dificultat que comporta redactar un informe mèdic adequat per a tots els destinataris.

A més, l'estil narratiu de l'informe mèdic ha anat canviant al llarg dels anys. Els canvis han estat sempre correlacionats amb la manera de treballar dels professionals de la medicina al llarg de la història, des d'un estil més narratiu (explicar una història clínica), passant per un de més descriptiu, fins arribar a l'estil actual, on els canvis socials i tecnològics, i la hiperespecialització de la medicina ens porten a un informe mèdic en format electrònic, escrit moltes vegades per més d'un professional, despersonalitzat, expositiu, amb moltes dades que provenen de proves i molt poc narratiu.

Els informes escrits a mà tenien el problema de la lletra que feia el professional («la lletra de metge»), que en molts casos era il·legible i, per tant, difícilment comprensible. Actualment, els informes escrits a mà són història. En el nostre context sanitari, la majoria d'informes mèdics s'escriuen digitalment, però els problemes de llegibilitat no han desaparegut, tot i que s'han modificat. A principis del segle XXI, alguns autors es van avançar i van preveure el que actualment està passant amb la digitalització de les històries clíniques dels pacients:

«Se corre el riesgo de que, de nuevo con la excusa de las prisas y del exceso de trabajo, se introduzca una jerga informática a base de abreviaturas y palabras inventadas, plagada de faltas de ortografía, sobre todo con las tildes, que a la larga podrían hacer legible pero no entendible o correctamente interpretable el texto.» (Robaina Bordón et al., 2004.)

Per això ens sembla molt rellevant disposar de dades objectives que permetin posar de manifest els problemes lingüístics de comprensió que generen els informes mèdics als pacients i familiars, però també a altres professionals. I a la vegada detectar aquells

problemes que obstaculitzen el bon funcionament dels programes de processament automàtic del text. L'objectiu últim és que el professional sanitari prengui consciència de la importància que té una adequada redacció dels informes per tal de millorar la comunicació escrita professional-pacient/familiars i aconseguir, així, una millora del procés de recuperació del malalt.

### Característiques lingüístiques de l'informe mèdic

A partir de l'anàlisi microlingüística d'informes d'alta mèdica reals (Estopà, 2019), hem detectat una sèrie d'elements lingüístics que obstaculitzen o que no faciliten la comprensió del text, com ara la presència de sigles, símbols i abreviatures sense desenvolupar, l'acumulació d'unitats terminològiques, la manca de verbs, etc. Podem classificar tots aquests elements lingüístics en quatre grans tipus de problemes:

1. Pragmaticosemàntics.
2. Lèxics.
3. Sintàctics.
4. Ortotipogràfics.

Als capítols següents es comenten amb més detall els problemes de comprensió de cada una d'aquestes categories, però ara n'avançarem els més destacables a tall d'exemple.

Des del punt de vista pragmaticosemàntic, els informes mèdics són textos expositius que es caracteritzen per un estil nominal molt marcat, amb molts substantius i, en canvi, pocs verbs, que amb freqüència són impersonals, i també amb un predomini excessiu de la veu passiva. Semànticament no utilitzen recursos estilístics com les analogies, les metàfores o les paràfrasis, que solen

afavorir la comprensió d'expressions terminològiques complicades. Pragmàticament, solen ser documents despersonalitzats i neutres, de manera que sovint sembla que el més important és la malaltia i el seu tractament, més que no pas el propi pacient, que és absent de l'informe.

Aquest estil, propi dels textos especialitzats i poc divulgatius, respon, en gran part, a la manca d'adequació del text a les necessitats dels seus destinataris principals, que són el pacient i els seus familiars. Els metges, com a experts en ciències de la salut, haurien de ser molt conscients de la necessitat d'adaptar el llenguatge mèdic que utilitzen per tal que pugui ser entès per algú que no té un coneixement especialitzat en medicina. La realitat, però, ens demostra que sovint no fan aquest procés d'adaptació perquè, com a redactors experts en una matèria, pateixen, sense saber-ho, un biaix cognitiu<sup>3</sup> molt freqüent consistent a donar per fet que els destinataris dels seus textos tenen els coneixements necessaris per entendre'ls.

Pel que fa al lèxic, els informes mèdics presenten una densitat terminològica excessivament elevada –és a dir, un gran nombre de termes en relació amb el nombre total de paraules del text–, un ús injustificat de sigles, símbols i abreviatures sense expandir, i una gran presència de termes semànticament opacs –o excessivament especialitzats–, com ara termes amb formants grecollatins.

Els aspectes gramaticals, sobretot de tipus sintàctic, que no ajuden a la comprensió del text són, per exemple, l'ús d'oracions sense verb, els verbs impersonals, les oracions subordinades, les oracions sense subjecte explícit i les oracions molt llargues. Tampoc no

<sup>3</sup>Ens referim al que Pinker (2014: 7) anomena *the Curse of Knowledge* o maledicció del coneixement, que defineix com «a difficulty in imagining what it is like from someone else not to know something that you know» i que considera com la principal raó que explica que els acadèmics escriguin textos inadequats i poc comprensibles per a la seva audiència.

contribueix a afavorir la comprensió la manca o l'ús incorrecte de connectors, així com una puntuació defectuosa.

Finalment, els errors tipogràfics –mal ús de majúscules i minúscules, de cursiva i negreta, etc.– i ortogràfics –accentuació, apòstrof, confusió de lletres, etc.– també afavoreixen els equívocs i les males interpretacions.

### **Estudi de casos: fragments d'informes mèdics**

L'informe mèdic, com hem vist en el primer capítol, és un document estructurat en diversos apartats que solen ser recurrents, tot i que cada centre mèdic els adapta a les seves necessitats: motiu d'ingrés, antecedents, exploracions físiques, proves complementàries, evolució, diagnòstic i tractament.

Tanmateix, no totes les parts de l'informe mèdic tenen el mateix interès per al pacient. Quan algú està malalt i acudeix a un professional, sobretot li interessa aclarir què té i què ha de fer per guarir-se'n. Això vol dir que els dos apartats que més interessin al pacient són els que contenen el *diagnòstic* (observació diagnòstica) i el *tractament* (recomanacions). Però és justament en aquests dos apartats on es concentren la major part dels aspectes esmentats com a elements que dificulten la comprensió del text mèdic. Per exemple, el diagnòstic se sol limitar a una llista de termes que remetent a malalties o estats patològics, sense incloure cap explicació ni narració. El més probable és que el pacient no sàpiga com interpretar aquests termes, que sovint acaba de llegir per primer cop, de manera que no pot saber què volen dir ni quin abast tenen. En altres paraules, li costa molt valorar adequadament si allò que li passa és greu o no, si cal donar-li importància, etc.

