

L'informe mèdic: com millorar-ne la redacció per facilitar-ne la comprensió

Coordinadora:
Rosa Estopà

L'informe mèdic: com millorar-ne la redacció per facilitar-ne la comprensió

Coordinadora:

Rosa Estopà



Tant el pròleg com la introducció i els articles d'aquest quadern recullen l'opinió dels corresponents autors, pel què la Fundació Dr. Antoni Esteve no es fa necessàriament càrrec del seu contingut.

© 2020, Fundació Dr. Antoni Esteve

TORRE ESTEVE

Passeig de la Zona Franca, 109

08038 Barcelona

Telèfon: 93 433 53 20

Adreça electrònica: fundacion@esteve.org

<http://www.esteve.org>

Il·lustració de la coberta: Milles Studio (Adobe Stock).

ISSN edició impresa: 2385-5053

ISSN edició electrònica: 2385-5061

ISBN: 978-84-947204-7-5

Dipòsit Legal: B 10544-2020

Imprès a Espanya

Fundació Dr. Antoni Esteve

La Fundació Dr. Antoni Esteve va néixer per honorar la figura d'aquest farmacèutic, investigador i emprenedor, centrant-se específicament en un element cabdal de la seva personalitat: l'amor i respecte per la ciència. Establerta pels seus fills el 1982, la Fundació és una institució sense ànim de lucre que orienta la seva activitat envers la ciència en general i la farmacoteràpia en particular.

El Dr. Antoni Esteve i Subirana va néixer a Manresa l'any 1902. Llicenciat en farmàcia, era el cinquè boticari d'una nissaga de farmacèutics d'aquesta ciutat. Començà preparant especialitats medicinals a la rebotiga de la seva farmàcia però el creixement

d'aquesta activitat, juntament amb el seu saber científic, el seu esperit industrial i l'entusiasta col·laboració de la seva esposa el dugueren a fundar, el 1929, la que seria una important empresa farmacèutica.

La Fundació promou el debat entre professionals mitjançant l'organització de simposis internacionals, taules rodones i grups de discussió, entorn a la farmacoterapèutica en particular i la ciència en general. Alhora, també contribueix a difondre el treball científic de qualitat atorgant, cada dos anys, el Premi de Recerca Fundació Dr. Antoni Esteve al millor article sobre farmacologia publicat per autors espanyols.

Des de la Fundació també es promou la comunicació científica a través de diferents publicacions. Les *Monografies Dr. Antoni Esteve* resumeixen els continguts de les taules rodones i els Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve abasten temes molt diversos sobre el món de la ciència. Les seves activitats també es veuen reflectides en articles de revistes científiques. Per últim, la col·lecció *Pharmacotherapy Revisited* reproduïx aquells articles que, segons el criteri de científics de prestigi, han estat claus pel desenvolupament d'alguna branca de la farmacoteràpia.

Per altra banda, els cursos de formació de la Fundació Dr. Antoni Esteve volen potenciar competències que no

estan suficientment cobertes als programes de grau universitari. Aquests cursos s'organitzen majoritàriament a Espanya, però també a l'estranger. Una activitat a mig camí entre la docència i la comunicació científica són els *Meet the expert*, trobades entre un científic estranger de particular renom en el seu camp de treball i un grup restringit d'investigadors espanyols.

Finalment, però no menys important, amb aquestes activitats la Fundació col·labora amb diversitat de professionals biosanitaris i comparteix projectes amb universitats, hospitals, societats científiques, altres institucions de recerca i organismes que donen suport a la investigació.

Índex

Fundació Dr. Antoni Esteve	4
Autors	8
Pròleg	10
Josep Eladi Baños i Díez	
Introducció	12
Rosa Estopà	
L'informe mèdic	14
Elisabet Llopart-Saumell i Iria da Cunha	
La comprensió dels informes mèdics	28
Ona Domènech-Bagaria, Rosa Estopà i Laia Vidal-Sabanés	
La terminologia en els informes mèdics	46
Rosa Estopà i M. Amor Montané	

Ús de mecanismes d'abreviació en l'informe mèdic	60
Jorge M. Porras-Garzón i Laia Vidal-Sabanés	
Elements sintàctics dels informes mèdics	74
Mercè Lorente i Òscar Pozuelo	
Aspectes pragmàtics dels informes mèdics: marcadors discursius i dixi personal	92
Elisabet Llopart-Saumell i Yingfeng Xu	
Els errors ortotipogràfics, ortogràfics i de puntuació	104
Jorge Vivaldi	
Quaderns Fundació Dr. Antoni Esteve	112

Autors

Iria da Cunha

Investigadora Ramón y Cajal,
Universidad Nacional de Educación
a Distancia, Madrid
Investigadora del grup IULATERM
i del grup ACTUALing
iriad@flog.uned.es

Ona Domènech-Bagaría

Professora agregada i directora
del grau de Llengua i Literatura
Catalanes, Universitat Oberta
de Catalunya, Barcelona
Investigadora del grup IULATERM
odomenechb@uoc.edu

Rosa Estopà

Professora titular,
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona
Investigadora del grup IULATERM
i investigadora principal
del projecte JUNTS
rosa.estopa@upf.edu

Elisabet Llopart-Saumell

Investigadora Juan de la Cierva-
Formació, Universitat d'Alacant,
Alacant
Investigadora del grup IULATERM
i del grup ISIC-IVITRA
elisabet.llopart@ua.es

Mercè Lorente

Professora titular,
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona
Investigadora principal del grup
IULATERM (Lèxic i Tecnologia)
i directora de l'Institut de Lingüística
Aplicada (IULA)
merce.lorente@upf.edu

M. Amor Montané

Tècnica lingüística,
Institut d'Estudis Catalans, Barcelona
Professora associada,
Universitat de Barcelona, Barcelona
Investigadora del grup IULATERM
amor.montane@upf.edu

Jorge M. Porras-Garzón

Investigador predoctoral UPF-PhD,
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona
Investigador del grup IULATERM
jorgemario.porras@upf.edu

Òscar Pozuelo

Investigador del grup IULATERM
oscar.pozuelo@upf.edu

Laia Vidal-Sabanés

Investigadora predoctoral,
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona
Investigadora del grup IULATERM
laia.vidal@upf.edu

Jorge Vivaldi

Investigador del grup IULATERM
jorge.vivaldi@upf.edu

Yingfeng Xu

Professora associada,
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona
Professora associada, ESIC Business
& Marketing School, Barcelona
Investigadora del grup IULATERM
yingfeng.xu@upf.edu

Pròleg

Josep Eladi Baños i Díez

Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya

Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

La majoria de les professions, i la mèdica no n'és una excepció, van associades amb freqüència a la creació d'un llenguatge ple de termes propis i d'altres comuns que tenen un significat diferent en el context professional. El seu domini facilita l'entrada de l'individu en el col·lectiu, gairebé de forma gremial, fet que permet acceptar-lo com a membre. Aquests termes propis són de vegades qualificats amb lleugeresa com a *argot* i, almenys en els seus orígens, l'objectiu seria impedir que els llecs poguessin entendre la ciència mèdica, reservada per als iniciats que conformarien els grups professionals a qui només els estaria autoritzat el seu coneixement. Molière, un enemic declarat dels metges, es burlava d'aquestes pretensions al final de la seva obra *Le malade imaginaire* (1673). Molière va patir una greu crisi de salut mentre representava l'obra, crisi que li causà poc després la mort. Potser una venjança dels burlats...

La sospita que els metges empren un llenguatge críptic, sovint innecessàriament tècnic, no deixa d'estar

fonamentada. Amb freqüència, termes emprats en el llenguatge comú tenen significats completament diferents, i la utilització de neologismes és una pràctica freqüent. Això té una importància relativa quan l'afectat no participa en les actuacions d'altres professionals, però és un tema completament diferent quan parlem del llenguatge mèdic. Així, les *inflors dels turmells* s'anomenen *edemes mal·leolars*, a la *cremor d'estómac* li diuen *pirosi* i al *mal de gola* a l'empassar, *odinofàgia*. Qualsevol persona il·lustrada pot arribar a tenir dificultats de comprensió quan li parlen de *parestèsies*, *anasarca*, *sarcopènia*, *crisi comicial* o *pol·laciúria*. Amb l'objectiu de la precisió, la utilització de termes incomprendibles per a la població general és sovint excessiva i, de vegades, clarament innecessària.

Encara que la situació descrita és pròpia d'altres professions, el contacte amb els metges és una experiència gairebé universal i sovint es realitza en situacions de malaltia que preocupen intensament aquells que acudeixen a les seves consultes. Per tant,

rarament ens lliurarem de les seves paraules, orals i escrites i, per aquesta raó, la comunicació hauria de ser especialment acurada i comprensible per als pacients que es troben angoixats per la seva malaltia. És innegable que sovint no és així. Hi ha facultats de Medicina que ja imparteixen assignatures per millorar la relació metge-pacient i ensenyen com comunicar-se adequadament, però això no és la regla. Òbviament, la seva impartició reconeix l'existència d'una situació que pot generar seriosos problemes i que els estudiants haurien d'aprendre a corregir molt aviat en la seva formació.

L'obra que coordina la professora Rosa Estopà és una important aportació a l'anàlisi dels informes mèdics, des de múltiples vessants, des de les terminològiques fins al malson de les abreviatures, l'anàlisi sintàctica o els errors ortotipogràfics, entre d'altres. El seu interès pel llenguatge mèdic i la seva comprensió ve de lluny. Recordaré només una obra recent que ha coordinat, *Comunicació, llenguatge i salut. Estratègies lingüístiques*

per millorar la comunicació amb el pacient (2019), de lectura recomanable i complementària en alguns aspectes de l'obra que és motiu d'aquesta presentació.