D'altra banda, en l'informe mèdic també es reflecteix què ha entès el metge del que li ha explicat el pacient. El problema és que el pacient informa el metge sobre el motiu d'ingrés o consulta en un acte comunicatiu oral, utilitzant el seu registre lingüístic, propi d'algú

no expert en medicina. Però el metge «tradueix» aquesta informació al seu propi registre especialitzat, de manera que deixa constància en l'informe d'aquesta *traducció intralingual* i no del que li ha explicat el malalt. Sovint, es barreja el que diu literalment el pacient amb el que interpreta i/o tradueix el professional, i és difícil valorar si aquesta interpretació és l'adequada perquè les paraules orals del pacient són efímeres i no queden fixades en el paper.

Vegem ara alguns exemples dels aspectes comentats a partir de l'anàlisi dels apartats més interessants per al pacient, extrets d'informes mèdics reals, escrits en català o en castellà. Començarem per un parell d'exemples extrets de l'apartat inicial de l'informe, on se solen consignar les causes que motiven la visita mèdica i els possibles antecedents del malalt, recollides pel metge després d'examinar el pacient i parlar-hi. Continuarem amb exemples de l'apartat de diagnòstic, que ha de servir perquè el pacient sàpiga què té, què li passa. I acabarem amb algunes mostres de l'apartat de tractament, que recull les pautes que ha de seguir el pacient per tal de millorar la seva salut.

### **Motiu d'ingrés i antecedents**

(1) MOTIVO DE CONSULTA/ INGRESO - Paciente de 80 años, con ALERGIA A LA PENICILINA, que consulta por disnea y edemas maleolares. HÁBITOS TÓXICOS - No.

En aquest exemple observem com es parla del *paciente*, sense que se'ns digui si es tracta d'un home o d'una dona. També hi ha un ús abusiu i poc coherent de majúscules, que genera confusió, així com un elevat nombre de termes especialitzats sense cap mena de parafrasi explicativa (*disnea, edemas maleolares*). Tal com hem dit abans, aquests termes probablement són fruit de la traducció intralingual que ha fet l'especialista a partir del que li ha explicat el pacient, ja que normalment un llec en la matèria no utilitzarà,

per exemple, el terme *disnea*, sinó que parlarà de «dificultat per respirar».

I el mateix podem dir de l'exemple següent, on trobem termes com *exacerbación* o *odinofagia*, difícilment comprensibles per al no especialista i molt poc habituals en el seu vocabulari general:

- (2) Motivo de consulta: Niño de 12 años que acude a urgencias por cuadro de fiebre hasta 39,5°C y dolor abdominal, refiere dolor continuo con alguna exacerbación en región infraumbilical, discreta odinofagia...

### Diagnòstic

(3) DIAGNÓSTICOS:

- Infección respiratoria. Broncoespasmo.
- Infección urinaria por *Escherichia coli*. Síndrome prostático.
- Hipertensión arterial.
- Los previos.

L'exemple 3 correspon a l'apartat del diagnòstic i conté una llista de termes de malalties o afeccions, sense cap explicació addicional. A més, en els dos primers elements de la llista apareixen dues denominacions per línia, separades per un punt. En aquests casos, el pacient no pot saber de quina manera es relacionen aquestes dues unitats terminològiques, fet que li genera molts interrogants sobre la relació que hi ha entre els dos termes: es tracta de sinònims? Un terme és el subtipus de l'altre? Un terme és la causa de l'altre? Són malalties o afeccions que sempre es donen conjuntament o estan temàticament relacionades perquè afecten el mateix òrgan? O potser no tenen cap relació entre si? Finalment, l'últim element de la llista no inclou cap denominació, sinó que hi diu «*los previos*». És molt possible, però, que el pacient desconegui quines són les malalties o afeccions prèvies, perquè potser no és conscient d'haver-les patit. I tampoc queda clar quina

relació hi ha entre els termes de cada un dels elements de la llista, separats per un punt i a part: els primers són els més importants? O són tots igual d'importants? Mantenen alguna relació de causalitat? Si és així, quina és aquesta relació?

Per acabar, cal esmentar que alguns dels termes usats són molt opacs. Així, al costat de formes com *hipertensión arterial* o *infección respiratoria*, que són força conegudes per la població, trobem la denominació *Escherichia coli*, que ja és més difícil d'entendre perquè es tracta d'una forma llatina que no és freqüent en el discurs general no especialitzat.

(4) OD: Meningoencefalitis herpética

Sd. Confusional / Glasgow 14

DM tipo 2

HTA

Dislipidemia

Hiponatremia (SIADH) corregida

Antecedentes de Epilepsia

En l'exemple 4 el primer terme que apareix és la sigla *OD* seguida de dos punts, i després el llistat de patologies. En aquest context, *OD* remet a «orientació diagnòstica», però és una sigla que no s'utilitza regularment i que el pacient difícilment coneix. De fet, es tracta del títol de l'apartat, però com que a més de ser una sigla, no està separada amb un canvi de paràgraf, és molt difícil que el pacient pugui interpretar que està llegint l'apartat corresponent al diagnòstic.

A continuació, observem que la llista de malalties o afeccions del pacient tampoc conté cap explicació addicional. En la segona línia, apareixen dues denominacions separades per una barra inclinada. Aquest signe dificulta la comprensió del text perquè el lector no sap si es tracta de dos termes que signifiquen el mateix, que no tenen res a veure o que tenen una certa relació. A més, el primer terme està compost per una abreviatura (*Sd.*) que remet a *síndrome*, però que

una persona no experta en medicina pot desconèixer. El mateix passa en el cas de les sigles que apareixen al fragment (HTA i SIADH). La segona sigla està entre parèntesis i això ho complica encara més, perquè els parèntesis s'usen per incloure la sigla o abreviació del fragment previ desenvolupat, però en aquest cas no sembla que SIADH sigui la sigla del terme anterior *Hiponatremia*.