La medicina dels propers anys estarà impregnada de tecnologia, de manera anàloga a com la medicina del segle xx ho va estar de ciència. Els metges i metgesses que la practiquin hauran d'augmentar, amb tota probabilitat, la seva formació per comprendre-la, més enllà de la utilització dels medis tecnològics com a usuaris. Tot això no ocultarà el fet que seguiran tractant persones i no aparells biològics complexos més o menys espatllats. Això implicarà la necessitat d'una comunicació fluida i comprensible que permeti establir la imprescindible confiança entre els professionals mèdics i els patidors de les malalties. Per això, aquesta obra i totes les destinades a millorar els processos de comunicació seguiran sent essencials. Hem d'agrair els esforços de la professora Estopà i dels seus col·laboradors per fer-ho possible, i a la Fundació Dr. Antoni Esteve la seva publicació.

Introducció

Rosa Estopà

Un informe mèdic és un text escrit per un metge sobre el procés assistencial d'un pacient, en el qual es descriuen processos, proves i observacions per tal d'arribar a un diagnòstic i a un tractament adequat. Els informes són fragments de la biografia d'una persona en els quals els metges narren el seu estat de salut. A més, els informes mèdics són documents molt valuosos perquè permeten desenvolupar estudis clínics i epidemiològics, i gestionar i avaluar l'atenció assistencial. Són també documents legals que prenen molta importància en processos judicials. I tot i que a vegades alguns professionals els perceben com una obligació rutinària, els informes mèdics són la columna testimonial del sistema sanitari en el sentit que configuren les traces històriques dels centres. En resum, els informes mèdics són documents científics, biogràfics, avaluables, legals, i també documents de comunicació escrita.

En la comunicació amb el pacient, els informes mèdics es converteixen en una eina clau, perquè la informació d'un text escrit perdura i pot consultar-se tranquil·lament diverses vegades. D'entrada, els professionals de la salut se solen comunicar oralment amb els seus pacients: els expliquen què els passa, per què els passa, què haurien de fer per què no els passés, etc. Tanmateix, la informació de les comunicacions orals es desdibuixa fàcilment i acaba volatitzant-se. Quan se surt d'un centre sanitari, d'una consulta, els missatges rebuts no es recorden exactament, ni precisament, i a mesura que van transcorrent les hores hi ha detalls que poden ser importantíssims que s'obliden o fins i tot que es poden processar de manera distorsionada o equivocada. I llavors queda recórrer a l'informe escrit (a veure què és el que realment tinc?, exactament què m'ha dit?, què haig de prendre i com?, etc.).

Això no obstant, és un fet que moltes persones tenen dificultats per llegir i sobretot per entendre els seus informes mèdics. L'obra parteix d'aquesta situació freqüent d'impotència, que sol provocar ansietat

i preocupació, i activar imaginaris nocius, i s'inicia amb una pregunta sociolingüística molt concreta: ¿Per què no entenc el que escriu el meu metge per a mi i sobre mi si utilitza la mateixa llengua que jo? Per arribar a la qüestió fonamental: ¿Podria entendre-ho si ho escrivís d'una altra manera?

Algunes respostes tenen a veure amb la baixa alfabetització en salut de la població general, d'altres apel·len l'alt coneixement especialitzat que s'hi transmet, però sovint els entrebancs venen donats per la manera com estan escrits aquests documents: d'una banda, alguns professionals no són curosos a l'hora d'escriure els informes i, de l'altra, rarament aquests professionals reben formació en aquesta habilitat. En els estudis de medicina no se sol ensenyar a escriure informes mèdics adequats des del punt de vista del llenguatge que afavoreixen la comprensió al pacient i a altres professionals.

Aquestes dues necessitats són els dos objectius d'aquest llibre: a) conscienciar els professionals dels principals aspectes d'ús d'una llengua que poden ser un obstacle per a la comprensió dels informes mèdics, i b) oferir eines i recursos per redactar uns informes mèdics més entenedors. Si l'horitzó en l'àmbit de la salut és treballar per una medicina col·laborativa que implica diàleg amb el pacient i transmissió de missatges entenedors, cal que la llengua –i els aspectes comunicatius i de redacció– formi part de la formació en medicina.

Alguns centres hospitalaris i col·lectius de facultatius han mostrat interès en l'estructura de l'informe mèdic i també en la qualitat de les dades que s'hi recullen. Existeixen diversos i interessants treballs en aquest sentit promoguts per les mateixes comissions de qualitat de les històries clíniques dels centres sanitaris. Aquests autors s'han preocupat especialment de les dades administratives i/o clíniques dels informes. En concret, solen examinar que continguin la informació relacionada amb les proves realitzades al pacient, els precedents,

l'evolució, etc. Per exemple, fan èmfasi en el fet que els informes sempre estiguin firmats, que hi constin tots els medicaments administrats o que s'han d'administrar, que s'hi especifiquin les dosis amb claredat, així com la via d'administració, la durada del tractament, etc. En síntesi, són treballs que revisen la qualitat dels informes mèdics des d'una mirada cognitiva i clínica.

La nostra aproximació a l'informe mèdic és diferent i complementària a l'anterior. Fem una mirada lingüística de l'informe mèdic: ens interessa com, a través de la llengua, es transmet la informació. En primer lloc, es mostra com acostumen a caracteritzar-se lingüísticament els informes: es descriu com són els enunciats i com es relacionen per configurar un text cohesionat. I també s'analitza el lèxic que s'hi usa (quina quantitat de terminologia, com és la terminologia, si hi ha polisèmia i sinonímia, si s'usen abreviacions, quines inferències ha de fer el lector per entendre el text). I, en segon lloc i fonamentalment, es proposa facilitar recursos, oferir exemples i donar consells per poder escriure'ls de manera més comprensible.

Estem convençuts que si s'és conscient dels errors i de l'ús inadequat de la llengua d'un banda, i si, de l'altra, se segueixen unes recomanacions bàsiques d'escriptura clara i diàfana, els informes es poden escriure molt millor i, en conseqüència, els pacients, però també altres professionals (i fins i tot els programes de tractament i recuperació de la informació), els entendran millor. Aquesta premissa és la que guia aquest llibre que està estructurat en set capítols. Cada capítol tracta un aspecte clau de la redacció dels informes mèdics. De cada tema s'ofereix una introducció general del fenomen, exemples de fragments d'informes mèdics reals, recomanacions i consells concrets, casos pràctics reals amb les solucions als casos proposats i bibliografia. És important remarcar que el llibre ofereix molts exemples i exercicis extrets d'informes mèdics reals de diversos centres hospitalaris que han estat anonimitzats.

En el primer capítol, es parla dels aspectes textuais de l'informe mèdic (Elisabet Llopart-Saumell i Iria da Cunha). En el segon capítol es desenvolupa el tema de la comprensió real dels informes mèdics per part dels pacients (Ona Domènech-Bagaria, Rosa Estopà i Laia Vidal-Sabanés). En el tercer capítol, s'aborda la terminologia que s'usa en els informes mèdics (Rosa Estopà i M. Amor Montané). El capítol quart es dedica a les abreviacions, ja siguin abreviatures, sigles o símbols (Jorge M. Porras-Garzón i Laia Vidal-Sabanés). El capítol cinquè focalitza els aspectes sintàctics dels informes (Mercè Lorente i Òscar Pozuelo). El sisè aborda els aspectes pragmàtics com ara els connectors i el tractament personal que es fa servir en els informes per referir-se al pacient (Elisabet Llopart-Saumell i Yingfeng Xu). I, finalment, el darrer capítol s'ocupa dels errors ortotipogràfics i les seves conseqüències (Jorge Vivaldi).

Aquest llibre és el resultat d'una recerca més detallada duta a terme en el marc del projecte RecerCaixa - Avancem amb la ciència *JUNTS: superar barreres socioeducatives i afavorir l'alfabetització sobre les interferències i dificultats de comprensió de la informació i documentació dirigida a famílies d'infants afectats per malalties rares* (ACUP i Obra Social):

https://www.upf.edu/web/medicina_comunicacio.

En aquesta obra es presenten, doncs, les principals nocions treballades en el projecte aplicades a la millora de la redacció dels informes mèdics des del punt de vista lingüístic.

Pensem que el material que s'hi ofereix és útil tant als futurs professionals de la salut com als professionals de la medicina en actiu. Un informe mèdic complet i ben escrit contribueix a la millora de l'assistència sanitària dels pacients i enforteix les relacions cooperatives entre professionals i entre el professional i el pacient. En definitiva, ajuda a augmentar la qualitat de vida de les persones en temes de salut i fa més fàcil la recuperació de la informació clínica per seguir avançant.

L'informe mèdic

Elisabet Llopart-Saumell i Iria da Cunha

L'informe mèdic com a gènere textual

L'objectiu d'aquest capítol consisteix, en primer lloc, a caracteritzar breument l'informe mèdic des d'un punt de vista lingüístic, ja que la descripció serveix de base per al posterior contrast entre el que és esperable en aquest gènere textual i la realitat obtinguda a partir de l'anàlisi dels textos d'aquest tipus. En segon lloc, en el marc dels diferents capítols del llibre, dedicats als diversos problemes lingüístics dels informes mèdics, aquest capítol se centra principalment a identificar els problemes textuais que afecten l'estructura del text i el contingut dels diferents apartats en el context de la comunicació especialitzada. Per fer-ho, definim a continuació què s'entén per *informe mèdic* d'acord amb la Comissió de Deontologia del Col·legi de Metges de Biscaia (2017;49:7):

«Es el documento mediante el cual la médica o el médico responsable de un paciente, o el que lo ha atendido en un determinado episodio asistencial, da a conocer aspectos médicos relacionados con los trastornos que sufre, los métodos diagnósticos y terapéuticos aplicados, y, si procede, las limitaciones funcionales que se puedan derivar. Sirve para dejar constancia de un estado de salud incluso anterior al de la fecha de petición; por lo tanto, su vigencia no está limitada a un periodo de tiempo. Su petición puede estar vinculada a motivos de interés particular o de orden legal o público.»

Així doncs, l'informe mèdic és un text especialitzat que conforma un gènere textual propi de la comunicació especialitzada. En aquest sentit, Cabré (2011) resumeix les característiques dels textos especialitzats tenint en compte tres plans: el discursiu (o pragmàtic), el cognitiu

i el lingüístic. En el cas del pla discursiu, cal tenir en compte l'emissor, el receptor i el canal. Pel que fa al gènere textual dels informes mèdics, el missatge es correspon amb la informació del procés d'assistència sanitària en què es registren les dades personals del pacient, els antecedents, l'exploració física, les proves realitzades, el diagnòstic, el tractament i l'evolució (DEM, 2018). A més, l'informe mèdic és un document que es produeix en el canal escrit; originàriament en paper i, actualment, de forma digital per mitjà de programes informàtics especialitzats per al registre de les històries clíniques. Quant al codi, els informes mèdics d'aquest projecte provenen del sistema sanitari català, de manera que es troben escrits en les dues llengües oficials de Catalunya, el català i l'espanyol. L'objectiu de comunicació de l'informe mèdic és registrar les dades necessàries per dur a terme l'assistència sanitària. Per aquest motiu, en relació amb els interlocutors, l'emissor és el professional de l'àmbit sanitari que tracta la persona afectada en la visita sanitària en un hospital o centre d'atenció primària, mentre que hi ha diversos receptors. D'una banda, el receptor és un especialista que, a part de l'emissor, també tracta el pacient a partir de la informació registrada prèviament per un altre professional. A més, el receptor també és el propi pacient i els familiars o tutors de la persona afectada. Finalment, d'acord amb les funcions descrites, els emissors de l'informe mèdic també tenen en compte que el text presenta implicacions legals en cas de denúncia o d'investigació judicial sobre els procediments mèdics realitzats. Quant al pla cognitiu, per caracteritzar un text especialitzat, s'ha de tenir en compte l'àmbit, el subàmbit i el tema. En el cas del present projecte, analitzem informes mèdics, de manera

que l'àmbit especialitzat en el qual es produeixen els textos és la medicina. Així mateix, el subàmbit específic que es tracta és el de les malalties rares. Finalment, depenent del text específic que s'analitzi, el tema serà una malaltia rara en particular, com serien, per exemple, la síndrome de Lowe o la lipodistrofia congènita de Berardinelli (que són dos casos de malalties rares tractades en els textos analitzats d'aquest projecte). Finalment, en relació amb el pla lingüístic, les característiques més rellevants de cara a l'anàlisi són les textuals (que inclouen l'estructura del text, i qüestions relacionades amb la coherència i cohesió textual), sintàctiques, morfològiques, gràfiques i lèxiques (que inclouen qüestions relacionades amb la terminologia, la fraseologia especialitzada i les abreviatures). A més, com a text especialitzat, l'informe mèdic hauria de presentar les característiques globals següents: precisió, concisió, sistematicitat, impersonalitat i objectivitat. En els diferents capítols d'aquest llibre es tracta cadascuna d'aquestes qüestions amb profunditat i s'expliquen quins són els problemes que se'n deriven a partir de l'anàlisi d'un corpus textual format per documents d'aquest tipus.

Per identificar els problemes lingüístics relacionats amb les característiques textuals de l'informe mèdic, duem a terme una revisió de l'estructura prototípica dels textos corresponents a aquest gènere textual. Es tracta, doncs, de revisar els apartats, títols i continguts que s'inclouen habitualment en els informes mèdics. Encara que és cert que cada especialista o centre mèdic té el seu estil a l'hora de redactar un informe mèdic, així com que cada especialitat té unes especificitats concretes, hi ha una estructura bàsica que cal seguir. A continuació, indiquem els apartats prototípics i l'estructura que ha de presentar un informe mèdic. La selecció d'aquests apartats s'ha realitzat a partir de la lectura dels informes mèdics analitzats en el projecte, de les consultes a especialistes de l'àmbit de la medicina i de la revisió de fonts bibliogràfiques diverses, com articles de recerca

(per exemple, Zapatero, 2010), documents jurídics (com, per exemple, el Decret 38/2012, de 13 de març, sobre història clínica i drets i obligacions de pacients i professionals de la salut en matèria de documentació clínica) i sistemes tecnològics d'ajuda a la redacció de textos mèdics (da Cunha, Montané i Hysa, 2017). En resum, es podria dir que l'estructura textual del gènere de l'informe mèdic està formada pels apartats següents:

- **Dades personals.** Aquest apartat recull informació diversa sobre el pacient, que dependrà del centre mèdic en què es generi el document, però que, en general, inclou el nom complet, el número d'història clínica, el sexe, la data de naixement, l'adreça, el telèfon, etc.
- **Motiu d'ingrés.** En aquest apartat s'exposen breument les raons per les quals el pacient acudeix al centre mèdic.
- **Antecedents personals.** En aquest apartat s'indiquen dades del pacient que puguin resultar d'interès, com al·lèrgies, malalties cròniques, consum de substàncies, malalties prèvies, intervencions quirúrgiques, hospitalitzacions prèvies, antecedents epidemiològics, etc. També cal esmentar els antecedents familiars en cas de ser rellevants, com ara malalties genètiques o causes de la mort dels pares.
- **Exploració física.** En aquest apartat es descriuen els resultats de l'examen físic realitzat al pacient, agrupats per òrgans (ex.: cap i coll) i sistemes (ex.: sistema respiratori). Així mateix, es deixa constància de la tensió arterial, de la freqüència cardíaca, de la freqüència respiratòria, de la temperatura, del pes i de qualsevol altra informació física d'importància per al cas.
- **Proves complementàries.** En aquest apartat s'indiquen els resultats d'altres estudis necessaris per confirmar o realitzar el diagnòstic, com ara anàlisis, proves funcionals o estudis per imatge.

- **Evolució clínica.** En aquest apartat s'explica detalladament el procés pel qual el pacient acudeix al centre mèdic, es descriuen els fets de manera cronològica i es reflecteixen els símptomes amb exactitud, així com els tractaments i proves realitzades amb anterioritat, i qualsevol altra informació que pugui semblar rellevant per al cas.
- **Diagnòstic.** En aquest apartat es determina la malaltia o condició que produeix els símptomes, i qualsevol altra informació que es derivi de l'avaluació realitzada al pacient.
- **Tractament.** En aquest apartat es detalla el tractament específic que ha de seguir el pacient i, per això, s'especifica el nom del tractament, la presentació, la dosificació, l'horari de la presa, la durada del tractament, etc. En cas que el tractament pugui tenir efectes secundaris, cal esmentar quins són.

Pel que fa a l'estructura d'aquest capítol, el segon apartat està dedicat a presentar els exemples dels problemes textuals identificats en el corpus d'informes mèdics. Es tracta de problemes relacionats amb la presència i ordre dels apartats, el format i contingut dels títols, el contingut dels apartats, i el format de la informació. El tercer apartat inclou recomanacions per a la redacció dels informes mèdics en relació amb l'estructura. El quart apartat proporciona alguns casos pràctics amb la respectiva solució, és a dir, es presenten fragments mal redactats d'informes mèdics i, a continuació, per a cada un d'ells es mostra com s'hauria de presentar correctament la informació.

Exemples de problemes relacionats amb l'estructura textual

Pel que fa als problemes relacionats amb l'estructuració dels informes mèdics, hem agrupat els problemes identificats en quatre blocs diferents en relació amb:

- 1) la presència i ordre dels apartats, 2) els títols dels

apartats, 3) el contingut dels apartats i 4) el format de la informació.

Presència i ordre dels apartats

Quant al primer bloc, sobre la presència i l'ordre dels apartats prototípics dels informes mèdics, podem observar diferents problemàtiques, segons si falten apartats, si s'inclouen apartats nous (considerats no canònics o no prototípics d'acord amb els apartats generals definits) i, finalment, si els apartats hi són presents, però no d'acord amb l'ordre esperable. En relació amb el primer aspecte d'aquest bloc, sobre la manca d'algun apartat bàsic propi de l'informe mèdic, en general s'observa que es mantenen els apartats essencials que caracteritzen aquest tipus de text. Tanmateix, un dels problemes textuals observats a l'hora de presentar i ordenar els apartats és la mescla de dues informacions bàsiques i generals en un únic apartat, tot i que, en principi, aquesta informació s'hauria de presentar per separat. En aquest cas, trobem, per exemple, que s'inclou sota un sol apartat l'evolució clínica i el tractament, de manera que es presenta un apartat dedicat a l'«Evolució i tractament» (veure exemple 1). A part del problema que suposa «barrejar» informació mèdica de diferent tipus, un problema afegit que presenta aquest tractament de la informació rau en el fet que no té en compte que el tractament acostuma a estar relacionat amb un diagnòstic, que és l'apartat que prototípicament s'inclou entre l'«Evolució clínica» i el «Tractament». Tanmateix, en aquest informe el diagnòstic es proporciona després, sota el títol «Orientació diagnòstica», que també pot causar alguna confusió al lector.

(1) Evolució i tractament:

A ucies es manté en observació amb normalització de l'estat de consciència. Es contacta amb Neuropediatria de l'HSJD (Dra. XXXX) recomenat igual tractament i ajustar dosi d'antiepil·lèptics segons resultats dels nivells.