### (5) DIAGNÒSTICS

1. NEUROMIOPATIA multifactorial
2. MIELOMA MÚLTIPLE IgG lambda IIA, amb bona resposta aparent al tractament
3. INSUFICIENCIA AÒRTICA severa/ ESTENOSI AÒRTICA moderada/ DOBLE LESIÓ MITRAL lleugeres
4. INSUFICIENCIA CARDÍACA BIVENTRICULAR lleu
5. FIBRIL·LACIÓ AURICULAR prèvia/ CARDIOEMBÒLIA CEREBRAL prèvia/ ANTICOAGULACIÓ
6. BRONQUITIS AGUDA
7. HIPERTENSIÓ ARTERIAL CRÒNICA ben controlada
8. DIABETES MELLITUS II
9. DETERIORAMENT FUNCIONAL
10. DETERIORAMENT COGNITIU lleu. SÍNDROME CONFUSIONAL intermitent

En aquest darrer exemple corresponent a l'apartat de diagnòstic també trobem una llista de patologies del pacient, en aquest cas ordenada numèricament. A primer cop d'ull s'hi detecta un ús abusiu de les majúscules que, des d'un punt de vista tipogràfic, enterboleix la lectura i comprensió del text. Però encara és més important valorar si l'ús distintiu que es fa d'aquest recurs gràfic és adequat. Sembla clar que la majúscula s'usa per remarcar la informació que el professional mèdic considera més important, per

«distingir» els mots «importants», atès que la majoria de termes estan amb majúscules, mentre que les explicacions –siguin adjectius o sintagmes– no ho estan. Cal dir que la resta de l'informe no està escrit en majúscula, fet que encara atorga més singularitat i importància als termes d'aquesta llista, i ens duu a pensar que aquesta és la part més rellevant del document. Però són realment aquests termes més importants que les explicacions que els acompanyen? Si el pacient té *hipertensió arterial crònica* no és fonamental destacar que està *ben controlada*?

Si ens fixem en els diferents adjectius que acompanyen els termes del fragment –com ara *multifactorial*, *severa*, *moderada*, *lleugera*, *lleu*...– ens adonem que són unitats molt rellevants a l'hora de comprendre el missatge que vol transmetre el professional, malgrat que aïlladament no es puguin considerar termes amb un significat especialitzat. Es tracta, per tant, d'unitats importants que, com afirma Estopà (2018), aporten pistes al pacient que poden tranquil·litzar-lo o neguitejar-lo. Però el malalt sovint no les sap interpretar adequadament, tant perquè la relació especialitzada d'aquests adjectius amb els noms que acompanyen no sempre és evident, com perquè el significat especialitzat que adopten quan acompanyen un terme mèdic sol ser diferent o lleugerament diferent al significat general que coneix el pacient.

A més, també observem que en els punts 2, 5 i 10 apareixen diversos sintagmes, separats per barres en els dos primers casos i per un punt en el darrer. Si no som experts en medicina, no podem estar segurs de la relació que mantenen aquests termes entre si, ni tampoc entenem per què s'usen aquests recursos gràfics diferents, si sembla que fan la mateixa funció.

### Tractament

A continuació comentarem exemples extrets de l'apartat de tractament de l'informe mèdic, que conté una

informació especialment delicada i sensible: aquí és on se li diu al pacient com ha d'actuar d'ara endavant per tal de guarir-se (quina medicació haurà de prendre, en quines dosis, què podrà o no menjar, quin exercici haurà de fer, a quines intervencions s'haurà de sotmetre, etc.). Per tant, les conseqüències d'un possible problema de comprensió sobre aquestes indicacions poden ser molt greus i, en alguns casos, fins i tot letals.

**(6) TRACTAMENT:**

- **Colecistectomia laparoscòpica.**

*Tractament domiciliari: el seu habitual + analgesia si precisa + dieta pobre en greixos i sense sal + repos relatiu + AUGMENTINE 875/ 1 comp cada 8h*

En l'exemple 6 tornem a trobar un ús incoherent dels aspectes gràfics i un abús de termes especialitzats. Pel que fa a la tipografia, observem que, a més de la negreta que ressalta els dos elements de la llista (que deduïm que són els tractaments a seguir), tenim la cursiva usada en el segon element, però no el primer; i també que el primer element, tot i no dur cursiva, comença amb un marcador d'inici d'enumeració –concretament un punt–, que no trobem en el segon element.

Quant a l'ús de mots opacs o poc transparents per al pacient, destaca el fet que el primer element de la llista és el terme mèdic *colecistectomia laparoscòpica*, que apareix sense cap mena d'explicació o paràfrasi. Aquesta denominació fa referència a una intervenció a la qual s'ha de sotmetre el pacient, però és molt improbable que el malalt entengui que es tracta de l'extirpació de la vesícula biliar i que és una operació poc invasiva, ja que es duu a terme per laparoscòpia. Encara que el metge li hagi explicat amb anterioritat la intervenció que li hauran de fer, oralment i amb paraules entenedores, el pacient, en llegir l'informe i trobar-hi només el terme especialitzat, es pot neguitejar i pensar que la intervenció serà més delicada o invasiva del que li havien dit, o fins i tot no ser conscient que aquest

terme fa referència al tractament que el metge li ha explicat just abans.

El segon element del fragment inclou el tractament que el pacient ha de fer a casa. Les diferents indicacions estan separades pel signe +, sense fer canvi de paràgraf, signe que és fàcilment substituïble per un mot més clar com «més» o per altres recursos més adequats per a un text que no és matemàtic. També es constata que algunes indicacions són poc concretes. Per exemple, quan es diu, parlant del tractament, «el seu habitual», s'entén que l'emissor es refereix a la medicació de base que ja prenia el pacient, però seria més entenedor i segur expressar-ho de forma explícita o, fins i tot, incloure un recordatori de la medicació concreta.

En el cas de la indicació «analgesia si precisa», hi ha dos elements que dificulten clarament una comprensió adequada: en primer lloc, el terme *analgesia*, atès que algú no expert en medicina és fàcil que no sàpiga que fa referència a una medicació o bé que, si ho sap, desconegui quins medicaments en concret són els analgèsics. En segon lloc, l'expressió «si precisa» és poc concreta i massa oberta, de manera que el pacient pot dubtar sobre quina pauta de medicació ha de seguir.

El mateix podem dir quan s'indica que cal seguir una «dieta pobra en greixos i sal» i fer un «repos relatiu»: Com sap el pacient quins són els aliments adequats que pot ingerir i en quina mesura? O quines són les activitats físiques que pot realitzar i quines no? Si aquesta informació més detallada no es pot donar en l'informe, per motius d'espai, sí que convindria remetre al lloc on el pacient la pot trobar (que pot ser documentació adjunta, un enllaç determinat de la xarxa, etc.).

Al final del fragment hi ha una indicació que inclou la pauta d'un medicament que caldrà prendre. S'hi fa referència amb el nom comercial del medicament, i no amb el genèric, i hi ha un altre cop un ús qüestionable de les majúscules. El nom comercial va seguit de la pauta de medicació «875/ 1 comp cada 8h», que no és



prou clara perquè hi falta una unitat de mesura després de la barra inclinada i s'hi usa l'abreviatura mal formada *comp*, perquè li falta el punt final.

### (7) **TRACTAMENT-**

ENALAPRIL 5 MG COMPRIMITS..... 5 MG OR /24 H /DIA

OMEPRAZOL 20 MG CÀPSULES..... 20 MG OR /24 H /DIA

CITALOPRAM 20 MG COMPRIMITS..... 10 MG OR /24 H /DIA

SYNALAR GOTES OTIQUES -FLUOCINOLO. 2 GTS OTICA /6 H /DIA 19.03.2009

DAONIL 5 MG COMPRIMITS..... 1/2 -1/2-1/2

**FUROSEMIDA 40 MG COMPRIMITS..... 40 MG OR /24 H /DIA 13.03.2009**

**[SP] PARACETAMOL 1G SOBRES EFERVE. 1 G OR /8 H /DIA 18.03.2009**

UROTRON NEO IGUAL

Aquest fragment de l'exemple 7 conté una llista de medicaments escrits amb majúscules, mentre que la resta de l'informe està amb minúscules. De nou, doncs, aquest ús despista el lector perquè no és evident el valor que tenen les majúscules en el document, si és que en tenen. A més, tots els medicaments estan escrits en lletra rodona, però n'hi ha dos que apareixen en negreta, sense que sigui evident la raó per la qual es remarquen.

També hi trobem un ús abusiu de formes abreujades, que contribueixen a enterbolir la comprensió. En el cas de la dosi de medicament que cal prendre, els símbols *mg* o *g* són força coneguts, però els trobem incorrectament escrits en majúscules; a més, també ens podríem plantejar d'utilitzar les formes desglossades «mil·ligrams» i «grams» per assegurar que qualsevol pacient ho entengui adequadament. I caldria fer el mateix amb la resta d'abreviacions que trobem, moltes

de les quals o són poc clares per al no expert o usen una forma abreujada incorrecta o alternen formes diferents. Per exemple, el símbol per abreujar «hora», força estès i conegut, és «h» i no «H», com trobem en el text. Hi apareix recurrentment la forma poc coneguda OR («oral») per indicar que el pacient s'ha de prendre els medicaments via oral. També apareix la forma incorrecta i desconeguda GTS per referir-se a «gotes» o l'escurçament EFERVE per referir-se a «efervescents», que seria millor desenvolupar. És important evitar les abreviacions i reduir-ne l'ús a les universalment conegudes, sobretot en els mots clau d'aquest apartat de l'informe que indiquen al pacient com prendre correctament la medicació.

Val la pena també comentar l'estructura seguida per indicar la posologia de cada medicament, ja que no és la mateixa en tots els casos i aquesta asistematicitat o manca de criteris coherents contribueix a dificultar la bona comprensió de les pautes per part del pacient. El primer element de la posologia de cada medicament és força coherent: en tots els casos trobem el nom del fàrmac (majoritàriament el genèric, menys en els casos del Synalar, en què es dona la marca comercial i una abreviació del genèric fluocinolona; i el Daonil, que és marca comercial), la dosi que conté i la forma galènica (si és comprimit, càpsula, gotes, etc.). El segon element indica la pauta d'administració de cada fàrmac i és en aquest punt on trobem més incoherències. Per exemple, en els tres primers fàrmacs es comença donant la dosi que s'ha de prendre el pacient, la via d'administració amb l'abreviatura OR (via oral), seguida d'una barra, i la pauta horària, que és molt confusa perquè es repeteix la informació «24 H / DIA», però no s'indica en quin moment del dia s'ha de prendre aquesta medicació. Seria aconsellable detallar que el pacient s'ha de prendre «1 comprimit al dia» o «1 cada 24 hores», i afegir en quin moment del dia cal que ho faci. En el cas del tercer medicament, el problema s'agreuja perquè la dosi de cada pastilla

és diferent a la dosi que s'ha de prendre el pacient i no s'especifica que només cal prendre la meitat del comprimit. Aquesta informació pot passar desapercebuda i pot provocar que el pacient ingereixi el doble de la medicació que li pertoca.

En el cas del quart medicament, trobem la pauta següent: «2 GTS OTICA /6 H /DIA 19.03.2009». D'una banda, seria convenient especificar que «OTICA» es refereix a l'orella i també desenvolupar les abreviacions. D'altra banda, no queda clar si el pacient s'ha de posar les gotes cada 6 hores o bé durant 6 hores al dia. Segurament és la primera opció, però la pauta és tan ambigua que pot generar males interpretacions. En aquest cas, després s'especifica una data. Passa el mateix amb el sisè i el setè medicaments. Pensem que aquests tres medicaments inclouen la data de finalització del tractament i que, en canvi, la resta de medicaments són crònics per al pacient, tot i que tampoc queda clar. L'estructura de la pauta del cinquè medicament és la que més difereix de la resta, ja que només utilitza un esquema (1/2-1/2-1/2) per indicar al pacient que s'ha de prendre mitja pastilla tres vegades al dia, al matí, al migdia i a la nit. Finalment, pel que fa a l'últim medicament, no s'utilitza cap pauta de medicació, sinó que només hi consta el mot «IGUAL», que possiblement remet al fet que el pacient ha de seguir la mateixa pauta que tenia abans de la visita, però caldria expressar-ho de manera explícita per evitar confusions.

Per acabar, en el setè medicament observem que apareix la sigla «SP» entre claudàtors abans del nom del medicament. Podem intuir que aquesta sigla significa «si precisa», però és poc transparent i més si la trobem localitzada davant del nom del medicament i no després.

### (8) TRACTAMENT:

AMOXICILINA + CLAVULÀNIC, 500mg/8h, fins el 06/03 1 - 1 - 1

- FUROSEMIDA, 40mg, 2 comp/d 1 - 1 - 0
- BOI-K, 1 comp/d 0 - 1 - 0

- SINTROM UNO 1 mg, 1 comp/ DIMARTS, DIJOUS, DISSABTE 0 - 0 - x
- VALSARTAN 80mg, 1/2 comp/d 1/2-0- 0
- AMIODARONA, 200mg, 1 comp/d (excepte DIMEC i DISSAB) 1 - 0 - 0
- DIAMICRON 80mg, 1/2 comp/d 0 -1/2- 0
- MEGEFREN 160 mg, 2 comp/d 1 - 0 - 1
- RISPERIDONA, 1mg, 1/2 comp/nit (no habitual)
- OMEPRAZOL, 20mg, 1 comp/d 0 - 0 - 1
- Dieta amb poca sal i per diabètics, segons tolerància. Suplements proteics

Aquest fragment de l'exemple 8, a diferència de l'anterior, té una major sistematicitat pel que fa a l'estructura. No obstant això, hi ha certs esculls que poden afectar la comprensió plena del text.