D'acord amb la mare es remet a domicili amb normes d'observació. Demà trucarà per resultats pendents

Orientació diagnòstica:

- Crisi comicial¹

Respecte d'aquest problema, entenem que, en alguns casos, aquest tipus de transgressions de l'ordre i estructura canònica es produeix perquè el centre mèdic o el departament en què treballen els metges els proporciona una plantilla amb una estructura rígida. Aleshores, el personal sanitari que completa aquests documents s'ha d'adaptar al format que li proporcionen de manera que no s'accepten modificacions respecte a la plantilla o model. Pensem que és important destacar aquest detall, perquè, en casos com aquest, el material generat sobre els problemes lingüístics de l'informe mèdic s'hauria d'adreçar no només als metges i a la resta de personal sanitari, sinó especialment a les persones sobre les quals recau la tasca de dissenyar les plantilles dels informes mèdics de què disposen els centres hospitalaris.

Un altre dels aspectes que mereix una atenció especial és la inclusió d'apartats no canònics o prototípics. En aquest sentit, bona part d'aquests apartats estan motivats per la vinculació amb el servei sanitari o especialitat mèdica pel qual ha estat elaborat, ja sigui d'un informe d'urgències o d'assistència, o bé es tracti d'una alta mèdica, dels resultats d'una prova complementària o de l'informe elaborat per una especialitat concreta, des de pediatria, neurologia, oftalmologia, nefrologia, entre d'altres. Si ens centrem en l'informe d'urgències, per exemple, a causa de les particularitats d'aquest servei, trobem que en alguns casos es dedica un apartat a aspectes específics

que, en d'altres casos, s'engloben sota un apartat més general. Alguns dels apartats identificats són el de «Medicacions administrades» (exemple 2) i el de «Nota d'alta» (exemple 3):

(2) Medicacions administrades:

- 21:09:00 a 21:12:00(0.0 H 3 min) - GLUCOSALINO 1/3 (3.5% 0.35%) 500 ml 10 FRAS500 + 12.0 mEq Clorur potàsic

(3) Nota d'alta:

Donat els antecedents del pacient es decideix ingressar per a control evolutiu. Donat l'augment del número de convulsions es decideix iniciar valproat i la resta del seu tractament de base. Nivells de valproat en rang.

En els informes generats pel servei de pediatria d'un centre hospitalari també s'observa un exemple d'aquest tipus (exemple 4). Es tracta de la inclusió de l'apartat «Derivació», a través del qual s'indica si cal que el pacient concertï una visita en alguna altra especialitat mèdica. Aquest tipus d'informació fa referència a les futures visites programades per a l'infant. A més, també s'observa un apartat específic titulat «Procediment», situat entre l'apartat de «Diagnòstic» i el de «Tractament a l'alta». El problema que presenta aquest nou apartat, però, és que, tal com està redactat, no sabem si el procediment ja ha estat realitzat durant l'ingrés o si s'ha de dur a terme més endavant, dins de la mateixa especialitat mèdica o per una altra especialitat, com ara, a la que es deriva. Així doncs, crea confusió a l'hora d'interpretar correctament el contingut.

¹Tots els exemples que s'inclouen en aquest capítol s'han extret d'informes mèdics reals prèviament anonimitzats. Els possibles errors dels exemples (de picatge, d'ortografia, etc.) provenen dels informes; no els hem corregit per mantenir-nos fidels als documents originals i reflectir una situació real. A més, els exemples provenen d'informes escrits originalment en català. Hi ha alguna excepció en què els exemples originals estan escrits en castellà. En aquests casos, hem optat per traduir-los al català.

- (4) Diagnòstic.-** Lípotímia/ Sd vasovagal
Procediment.- Punció capilar i venosa, Observació.
Tractament a l'alta: mantenir tractament habitual del pacient.
Derivació: control pel seu pediatra habitual i contactar amb el seu neuròleg ambulatori.

Independentment de la confusió que comporta l'apartat «Procediment», aquests exemples es poden descriure com un subprototip lligat a un tipus d'informe mèdic concret pel qual són necessaris nous continguts específics respecte de l'estructura prototípica de l'informe mèdic, en general. Així doncs, entenem que depenent del tipus d'informe es poden presentar algunes particularitats que l'allunyen de l'estructura i els continguts canònics, però que tanmateix estan motivats i justificats.

Finalment, recuperem un exemple en què l'ordre dels apartats es veu modificat respecte de l'estructura prototípica de l'informe mèdic. En aquest cas, a primera vista, el text inclou un apartat sensiblement nou, l'«Anamnesi», en què s'integra l'apartat prototípic sobre «Antecedents personals». Com indiquem més amunt, en aquest apartat canònic s'inclou informació sobre el pacient, com ara al·lèrgies, malalties cròniques, consum de substàncies, malalties, intervencions i hospitalitzacions prèvies, antecedents epidemiològics i antecedents familiars rellevants, com ara malalties genètiques. Tanmateix, en aquest informe es destria aquesta informació específica en diferents subapartats que es destaquen de la resta del text amb l'ús de dos punts després de l'etiqueta corresponent, ja sigui en relació amb les al·lèrgies, la medicació habitual, la vacunació, els antecedents familiars o la malaltia actual, com es veu a l'exemple 5.

- (5) Anamnesi:**
Antecedents personals: - Signo de Lowe. Catarata congènita bialteral Intervenido. Epilepsia desde el 2010 en seguiment a CCEE de Neurologia (dra. Perez), ultim EEG el 22/07/2011. Refereixen

que li van augmentar la dosi de l'etosuximida però el deixava molt aixafat pel que li van disminuir la dosi presentant de nou un augment del número de convulsions. Actualment fenobarbital en descens (avui última dosi).

Al·lèrgies: Nega al·lèrgies conegudes.

Medicació habitual: - Solucló de sol modificada, ibercal, etalpha, carnicor, depakine, etosuximida

Calendan vacunal: Calendari vacunal oficial al dia

Vacunació antipneumocócica: 2 o más dosis

Antecedents familiars: Sense antecedents familiars d'interés

Malaltia actual: Pacient que acut per descompensació de la seva malaltia de base.

Refereixen que desde fa dos dies presenta un major número de convulsions diàries (unes 6-8 al dia) de característiques tónico-clòniques i absència d'uns dos minuts de duració que es segueixen d'un post- crític més llarg de l'habitual. No refereixen febre ni cap altra simptomatologia acompanyant. Els pares comenten que quan es comença a recuperar del post-crític torna a tenir una altra convulsió. Última convulsió abans d'arribar a l'hospital.

Curiosament, s'observa que en l'apartat titulat «Anamnesi», que engloba els antecedents, els antecedents familiars i la malaltia actual (sobre els quals es donen detalls en força profunditat), s'especifiquen fets rellevants per poder elaborar el diagnòstic, juntament amb la informació registrada en la resta d'apartats prototípics. Per aquest motiu, com hem vist en altres informes d'urgències, creiem que la inclusió d'aquest apartat és el resultat d'una qüestió estructural pròpia d'un subtipus d'informe mèdic i, per tant, pot considerar-se un *subprototip*.

Títols dels apartats

En relació amb els títols, es troben casos d'informes que no inclouen títols en cap apartat i també informes que

fan servir títols només per a alguns apartats, és a dir, de manera poc sistemàtica, la qual cosa dificulta que el destinatari tingui clara quina part de l'informe està llegint. Per exemple, com es mostra en l'exemple 6, el fragment s'introdueix directament al text, sense especificar que es tracta del motiu d'ingrés del pacient:

(6) Nen de 8 anys que consulta per episodi convulsiu.

En el fragment de l'exemple 7 es pot veure una situació similar, ja que el paràgraf s'introdueix sense cap capçalera que indiqui que la informació està relacionada amb els antecedents personals del pacient:

(7) Pacient afecto de síndrome de Lowe ha estat intervingut en el nostre Centre per presentar glaucoma afàquic en els dos ulls mitjançant tècnica d'implant de Vàlvula d'Ahmed en OD el dia 25/01/1010 i en OI el dia 25/02/2010 mitjançant tècnica de vitrectomia via pars plana + implant de Vàlvula d'Ahmed en cavitat vítria.

En els informes també es troben problemes relacionats amb la variació dels títols, ja que, a vegades, en lloc de fer servir els títols més prototípics, amb els quals els destinataris estan més familiaritzats, s'utilitzen títols d'apartats que resulten complicats i poden causar confusió. Per exemple, en alguns casos, en comptes de «Diagnòstic» es fa servir «Orientació diagnòstica» i, en comptes del títol «Antecedents personals», es fan servir variants com «Antecedents patològics personals» o «Antecedents personals i patològics». Fins i tot es troben diversos casos en què el títol té errors, de manera que la comprensió per part del destinatari encara resulta més complicada, com a «Antecedents personals i atològics» (on falta una *p* a l'inici de «patològics») o a «Tractament a Calta» (en què hauria de dir «a l'alta»). També es detecten casos de variació per l'abreujament d'alguna de les paraules dins del títol, que fan que al destinatari li costi més descodificar quin tipus d'informació es registra sota una determinada denominació. Seria el cas, per exemple,

d'«Ex. Físic», en què s'intueix que l'abreviació «Ex.» es correspon amb «Examen» i no amb «Exploració» (que és més habitual), ja que l'adjectiu «físic» apareix en masculí; o el cas de «Pla», un escurçament del sintagma «Pla de tractament», que hem observat que també es fa servir com a variant denominativa de «Tractament».

En aquest sentit, a vegades en els informes també es troben apartats que fusionen dos apartats prototípics. Això provoca, de nou, variacions en els títols, com en el cas d'«Evolució i tractament», que barreja l'evolució clínica amb el tractament. Es tracta d'informació que el destinatari normalment espera veure en apartats separats i, per tant, amb títols diferents.

Contingut dels apartats

Aquest tercer bloc està dedicat als problemes textuais que afecten el contingut dels apartats de l'informe mèdic, tant en els casos en què hi manca informació, d'acord amb els trets que són esperables, com quan el contingut no s'adiu amb el títol sota el qual s'inclou. Els exemples observats en el corpus es corresponen, principalment, al segon tipus de problema, sobre el qual proporcionem dos fragments il·lustratius. El primer (exemple 8) es tracta d'una nota d'alta d'un informe d'urgències. Tot i que en aquest apartat s'haurien de consignar aquelles dades que justifiquen que la persona rebí l'alta hospitalària i, per tant, no hagi de continuar ingressada a l'hospital, s'observa que s'hi proporcionen altres continguts a més del prototípic. En concret, es dona informació sobre el tractament que ha de seguir, així com de les visites d'especialitat que haurà de concertar.

(8) NOTA D'ALTA:

Donat l'estat general del nen i l'absència de signes d'alarma s'indica l'alta

Es disminueix la dosi d'Etosuccimida a la meitat (1/2 comp c/12hs)

Revaloració i seguiment per neurologia

En aquest sentit, volem assenyalar que, a causa de la seva rellevància, la informació dedicada al tractament i a les dades de visita o derivació ha de ser molt clara. Per tant, tenint en compte l'adequació del contingut, creiem que aquests detalls s'haurien de proporcionar en apartats separats i destacats amb els títols corresponents.

Quant al segon (exemple 9), titulat «Pla» (que, com hem vist, es fa servir com a variant de «Tractament»), esperàriem trobar informació sobre el tractament que ha de seguir la persona a qui s'adreça l'informe.

En aquest sentit, en un apartat d'aquest tipus s'especifica el nom del tractament, la presentació, la dosificació, l'horari de la presa, la durada, etc., així com els possibles efectes secundaris. En canvi, en aquest fragment es dona informació no relacionada amb el tractament en si, sinó sobre l'evolució clínica, el motiu de l'alta, etc.

És per això que creiem que el contingut que es proporciona en aquest apartat hauria de quedar recollit en altres apartats concrets.

(9) PLA

En el moment de la valoració es veu més actiu i tranquil. Es donen aportacions orals presentant bona tolerància. Queda posteriorment asimptomàtic. Es contacta amb el seu neuròleg, el qual informa de l'existència de focalització en EEG encara que no es va decidir tractament per l'escassa clínica. Donat el bon estat general consensuem l'alta i seguiment. En cas de nova crisi acudirà a urgències per a observació.

Format de la informació

Finalment, sovint es detecten problemes en relació amb el format de la informació dels informes mèdics. En aquest sentit, s'observa que la presència de llistes és escassa, la qual cosa no afavoreix la visualització dels continguts d'una manera amigable. Per exemple, hi ha apartats on es fa referència a una gran quantitat de dades sobre l'exploració física, els exàmens complementaris o

els tractaments que als informes apareixen d'una manera poc clara, com els exemples 10 i 11:

(10) Exploració física: Pes: 14 kg. TA: 104/68 mmHg, Saturació oxigen bassal: 100%, FC 97bpm. Bon estat general, normohidratat i normocolorejat. Alerta i reactiu. Auscultaci cardio-respiratòria: tons cardíacs ritmics sense bufes. Auscultaci respiratòria amb bona entrada d'aire bilateral, sense esteriore respiratoris. ORL: lleugera hiperèmia faringi sense exudats. Otoscopia: sense alteracions. Abdomen: distès però tou i depressible, no palpaci de masses ni megalies. No dolorós a la palpaci no defensa. SN: no signes meningics, Despert, interacciona amb l'entorn. Moviment de les 4 extremitats espontàniament.

(11) Exàmens complementaris:

* Anàlítica ingrés: hematocrit 42%, hemoglobina 13.1 g/dl, VCM 72fl, plaquetes 205000 mmcc, Leucocits 9.100 mmcc (L 57.8%, N 32.9%). Sodi 139 mmol/L, potassi 2.6 mmol/L, clorur 107 mmol/L, calci iònic 1.25 mmol/L, glucosa 104 mg/dl, urea 24mg/dl, Creatinina 0.48 mg/dl, ALAT 44U/l, ASAT 90 UI/L, lactat 41.4 mg/dl. Equilibri àcid base: pH 7.28 mmHg, pCO₂ 43.2 mmHg, pO₂ 95 mmol/L, bicarbonat 19.1 mmol/L, EB: - 6.7.

A més, en els pocs casos d'informes en què es troben llistes, aquestes no solen tenir cap guió o signe de puntuació que ajudi a determinar clarament quins són els diferents elements de la llista, com es pot veure a l'exemple 12, relacionat amb l'examen físic realitzat al pacient:

(12) Ex. Físic:

Pacient distròfic, amb retard psicomotor, impressiona cec, actiu, reactiu, no obeeix a ordres, rosat, Glasgow 15/15. Moviments actius presents. AC Sorolls normo fonètics. Bons polsos en els quatre membres.

AR Pulmons nets, bona ventilació en els dos camps pulmonars. ORL normal banda i banda. Faringe eritematosa sense plaques de pus. Adenopaties cervicals petites, sense dolor evidenciable a la palpació. [...]

En els informes també es troben problemes que tenen a veure amb la poca sistematicitat del format. Per exemple, normalment els diferents apartats dels informes se separen mitjançant una línia en blanc. Tanmateix, a vegades, dins d'un mateix informe hi ha ocasions en què no es fa servir aquesta línia en blanc de manera sistemàtica, la qual cosa provoca confusió al lector, perquè no té clar a quin apartat pertany la informació que està llegint. En l'exemple 13, falten línies en blanc entre alguns apartats i sembla que es barregi la informació sobre l'examen físic («Ex. Físic»), les proves complementàries («Exàmens complementaris») i el tractament recomanat al pacient («Pla»):

(13) Ex. Físic:

Pacient distròfic, amb retard psicomotor, impressiona cec, actiu, reactiu, no obeeix a ordres, rosat, Glasgow 15/15. Moviments actius presents. AC Sorolls normo fonètics. Bons polsos en els quatre membres.

AR Pulmons nets, bona ventilació en els dos camps pulmonars. ORL normal banda i banda. Faringe eritematosa sense plaques de pus. Adenopaties cervicals petites, sense dolor evidenciable a la palpació. [...]

Exàmens complementaris: Anàlitiqes sanguínia sense desviació a l'esquerra. PCR de 0,2 mg / dl. Sediment d'orina normal.

Pla: Dalsy prendre 3,7 ml c/ 6 hs

Control amb pediatre de capçalera.

Un altre cas té a veure amb l'ús poc sistemàtic de la negreta. En l'exemple 14, el títol de l'apartat «Evolució i tractament», que per als pacients és un dels més rellevants de l'informe, no presenta negreta, com sí que

s'observa en els altres apartats, i, per tant, sembla que no tingui importància i queda amagat entre la resta d'informació:

(14) Antecedents personals i atològics:

[...]

Malaltia actual:

[...]

Exploració física:

Pes 15 kg. Tax 35.4°C. TA 95/55. FC 87x'. FR 20x'. SatHb 99%. Glicèmia capil.lar 88 mg/dl. Estat general conservatencara que es manté somnolent (estat postcrític). Bona coloració i hidratació. Fenotip anòmal. Dolicocefàlia. Enoftalmos. Hipotonia, la mare el veu corn sempre. No focalitats neurològiques. ACR: bona ventilació bilateral. Tons cardíacs rítmics, no bufos. Abdomen: tou, depressible, no masses ni megàlies. No signes meningis ni petèquies:

Evolució i tractament:

A ucies es manté en observació i es contacta amb l'HSJD (Dra. XXX) decidint trasllat a dit Centre.

Orientació diagnòstica:

[...]

Recomanacions

Dins d'aquest apartat exposem algunes recomanacions de redacció, en relació amb l'estructura textual dels informes mèdics, que facilitarien la comprensió als destinataris potencials. Per començar, quant als apartats, s'haurien d'incloure els següents, perquè són els prototípics (encara que, com s'ha explicat, pot haver-hi apartats addicionals en funció del tipus d'informe):

- Dades personals.
- Motiu d'ingrés.
- Antecedents personals.
- Exploració física.
- Proves complementàries.

- Evolució clínica.
- Diagnòstic.
- Tractament.

Així mateix, és recomanable introduir cada un d'aquests apartats per mitjà d'un títol, ja que els títols ajuden el lector a preparar-se per entendre la informació que ve a continuació. És convenient, a més, utilitzar una variant freqüent del títol, que sigui clara per al pacient. També s'aconsella mantenir el mateix format en els títols dels apartats (tipus de lletra, mida, etc.) per evitar confusions al destinatari. Una opció recomanable és destacar tots els títols en negreta, i afegir un salt de línia o línia en blanc a continuació.

De tota manera, en moltes ocasions, les pròpies institucions sanitàries ja ofereixen als especialistes plantilles predefinides en versió electrònica que inclouen els apartats que s'han d'omplir juntament amb els títols corresponents. En aquests casos, els especialistes han de cenyir-se a aquestes plantilles. És en els apartats de text lliure (com acostuma a passar amb l'apartat «Evolució clínica», per exemple) on els especialistes poden redactar el contingut amb un estil més personal i, per tant, són els apartats en els quals la redacció s'ha d'adequar més al receptor.

En aquest sentit, és important incloure els continguts adequats a cada apartat de l'informe mèdic, ja que el pacient espera veure una determinada informació en cada un d'aquests apartats, i el fet de no trobar-la podria generar confusió i desinformació. Per exemple, en l'apartat «Evolució clínica», com ja s'ha esmentat en «L'informe mèdic com a gènere textual», s'ha d'explicar detalladament el procés pel qual el pacient acudeix al centre mèdic, s'han de descriure els fets de manera cronològica i reflectir els símptomes amb exactitud, així com els tractaments i proves realitzades amb anterioritat, i s'ha d'afegir qualsevol altra informació que pugui semblar rellevant per al cas. Una manera senzilla d'incloure diversos tractaments, proves

complementàries o altres continguts en els diferents apartats de l'informe és a través de llistes. Per obtenir més claredat es poden utilitzar guions, per exemple.