En primer lloc, fixem-nos en el primer medicament de la llista. El pacient s'ha de prendre un fàrmac que conté com a principi actiu dos antibiòtics diferents: amoxicil·lina i àcid clavulànic. En aquest cas, el pacient podria pensar que s'ha de prendre dos medicaments per separat. Com que només s'especifica la quantitat d'amoxicil·lina (500mg), no queda clar quina és la que correspon al clavulànic. A més, aquest és l'únic medicament de la llista en el qual s'indica fins quin dia cal prendre el fàrmac. En aquest sentit, seria aconsellable incorporar el termini del tractament en tots els casos i, si la pauta és crònica, fer-ho explícit.

En segon lloc, val la pena comentar les abreviacions i esquemes que s'utilitzen a l'hora de pautar els medicaments. En tots els casos, l'emissor utilitza l'abreviatura «comp», sense punt final, per referir-se a «comprimit». També s'utilitza el símbol «d» per fer referència a «dia», quan seria preferible usar la forma «1 comprimit al dia» enlloc de «1 comp/d». Addicionalment, en dos dels fàrmacs es donen indicacions sobre els dies de la setmana en què cal prendre'ls, però en un cas s'usen les formes

desenvolupades («DIMARTS, DIJOURS, DISSABTE»), mentre que en l'altre s'utilitzen abreviatures mal formades («DIMEC i DISSAB» quan la forma correcta seria «dc. i ds.»). Caldria ser coherents i indicar sempre la forma completa dels noms. I pel que fa a l'esquema de la pauta horària (per exemple, «1 - 0 - 1»), tal com hem explicat abans, és aconsellable fer explícit que les xifres indiquen la quantitat de comprimits que s'ha de prendre el pacient i que cada xifra separada per un guió correspon a les franges horàries de matí, migdia i nit.

Finalment, un altre aspecte a destacar és l'expressió «no habitual» que hi ha entre parèntesis en les indicacions per a la *Risperidona*, que apareix al final de la pauta d'administració del tractament. No sabem si informa del fet que el pacient no es pren el medicament habitualment o bé si indica que el pacient no es prengui el medicament habitualment. La comprensió del fragment milloraria ostensiblement utilitzant oracions amb l'estructura canònica subjecte-verb-objecte. I el mateix podem dir de les indicacions que es donen en la darrera indicació del fragment.

### **Com podem fer que els pacients entenguin millor els informes mèdics?**

Hi ha autors com Stableford i Mettger (2007) o Wicklund i Ramos (2009) que defensen l'ús del llenguatge planer com a estratègia per augmentar el nivell d'alfabetització en salut dels pacients i dels seus familiars. És important, no obstant això, tenir en compte que l'ús d'un llenguatge planer no pot comportar la pèrdua de coneixement especialitzat que un informe mèdic transmet. Per exemple, per comunicar el diagnòstic d'un pacient no podem deixar d'utilitzar terminologia, perquè el pacient té dret a rebre tota la informació sobre la seva salut. No es tracta, per tant, d'eliminar informació i simplificar o resumir l'informe, sinó d'afegir el coneixement que el pacient necessita per poder entendre adequadament el que el metge li diu. Cal, per tant, utilitzar un llenguatge planer i clar, que transmeti la

càrrega cognitiva que el pacient necessita. En definitiva, cal que, com a emissor del text, el metge eviti el biaix cognitiu que el duu a pensar que s'adreça a persones amb la seva formació experta –*the cure of knowledge*–, i faci explícita aquella informació que l'expert infereix, però que no és accessible al llec. Per això, més que parlar de simplificar l'informe, fem referència a la necessitat d'enriquir-lo per tal que sigui explícit i clar per a tothom.

En definitiva, cal aconseguir que l'emissor de l'informe controli els aspectes lingüístics que permeten transmetre el mateix coneixement expert de manera clara i comprensible per al no especialista. Amb l'objectiu de demostrar que la manera com se solen escriure els informes mèdics genera problemes de comprensió i de detectar quines estratègies lingüístiques ajuden a millorar la comprensió del text per part del pacient, en aquest apartat presentem els resultats d'una enquesta de comprensió realitzada a partir de dues versions d'un mateix informe mèdic real.

Per dur a terme l'enquesta vam seguir els passos següents:

1. Selecció d'un informe mèdic real.
2. Redacció d'una altra versió de l'informe, planera i clara, enriquida lingüísticament i cognitivament.
3. Elaboració de dues enquestes de comprensió, una per a cada versió de l'informe.
4. Implementació de l'enquesta.
5. Tractament estadístic de les dades.
6. Anàlisis dels resultats.

L'informe mèdic seleccionat és un informe d'alta del servei de neurologia d'un hospital públic de Catalunya. Per redactar la versió enriquida de l'informe es van dur a terme les accions següents:

1. Corregir errors gramaticals i inadequacions tipogràfiques, com ara la puntuació, les abreviacions, les majúscules, etc.

2. Incloure descripcions i paràfrasis dels termes que podien ser ambigus o bé molt especialitzats.
3. Controlar l'estructura de les oracions perquè respectessin l'ordre subjecte-verb-objecte.
4. Expandir les formes abreujades que no eren semànticament transparents, sobretot les sigles i les abreviatures.
5. Personalitzar el text per acostar-lo al pacient utilitzant la forma verbal personal, el subjecte explícit, etc.

Després d'aquest procés, dos especialistes mèdics van validar el contingut de la nova versió de l'informe. A continuació es van dissenyar dues enquestes de comprensió, una per a l'informe original i una altra per a la nova versió enriquida, totes dues amb una mateixa estructura: en primer lloc, es demanaven les dades generals dels enquestats; en segon lloc, calia respondre unes preguntes generals de percepció sobre la comprensió dels informes mèdics; a continuació, calia llegir la versió de l'informe mèdic prèviament lliurada, i finalment respondre les preguntes formulades per mesurar la percepció sobre la comprensió que n'havien tingut.

Les enquestes es van passar a 100 informants, que van contestar les dues versions de l'enquesta, una per a l'informe enriquit i l'altra per a l'original (Estopà; Domènech, 2019). A tall d'exemple, comentarem els resultats d'algunes de les preguntes fetes en el darrer apartat de l'enquesta, que servia per mesurar la comprensió real dels textos. A continuació veiem algunes preguntes relatives a aspectes concrets del text llegit, amb les opcions de resposta que podia triar l'enquestat:

#### EXEMPLE 1

El pacient realitza *controles habituales por CCEE de neurología, oftalmología y nefrología*. Què significa CCEE?

---

---

---

no ho sé

#### EXEMPLE 2

Quina és la pauta de medicació habitual d'aquest pacient abans de rebre l'alta pel que fa a Ibercal? És a dir, quantes vegades al dia s'ha de prendre la medicació i en quina dosi?