En resum, per aconseguir que un informe mèdic presenti una estructura textual adequada, proposem les recomanacions següents:

- Incloure els apartats de l'estructura textual prototípica de l'informe mèdic.
- Utilitzar títols al començament de cada apartat, que, a més, presentin un format homogeni.
- Introduir els continguts adequats a cada apartat.
- Emprar llistes.

Casos pràctics i proposta de solució

A continuació, presentem alguns dels problemes estructurals més rellevants i freqüents tractats a l'apartat «Exemples de problemes relacionats amb l'estructura textual» per il·lustrar quina seria una proposta òptima de solució.

Cas pràctic 1

En aquest cas pràctic tractem l'exemple 4, relacionat amb la presència i ordre dels apartats. En aquesta mostra, la qüestió que resulta problemàtica és la inserció de l'apartat «Procediment», perquè, com que no es prototípic, el lector no sap quin tipus d'informació s'hi consigna. A més, a l'hora de llegir la informació, permet dues interpretacions: per una banda, es pot interpretar que els procediments descrits ja s'han dut a terme i, de l'altra, que es tracta de proves que s'han de realitzar més endavant.

Diagnòstic.- Lípotimia/ Sd vasovagal

Procediment.- Punció capilar i venosa, Observació.

Tractament a l'alta: mantenir tractament habitual del pacient.

Derivació: control pel seu pediatra habitual i contactar amb el seu neuròleg ambulatori.

Certament, per a un receptor no especialitzat, com són els pacients i els seus familiars, i, per tant, el públic no expert, no és possible determinar si la informació consignada en l'apartat «Procediment» fa referència a proves ja realitzades o bé a proves futures, perquè es tracta d'un apartat no prototípic dels informes mèdics d'alta hospitalària i no es tenen coneixements suficients sobre la matèria que permetin situar la informació descrita en aquest apartat dins del procés sanitari que s'ha dut a terme. Per aquest motiu, observem que per resoldre aquest dubte d'interpretació de la informació és necessari comptar amb l'opinió d'un especialista de l'àmbit sanitari. Un cop duta a terme aquesta consulta, podem afirmar que es tracta del primer cas, és a dir, la prova ja s'ha realitzat durant l'ingrés hospitalari. Per tant, la proposta de solució que recomanem és que aquesta informació es consigni dins de l'apartat prototípic titulat «Proves complementàries», en el qual es registren les proves realitzades durant l'ingrés.

PROPOSTA DE SOLUCIÓ:²

Proves complementàries: punció capil·lar i venosa, observació.

Evolució clínica: [...]

Diagnòstic: lipotímia / Sd. Vasovagal

Tractament a l'alta: mantenir tractament habitual del pacient.

Derivació: control pel seu pediatra habitual i contactar amb el seu neuròleg ambulatori.

Cas pràctic 2

En relació amb la problemàtica dels títols dels informes mèdics, reprenem l'exemple 7, en què s'introdueix un paràgraf sense cap capçalera que indiqui que la

informació està relacionada amb els antecedents personals del pacient:

Pacient afecto de síndrome de Lowe ha estat intervingut en el nostre Centre per presentar glaucoma afàquic en els dos ulls mitjançant tècnica d'implant de Vàlvula d'Ahmed en OD el dia 25/01/1010 i en OI el dia 25/02/2010 mitjançant tècnica de vitrectomia via pars plana + implant de Vàlvula d'Ahmed en cavitat vítria.

En aquest cas, la solució podria ser tan simple com afegir un títol abans del paràgraf, és a dir, una capçalera que ajudi al lector a entendre la informació que ve a continuació. Aquest títol hauria de ser un dels títols prototípics d'aquest tipus de documents (com «Antecedents personals»), i podria destacar-se en negreta i, a més, presentar un salt de línia per oferir una major claredat.

PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

Antecedents personals

Pacient afecto de síndrome de Lowe ha estat intervingut en el nostre Centre per presentar glaucoma afàquic en els dos ulls mitjançant tècnica d'implant de Vàlvula d'Ahmed en OD el dia 25/01/1010 i en OI el dia 25/02/2010 mitjançant tècnica de vitrectomia via pars plana + implant de Vàlvula d'Ahmed en cavitat vítria.

Cas pràctic 3

En relació amb els casos pràctics sobre el contingut dels apartats, revisem l'exemple 8. En aquest cas, es tracta d'una nota d'alta d'un informe d'urgències en què es proporciona una altra informació a part de l'esperable, ja que s'informa sobre el tractament i les pròximes visites amb especialistes.

²En les propostes de solució també esmenem els errors ortotipogràfics detectats en el text original.

NOTA D'ALTA:

Donat l'estat general del nen i l'absència de signes d'alarma s'indica l'alta

Es disminueix la dosi d'Etosuccimida a la meitat (1/2 comp c/12hs)

Revaloració i seguiment per neurologia

Per aquest motiu, per facilitar la comprensió de la informació, proposem dividir el text en diferents apartats. Així doncs, a més de l'apartat «Nota d'alta», afegiríem el de «Tractament» i «Controls». El primer és un apartat que forma part de l'estructura prototípica que hem exposat a "L'informe mèdic", mentre que el segon no és prototípic però apareix sovint quan el contingut de l'informe incorpora algun tipus de control posterior al pacient. D'aquesta manera la informació queda ordenada de manera clara i lògica, la qual cosa facilita que es pugui destriar el contingut d'una forma més ràpida i fàcilment comprensible.

PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

NOTA D'ALTA

Donat l'estat general del nen i l'absència de signes d'alarma s'indica l'alta.

TRACTAMENT

Es disminueix la dosi d'Etosuccimida a la meitat (1/2 comp. c/12hs³).

CONTROLS

Revaloració i seguiment per neurologia.

Cas pràctic 4

Com s'ha vist a l'apartat «Exemples de problemes relacionats amb l'estructura textual», la presència de llistes dins dels informes mèdics és escassa, la qual cosa no

afavoreix la visualització dels continguts d'una manera amigable. Per exemple, hi ha apartats on es fa referència a una gran quantitat de dades sobre l'exploració física, els exàmens complementaris o els tractaments que als informes apareixen d'una manera poc clara. Reprenem ara l'exemple 11, que fa referència a diferents resultats d'exàmens complementaris realitzats al pacient:

Exàmens complementaris:

* Analítica ingrés: hematocrit 42 %, hemoglobina 13.1 g/dl, VCM 72fl, plaquetes 205000 mmcc, Leucocits 9.100 mmcc (L 57.8 %, N 32.9 %). Sodi 139 mmol/L, potassi 2.6 mmol/L, clorur 107 mmol/L, calci iònic 1.25 mmol/L, glucosa 104 mg/dl, urea 24mg/dl, Creatinina 0.48 mg/dl, ALAT 44U/l, ASAT 90 UI/L, lactat 41.4 mg/dl. Equilibri àcid base: pH 7.28 mmHg, pCO2 43.2 mmHg, pO2 95 mmol/L, bicarbonat 19.1 mmol/L, EB: - 6.7.

Som conscients que la no inserció de llistes en aquest tipus de format té a veure amb dos motius. En primer lloc, els metges que escriuen informes, en general, els redacten pensant en un altre metge com a destinatari. Per als metges, potser aquest format no és tan feixuc pel seu coneixement de medicina, però per a un pacient és molt poc amigable i provoca un gran esforç mental per desxifrar el contingut. En segon lloc, es tracta d'una qüestió d'espai. És a dir, sovint en els informes s'insereixen en un únic paràgraf tots els resultats de les anàlisis realitzades per evitar que el text sigui massa llarg i tingui moltes pàgines. Tanmateix, per al pacient, tenir la informació en format llista l'ajudaria a poder visualitzar els diferents resultats d'una manera molt més clara. Aquest format seria especialment recomanat en el cas que un pacient o la seva família sol·licitin un informe per algun motiu concret (personal, laboral, etc.). És sobretot en

³ Las propuestas de solución de aquest capítol focalitzen només en els aspectes d'estructura del text i no es corregeixen altres aspectes millorables o que són errors, com ara el símbol d'hores que hauria de ser h i no hs. Aquests aspectes es tractaran en la resta de capítols del llibre.

aquest cas que proposem deixar de banda la qüestió d'espai i prioritzar la llegibilitat del text.

Així doncs, la nostra proposta de solució per ajudar el pacient a comprendre els diferents resultats de les proves complementàries que li han realitzat té a veure amb l'exposició d'aquests resultats en forma de llista. Per fer-ho, proposem dues opcions. La primera d'elles (1a) consisteix a fer una única llista que inclogui els diferents elements precedits de guionets, de la manera següent:

PROPOSTA DE SOLUCIÓ 1a:

Exàmens complementaris:

Analítica ingrés:

- hematocrit 42 %
- hemoglobina 13,1 g/dl
- VCM 72fl
- plaquetes 205.000 mmcc
- leucocits 9.100 mmcc (L 57,8%, N 32,9%)
- sodi 139 mmol/L
- potassi 2,6 mmol/L
- clorur 107 mmol/L
- calci iònic 1,25 mmol/L
- glucosa 104 mg/dl
- lactat 41,4 mg/dl
- urea 24 mg/dl
- creatinina 0,48 mg/dl
- ALAT 44UI/L
- ASAT 90 UI/L
- pH 7,28 mmHg
- pCO₂ 43,2 mmHg
- pO₂ 95 mmol/L
- bicarbonat 19,1 mmol/L
- EB: -6,7

La segona opció (1b) és una mica més elaborada. Consisteix a fer una llista, també amb els diferents elements precedits de guionets, però en aquest cas dividida en subgrups amb títols, tenint en compte els diferents aspectes analitzats, de la mateixa manera

que apareixen a la història clínica que veu el metge a l'ordinador. D'aquesta manera, la informació es presentaria d'una forma encara més ordenada i més clara per al pacient.