---

---

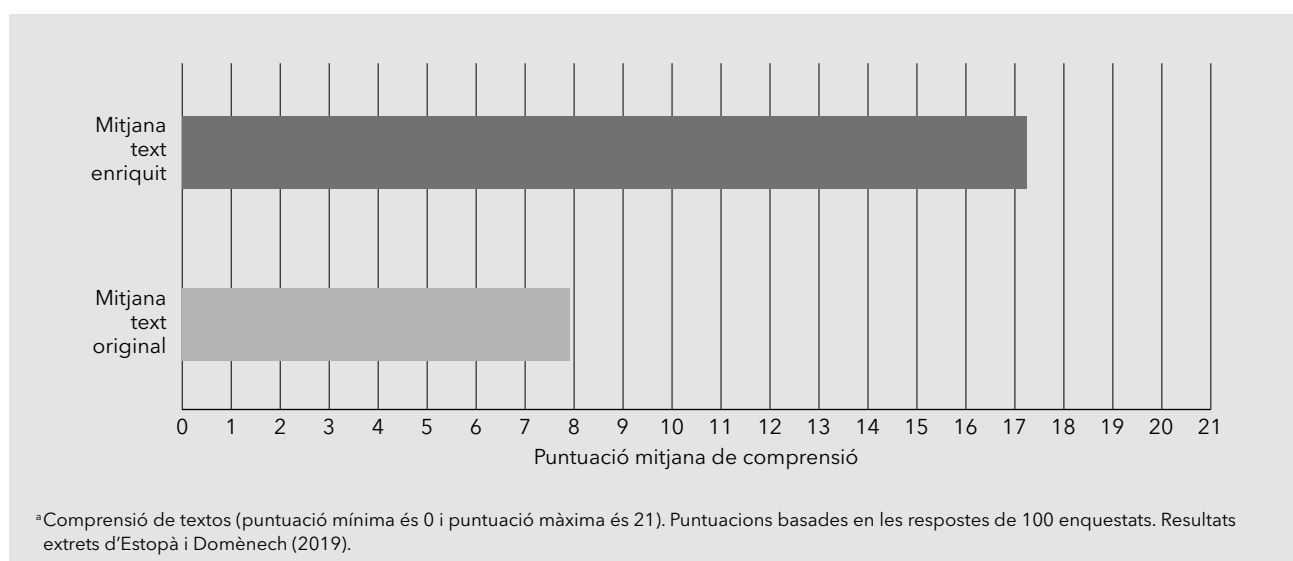
---

no ho sé

L'anàlisi de les respostes donades a aquest tipus de preguntes ens mostra que els resultats divergeixen significativament segons quina sigui la versió de l'informe que s'ha llegit (original o enriquit), com ens mostra la figura 1. Per interpretar adequadament aquest gràfic, cal tenir en compte que les respostes a aquestes preguntes es puntuaven de manera semblant a com es fa en un examen, i que la nota màxima que es podia obtenir era de 21 punts. Tal com podem observar, la nota mitjana dels enquestats en aquest bloc de preguntes pel que fa al text original és de 7,8, mentre que la nota mitjana que fa referència al text enriquit és de 17,2. Notem, doncs, que enriquant el text la comprensió augmenta més de la meitat.

En segon lloc, mostrem un exemple relatiu a l'apartat de comparació de fragments extrets de les dues versions dels informes, on es preguntava als enquestats quin dels dos fragments entenia millor. Els fragments pertanyien als apartats de diagnòstic i tractament, i per a cada un constava la versió de l'informe mèdic original al costat de la de l'informe enriquit, tal com es pot veure a continuació, on es recullen fragments relatius al tractament:

**Figura 1.** Puntuació de la comprensió d'un informe mèdic amb el text original i el text enriquit.<sup>a</sup>



### Fragment original

TRATAMIENTO AL ALTA

VPA: 250-250-300

LEV: 150-0-150

Ibercal: 7,5 ml cada 12 hs

Solución Sohl: 20 ml cada 12 hs

Etalpha: 10 gotas (1/2 cc) cada 24 hs

Melamil(melatonina) : administrar 12 gotas, dosis nocturna, con aumento hasta 24 gotas.

### Fragment enriquit

TRATAMIENTO AL ALTA

- Ácido valproico (VPA): 3 veces al día en dosis de 250-250-300 mg
- Levetiracetam (LEV): 2 veces al día, mañana y noche, en dosis de 150 mg
- Ibercal: 7,5 ml cada 12 horas
- Solución de Sohl: 20 ml cada 12 horas
- Etalpha: 10 gotas (1/2 cc) cada 24 horas

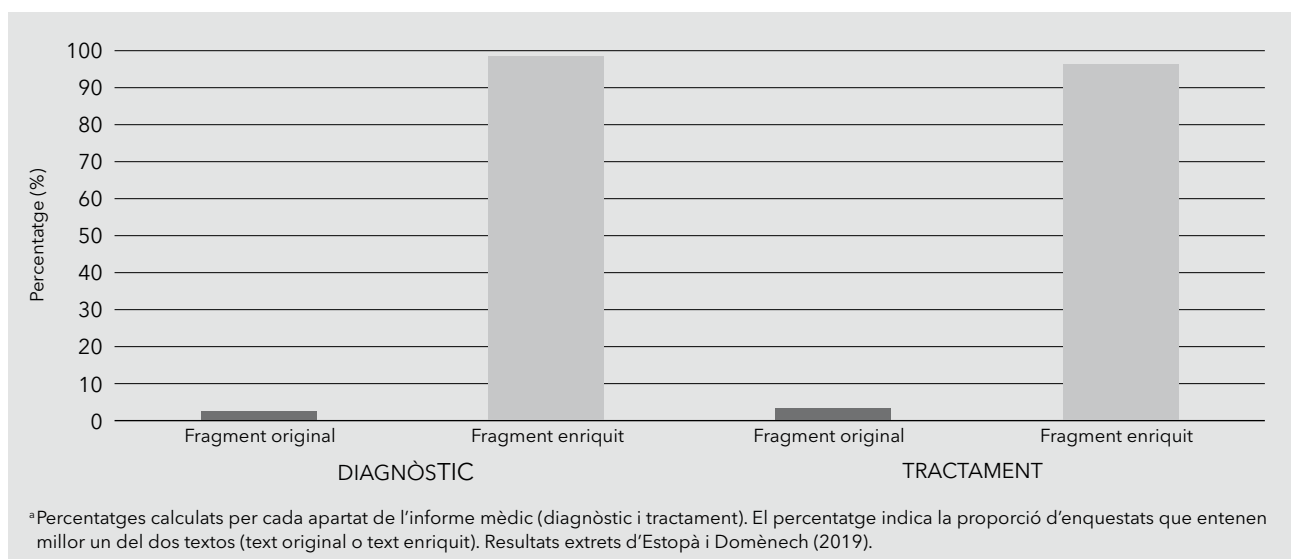
- Melamil (melatonina): 12 gotas, en una dosis nocturna, con aumento progresivo hasta llegar a 24 gotas.