PROPOSTA DE SOLUCIÓ 1b:

Exàmens complementaris:

Analítica ingrés:

Hemograma:

- hematocrit 42 %
- hemoglobina 13,1 g/dl
- VCM 72fl
- plaquetes 205.000 mmcc
- leucocits 9.100 mmcc (L 57,8%, N 32,9%)

Bioquímica general:

- sodi 139 mmol/L,
- potassi 2,6 mmol/L
- clorur 107 mmol/L
- calci iònic 1,25 mmol/L
- glucosa 104 mg/dl
- lactat 41,4 mg/dl
- urea 24 mg/dl
- creatinina 0,48 mg/dl
- ALAT 44UI/L
- ASAT 90 UI/L

Equilibri àcid base:

- pH 7,28 mmHg
- pCO₂ 43,2 mmHg
- pO₂ 95 mmol/L
- bicarbonat 19,1 mmol/L
- EB: -6,7

Agraïments

Volem agrair la inestimable ajuda del Dr. Andrés Perissinotti (Hospital Clínic de Barcelona) per la seva assessoria en relació amb les recomanacions realitzades en aquest article.

Bibliografia

- Cabré, M. T. (2011). *Materiales de la asignatura "Textos especializados y terminología"*, Grado en Lenguas Aplicadas, Universitat Pompeu Fabra (UPF). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra.
- Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Bizkaia (2017). "¿Certificado médico? ¿Informe médico? No es lo mismo". *Boletín informativo del Colegio de Médicos de Bizkaia*, 49, 7.
- da Cunha, I.; Montané, M. A.; Hysa, L. (2017). "The arText prototype: An automatic system for writing specialized texts". En Peñas, A.; Martins, A. (Eds). *Proceedings of the 15th Conference of the European Chapter of the Association for Computational Linguistics (EACL 2017). Software Demonstrations*. 57-60. Valencia: Association for Computational Linguistics.
- [DEM] Enciclopèdia Catalana (2018). *Diccionari enciclopèdic de medicina*. Recuperat de: <http://www.medic.cat/>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 102, de 29 de abril de 1986, 15207 a 15224. Recuperat de: <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- Zapatero, A. (2010). "¿Por qué es importante el informe médico de alta?". *Revista Clínica Española*, 210(7), 355-358.

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-pacient¹ 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

¹Quan 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)².

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.

²Per 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 cognitiu³ 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

³Ens 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, DIJOURS, 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 proteïcs

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

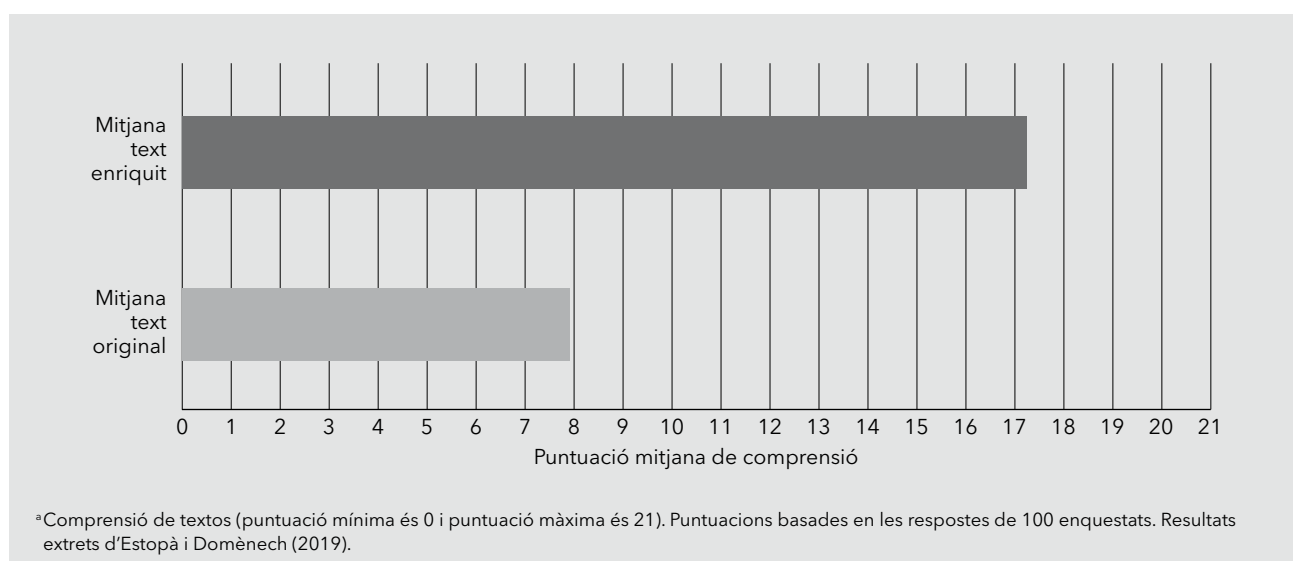
Quina és la pauta de medicació habitual d'aquest pacient abans de rebre l'alta pel que fa a Ibercal? És a dir, quantes vegades al dia s'ha de prendre la medicació i en quina dosi?

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.^a



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

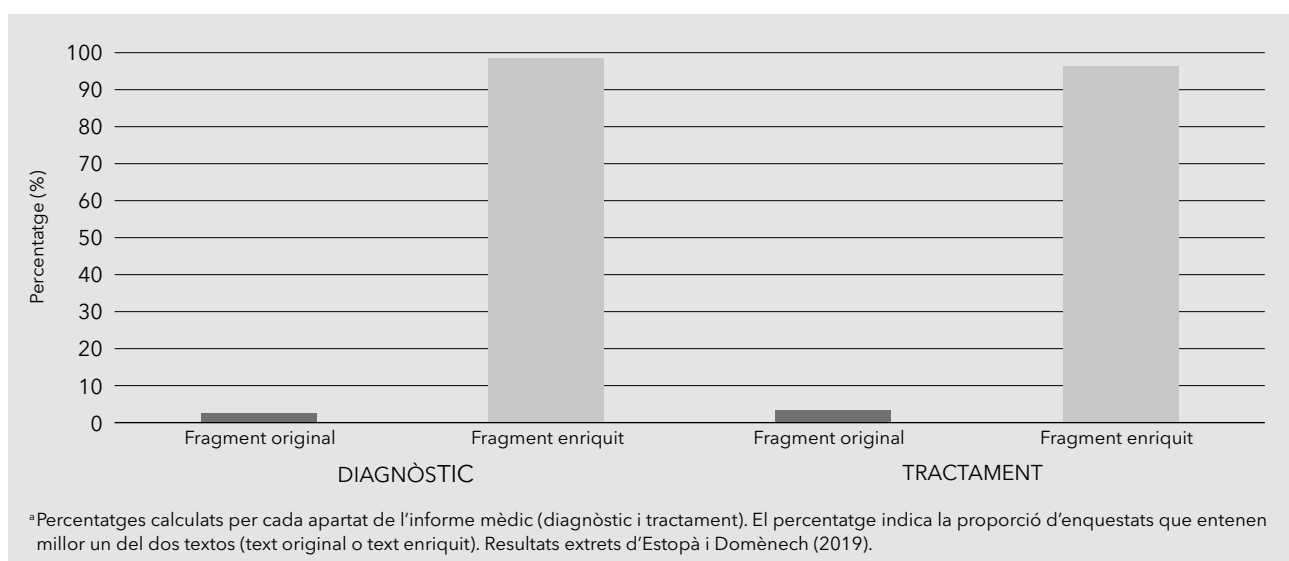
- Melamil (melatonina): 12 gotas, en una dosis nocturna, con aumento progresivo hasta llegar a 24 gotas.

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.^a



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^{1,2} en gestant³ 13 setmanes.

Tractament: Antiemètics^{1,2} e.v.^{1,4}. +^{1,4} sueroteràpia^{1,2}

Complicacions¹: Ranitidina¹ 1c/^{1,4} 12hores
Cariban¹ 1c/^{1,4} 8 hores

¹ *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).

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

³ *Problemes sintàctics:* falta de preposicions i de verbs conjugats.

⁴ *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^{1,2}. Vessament pleural^{1,2}D¹ resolts^{2,3}
- Cardiopatia hipertensiva²
- AC¹x⁴FA¹ debut^{2,3}
- HTA¹

Tractament:

- SINTROM^{1,4} (ACENOCUMAROL⁴ 4 mg), 3/4 comp⁴ avui 27.1, i 1/2 demà 28.1. Control INR¹ dijous a les 11h⁴
- Enalapril 20 mg 1 comp⁴/⁴ 12
- Carvedilol 6,25 mg 1 comp⁴/⁴ 12h⁴
- Furosemida 1-0-0¹

- Retirar BOI K aspàrtic¹, Aprovel¹ i Tromalyt¹
- Ventolin¹, Pulmicort¹ a les seves dosis habituals³

¹ *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).

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

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

⁴ *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^{1,4} con espesante²
- Ventolin 0,5 cc + Atrovent 500 mcg nebulizados² cada 6h³
- Depakine 500 mg, 2-1-1¹
- Tegretol 400 mg, 1-1-1¹
- Noiafren 1-0-1¹
- Luminal 100 mg, 0-0-1¹

¹ *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).

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

³ *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 [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.