En aquest cas, els resultats també van ser significatius, ja que si observem la figura 2, veurem que, en relació amb el diagnòstic, un 97,5% dels enquestats entenia millor el fragment enriquit que l'original. I, pel que fa al tractament, els resultats eren molt similars, ja que un 96,1% afirmava entendre millor el fragment enriquit que l'original.

Per tant, partint dels resultats de les enquestes que acabem de comentar, podem determinar que: a) tots els enquestats van tenir dificultats per entendre la versió original de l'informe mèdic, fins i tot aquells que tenien el nivell d'estudis més alt; b) els enquestats no van tenir dificultats per entendre la versió enriquida de l'informe, inclús aquells que tenien el nivell educatiu més baix, i c) tots els enquestats van entendre millor la versió enriquida de l'informe que l'original.

Amb aquest experiment hem pogut demostrar que els pacients no entenen adequadament els informes mèdics i, més en concret, les informacions més rellevants

**Figura 2.** Comparació entre la comprensió de textos originals i textos enriquits dels apartats de diagnòstic i tractament d'un informe mèdic.<sup>a</sup>



dels informes relacionades amb el diagnòstic i amb el tractament a seguir. I també ens ha permès comprovar que per aconseguir una comprensió adequada, cal utilitzar un llenguatge planer i fer explícit el coneixement especialitzat que el pacient necessita per interpretar adequadament la informació que rep. Per tant, simplifiquem el llenguatge enriquint el text, per visibilitzar el contingut implícit en els informes mèdics, que el pacient no expert difícilment pot inferir, malgrat les importants conseqüències emocionals i clíniques que implica disposar o no d'aquesta informació.

### Recomanacions

En definitiva, hem vist la importància que té una comunicació adequada metge-pacient per a la millora del procés de salut. I també com, en el cas dels informes mèdics, podem aplicar algunes estratègies per ajudar a millorar-ne la comprensió. A tall de síntesi, presentem el decàleg que recull els aspectes mínims que qualsevol professional de la salut hauria de tenir en compte a l'hora de redactar un informe mèdic:

1. Corregir els errors ortogràfics i gramaticals.
2. Corregir els errors tipogràfics (majúscules, cursives, negretes, tipus de lletra...) i de puntuació.
3. Definir o parafrasejar els termes no generals dels apartats de diagnòstic i tractament.
4. Evitar l'ús de termes llatins o excessivament opacs, utilitzant, si n'hi ha, les formes sinònimes comprensibles per a tothom.
5. Expandir la majoria de les sigles, abreviatures i símbols.
6. Construir oracions breus que segueixin l'ordre canònic en català: subjecte, verb, objecte.
7. Restringir l'ús de verbs impersonals a aquells realment imprescindibles.
8. Dirigir-se al pacient pel seu nom o pel genèric «pacient».
9. Utilitzar elements de connexió explícits entre frases i entre paràgrafs.
10. Ser coherent i sistemàtic en els criteris aplicats. Per exemple, quan es tria el nom genèric o comercial

dels medicaments, o l'estructura seguida en les pautes de medicació, o els recursos gràfics –com majúscules i negretes– que es vol utilitzar, etc.

En els propers capítols es detallen i s'amplien aquestes recomanacions generals.

### Casos pràctics i proposta de solució

Llegeix els fragments següents, extrets d'informes mèdics reals, marca els elements que en poden dificultar la comprensió al pacient i digues de quin tipus són:

- 1) pragmaticosemàntics, 2) lèxics, 3) sintàctics o
- 4) ortotipogràfics.

#### Cas pràctic 1

**Diagnòstic:** Hiperemesi gravídica en gestant 13 setmanes.

**Tractament:** Antiemètics e.v. + sueroteràpia

**Complicacions:** Ranitidina 1c/12hores  
Cariban 1c/8 hores

#### PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

**Diagnòstic:** Hiperemesi gravídica<sup>1,2</sup> en gestant<sup>3</sup> 13 setmanes.

**Tractament:** Antiemètics<sup>1,2</sup> e.v.<sup>1,4</sup>. +<sup>1,4</sup> sueroteràpia<sup>1,2</sup>

**Complicacions<sup>1</sup>:** Ranitidina<sup>1</sup> 1c/<sup>1,4</sup> 12hores  
Cariban<sup>1</sup> 1c/<sup>1,4</sup> 8 hores

<sup>1</sup> *Problemes pragmaticosemàntics:* manca d'explicació sobre quins símptomes impliquen «complicacions» i, per tant, sobre quan caldrà prendre la medicació indicada; manca de coherència i sistematicitat en les denominacions de la medicació («ranitidina» és un genèric, però «Cariban» és un nom comercial); manca de paràfrasis o explicacions addicionals d'unitats opaques semànticament com termes o abreviacions (abreviatures, sigles i símbols).

<sup>2</sup> *Problemes lèxics:* termes especialitzats opacs (*hiperemesi gravídica, antiemètics, sueroteràpia*).

<sup>3</sup> *Problemes sintàctics:* falta de preposicions i de verbs conjugats.

<sup>4</sup> *Problemes ortotipogràfics:* abreviatures mal formades (c ha de ser *compr.*), símbols poc entenedors (+, /), manca d'espai entre la xifra i el símbol (1c).

#### Cas pràctic 2

##### Diagnòstics:

- ICCBV. Vessament pleural D resolts.
- Cardiopatia hipertensiva.
- ACxFA debut
- HTA.

##### Tractament:

- SINTROM (ACENOCUMAROL 4 mg), 3/4 comp avui 27.1, i 1/2 demà 28.1. Control INR dijous a les 11h.
- Enalapril 20 mg 1 comp/12.
- Carvedilol 6,25 mg 1 comp/12h.
- Furosemida 1-0-0,
- Retirar BOI K aspàrtic, Aprovel i Tromalyt.
- Ventolin, Pulmicort a les seves dosis habituals.

#### PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

##### Diagnòstics:

- ICCBV<sup>1,2</sup>. Vessament pleural<sup>1,2</sup>D<sup>1</sup> resolts<sup>2,3</sup>
- Cardiopatia hipertensiva<sup>2</sup>
- AC<sup>1</sup> x<sup>4</sup> FA<sup>1</sup> debut<sup>2,3</sup>
- HTA<sup>1</sup>

##### Tractament:

- SINTROM<sup>1,4</sup> (ACENOCUMAROL<sup>4</sup> 4 mg), 3/4 comp<sup>4</sup> avui 27.1, i 1/2 demà 28.1. Control INR<sup>1</sup> dijous a les 11h<sup>4</sup>
- Enalapril 20 mg 1 comp<sup>4</sup>/<sup>4</sup> 12
- Carvedilol 6,25 mg 1 comp<sup>4</sup>/<sup>4</sup> 12h<sup>4</sup>
- Furosemida 1-0-0<sup>1</sup>

- Retirar BOI K aspàrtic<sup>1</sup>, Aprovel<sup>1</sup> i Tromalyt<sup>1</sup>
- Ventolin<sup>1</sup>, Pulmicort<sup>1</sup> a les seves dosis habituals<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Problemes pragmaticosemàntics*: manca de coherència i sistematicitat en les denominacions de la medicació (ex.: «SIMTRON», «Aprovel», «Tromalyt», «Ventolin» i «Pulmicort» són noms comercials, però la resta de medicaments són noms genèrics); manca de paràfrasis o explicacions addicionals d'unitats opaques semànticament com termes, abreviacions (abreviatures, sigles i símbols) o pautes i dosis de medicació (1-0-0 > 1 comp. cada matí).

<sup>2</sup> *Problemes lèxics*: termes especialitzats opacs (cardiopatía hipertensiva, vessament pleural).

<sup>3</sup> *Problemes sintàctics*: falta de preposicions i de verbs conjugats (vessament pleural D resolta / AcxFA debut).

<sup>4</sup> *Problemes ortotipogràfics*: abreviatures mal formades (comp ha de ser compr.), símbols poc entenedors (+, /), manca d'espai entre la xifra i el símbol (11h), manca de símbol (12 > 12 h), ús abusiu de la majúscula (SINTROM, ACENOCUMAROL).

### Cas pràctic 3

Tratamiento:

- Dieta adaptada para disfagia con espesantes.
- Ventolin 0.5 cc + Atrovent 500 mcg nebulizados cada 6h.

- Depakine 500 mg, 2-1-1.
- Tegretol 400 mg, 1-1-1.
- Noiafren 1-0-1.
- Luminal 100 mg, 0-0-1

### PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

Tratamiento:

- Dieta adaptada para disfagia<sup>1,4</sup> con espesante<sup>2</sup>
- Ventolin 0,5 cc + Atrovent 500 mcg nebulizados<sup>2</sup> cada 6h<sup>3</sup>
- Depakine 500 mg, 2-1-1<sup>1</sup>
- Tegretol 400 mg, 1-1-1<sup>1</sup>
- Noiafren 1-0-1<sup>1</sup>
- Luminal 100 mg, 0-0-1<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Problemes pragmaticosemàntics*: manca de paràfrasis o explicacions addicionals d'unitats opaques semànticament com termes, abreviacions (abreviatures, sigles i símbols) o pautes i dosis de medicació (caldría indicar que les xifres fan referència a les dosis que cal prendre en cada una de les tres franges del dia: matí, tarda i nit).

<sup>2</sup> *Problemes lèxics*: termes especialitzats opacs (disfagia), falta de paràfrasis o explicacions addicionals (espesante, nebulizados).

<sup>3</sup> *Problemes ortotipogràfics*: manca d'espai entre la xifra i el símbol (6h).



## Bibliografia

- Borrell, F. (2004). *Entrevista clínica. Manual de estratègies pràctiques*. Barcelona: semFYC ediciones.
- Brugel, S.; Postma-Nilsenová, M.; Tates, K. (2015). "The link between perception of clinical empathy and nonverbal behavior: The effect of a doctor's gaze and body orientation". *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1260-1265.
- Da Costa, C. M. (1996). *Introducción a la información y documentación médica*. Barcelona: Masson.
- Delàs, J. (coord.) (2005). *Quaderns de la bona praxis. Informes clínics, eines de comunicació*. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.
- Estopà, R. (2018). "El lenguaje de la documentación en salud: algunos obstáculos evitables". A: H. Poncio; S. A. Borsetti. *Informação e tecnologias, desenhando fronteiras científicas*. Joao Pessoa: Editora UFPB.
- Estopà, R. (coord.) (2019). *Comunicació, llenguatge i salut: estratègies lingüístiques per millorar la comunicació amb el pacient*. Barcelona: Documenta.
- Estopà, R.; Domènech-Bagaria, O. (2019). "Diagnóstico del nivel de comprensión de informes médicos dirigidos a pacientes y familias afectados por una enfermedad rara". *E-Aesla. Revista Digita*, 5, 109-119. <https://cvc.cervantes.es/lengua/eaesla/pdf/05/11.pdf>. [Data de consulta: 24.09.2019]
- Falcón, M.; Luna, A. (2012). "Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud". *Revista Comunicación y Salud*, 2(2), 91-98.

- Hewett, D. G.; Watson, B. M.; Gallois, C.; Ward, M.; Leggett, B. A. (2009). "Communication in Medical Records: Intergroup Language and Patient Care". *Journal of Language and Social Psychology*, 28(2), 119-138.
- Laín Entralgo, P. (1969). *El médico y el enfermo*. Madrid: ediciones Guadarrama.
- Moore, P.; Gómez, G.; Kurtz, S. (2012). "Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente". *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 44(6), 358-365.
- Pinker, S. (2014). "Why Academic Writing Stinks and How to Fix it". *The Chronicle of Higher Education*, set. 2014, p. 1-22.  
Disponible a :  
[http://images.results.chronicle.com/Web/TheChronicleofHigherEducation/%7B713da810-66b4-4466-81b0-c03b9978f2f5%7D\\_AD\\_CHE-PinkerBooklet3.pdf](http://images.results.chronicle.com/Web/TheChronicleofHigherEducation/%7B713da810-66b4-4466-81b0-c03b9978f2f5%7D_AD_CHE-PinkerBooklet3.pdf) [Data de consulta: 24.09.2019]
- Robaina Bordón, J. M.; Morales Castellano, E.; López Rodríguez, J. F.; Sosa Henríquez, M. (2014). "La letra de médico". *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 6(4), 122-126.
- Siegler, M. (2011). *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*. Barcelona: Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Sørensen, K.; Pelikan, J. M.; Röthlin, F.; Ganahl, K.; Slonska, Z.; Doyle, G.; Fullam, J.; Kondilis, B.; Agraftotis, D.; Ueters, E.; Falcon, M.; Mensing, M.; Tchamov, K.; van den Broucke, S.; Brand, H.; HLS-EU Consortium (2015). "Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)". *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.