La terminologia en els informes mèdics

Rosa Estopà i M. Amor Montané

La terminologia de la medicina

El tret més distintiu de les comunicacions sobre temes de salut és la terminologia, és a dir, les paraules amb un valor especialitzat que es fan servir per representar i comunicar de manera precisa, concisa i adequada els coneixements sobre medicina, sobre salut i sobre malalties (*abdominocentesi, gastroenterologia, bacil de Hansen, bacteri autòtrof, calcificació metastàtica, anòxia, ictus cerebral, necrosi cel·lular, esfenoide, faringitis aguda, faringitis granulosa, faringitis crònica, macrocrània, mitosi, etc.*).

Els metges adquireixen la majoria d'aquestes paraules quan es formen a la universitat: a mesura que aprenen com funciona el cos humà i que estudien cadascuna de les malalties, les seves causes, els tractaments, etc., adquireixen els termes que s'usen per referir-s'hi. No obstant això, alguns termes són molt generals i coneguts també per tota la població (*pulmó, malaltia, ull, cor, febre...*)—encara que les persones no expertes no precisin el significat d'aquests mots, els coneixen prou bé i els usen; altres termes, tot i que no són estranys i sembla que els no experts en puguin deduir el significat, els llecs no sempre podrien definir-los adequadament sense coneixements en medicina (*vacuna, gen, virus, sang, colesterol, càncer, cèl·lula mare...*); però la majoria de paraules usades en medicina són molt opaques des del punt de vista del significat per a una persona no formada en aquest àmbit (*acromegàlia, síndrome de Lowe, TC, PET, ELA, síndrome de Rett, perimetrosalpingitis, lobectomia, ecooftalmografia, fosfopènia, dacriocistectomia, fàcies de Potter, fol·licle limfàtic...*).

El lèxic mèdic actual és el resultat de dos mil cinc-cents anys de pensament científic i, per tant, ha heretat característiques de moltes tradicions anteriors.

Bàsicament es fonamenta en les llengües clàssiques que en l'antiguitat han tingut molta influència en els estudis del cos humà: en el grec, el llatí i l'àrab (López Piñero i Terrada Ferrandis, 1990; Bernabeu-Mestre et al., 1995; Gutiérrez Rodilla, 1998). En especial, la terminologia mèdica es basa en un conjunt reduït de formants grecollatins que afavoreix l'aprenentatge dels mots de la medicina. Així, uns mil formants clàssics (com, per exemple, *-itis*, que significa «inflamació»; *cardio-*, «cor»; *taqui-*, «ràpid»; *-soma*, «cos»; *polio-*, «gris»; *-osi*, «estat patològic»; *hepato-*, «fetge»; *ot-*, «orella»; *-oma*, «tumor») permeten generar prop del 80% del lèxic de la medicina (Anderson, 2016; Bonavalot, 1978): *hepatitis, otitis, cardiopatia, taquicàrdia, cromosoma, polioencefalitis, varicosis, hematoma, hepatoma, diagnosi, etc.* Aquesta singularitat és importat perquè resulta de molta ajuda en l'etapa de formació: coneixent bé un conjunt relativament finit de formants clàssics (com si es tractés d'una caixa d'eines) es pot arribar a aproximar-se al significat d'infininitat de termes.

Més contemporàniament, el lèxic de la salut també ha estat influenciat per llengües dominants en l'àmbit de la medicina, com l'alemany i el francès. Tanmateix, actualment és l'anglès la llengua més influent en la medicina occidental: *anding, buffer, bypass, flap, flapping tremor, flutter, follow-up, laming, core, distress, doping, feed-flush, flutter, handicap, immunoblotting, killer, mapping, odds ratio, patch test, pool, output, shunt, rash, relax, scanner, score o screening* (Navarro, 2001; García Palacios, 2004) són només una petita mostra de la quantitat de termes que entren al català, i en general a totes les llengües romàniques, directament de l'anglès; en especial són termes relacionats amb nous avenços, amb nous tractaments, i amb tècniques i aparells que fan avançar les ciències de la salut.

La terminologia, peça clau en la comunicació escrita entre professional i pacient

Informar, a través d'una guia per a pacients, d'un consentiment, d'un prospecte d'un medicament o d'un informe mèdic, és un acte de comunicació escrita. En concret, un informe mèdic lliurat a un pacient després d'una prova, un ingrés, una visita, unes cures a urgències, etc. és informació factual de vital importància. Per això, és fonamental assegurar-se que el pacient l'entén i que el text no li genera dubtes ni equívocs.

Tanmateix, és el que moltes vegades succeeix: el pacient no entén què té ni què ha de fer exactament, ni està segur d'haver entès quina dosi d'un determinat medicament ha de prendre, ni quan ni com. És un fet que l'informe mèdic costa d'entendre i sol generar molts dubtes. Com recorda Navarro (2016: 91), un dels metges més especialitzats actualment en el llenguatge de la medicina en espanyol: «El uso impreciso del lenguaje en medicina es algo más que una mera cuestión de purismo lingüístico, puesto que afecta seriamente, por originar confusiones graves y restar claridad, a nuestro lenguaje especializado». Així doncs, podem afirmar que els termes són un dels principals focus de confusió i incomprensió de les comunicacions sobre salut.

Els termes concentren el coneixement especialitzat que es vol transmetre, com si fossin pastilles d'informació, ja que representen nusos de coneixement que aglutinen el saber mèdic. I, tot i que per expressar-se es necessiten també unitats de relació (és a dir, verbs, adjectius, paraules gramaticals, connectors), sense les quals no podríem estructurar ni construir un text, el coneixement mèdic es focalitza en les unitats terminològiques que són sempre noms, tant monolèxics –els quals tenen el

coneixement més concentrat (*iris, cefalàlgia, antibiòtic, mitosi*)– com sobretot polilèxics –en els quals el coneixement es presenta més descriptivament (*artèria pulmonar, factor de creixement, faringitis atròfica, glòbul blanc, hipertensió arterial, mastectomia subcutània*). Tots són noms que tenen un valor especialitzat, però que no són transparents des del punt de vista del seu significat, ja que un parlant no especialista en la matèria no podria deduir-ne el sentit a partir de les parts, de la mateixa manera que un parlant qualsevol del català pot deduir, encara que no ho hagi sentit abans, que *truiteria* és un establiment en què es venen o serveixen *truites*.

La presència de terminologia en l'informe mèdic

Els informes mèdics reflecteixen el procés diagnòstic o terapèutic realitzat durant l'assistència sanitària. Aquest tipus de text, que en molts països rep per llei qualsevol persona que és tractada en un hospital, té unes característiques lingüístiques molt especials que aconseguen que el pacient no entengui el missatge, encara que estigui escrit en una llengua que coneix perfectament.

Davant d'un fragment d'un informe mèdic d'una dona de 75 anys d'un hospital de Catalunya com el següent (1)¹, el pacient i els familiars solen sentir impotència, per desconeixement i per no saber interpretar adequadament les paraules del text:

(1) DIAGNÒSTIC

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

¹En aquest article es reproduïxen els informes exactament com en els documents originals. Per això es mantenen els errors lingüístics.

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

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, DIJOURS,
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, 1 mg, 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

I és que els termes (com *neuromiopatia*, *mieloma múltiple IgA*, *bronquitis aguda*, *insuficiència aòrtica*, etc.) espanten, els termes no s'entenen, els termes susciten imaginaris negatius, els termes costen de pronunciar... Per això, els termes col·lapsen a molts pacients que, davant de la impotència del no saber, o bé prefereixen no llegir els seus informes o bé intenten saber què volen dir preguntant a familiars i/o consultant Internet.

Per a molts pacients, la presència de termes mèdics és el principal obstacle per entendre els informes mèdics.

A més, aquest tipus de text ha canviat molt en l'últim segle: va començar sent un text narratiu (amb anotacions sobre les impressions dels pacients i, per tant, més fàcil d'entendre), després es va convertir en un text descriptiu (sobretot amb la informació que prové de proves d'observació) i actualment podem dir que és un text expositiu. En els darrers anys, amb l'especialització de la medicina, el treball en equip i la informatització de les dades, els informes mèdics deixen de ser textos amb molts elements discursius, com verbs i connectors (*perquè*, *així doncs*, *per tant*, *consegüentment*, etc.), i s'hi radicalitza la nominalització, amb la qual cosa la terminologia té un pes més alt.

I, a més, s'hi suma el fet que sovint els principis de neutralitat, objectivitat i monosèmia que s'esperen dels textos científics no es compleixen (Navarro, 2016). És cert que existeixen termes que podríem dir que són unívocs, descriptius i neutres com, per exemple, *vena*, que es defineix al *Diccionari Enciclopèdic de Medicina* (DEMCA) de la manera següent:

«Vas sanguini que duu la sang dels capil·lars cap al cor. Les venes són formades per tres túniques: la interna o endotelial, la mitjana i l'externa, compostes d'elements elàstics, conjuntius i musculars, menys desenvolupats que en les artèries. A l'interior tenen replecs o vàlvules que impedeixen el retrocés de la sang. Les venes del cos poden ésser agrupades en tres sistemes: el pulmonar, que duu la sang dels pulmons al cor, el de la vena porta, que condueix la sang del tub digestiu cap al fetge, i el general, que recull la sang de la resta de l'organisme i la duu també al cor. Totes les venes, excepte les pulmonars, porten sang venosa.»

Tanmateix, en moltes ocasions, els termes de la medicina són polisèmics, és a dir, tenen més d'un referent; però també presenten variació (o sinonímia),

és a dir, hi ha diferents maneres de referir-se al mateix. Ambdós fenòmens –polisèmia i variació– confonen el pacient. El primer cas és el de moltes sigles que en medicina tenen més d'un significat: per exemple, la sigla AA pot correspondre a *abdomen agut*, però també a *aminoàcid*, *anèmia d'avortament*, *apendicitis abdominal*, *aorta ascendent* i *aorta abdominal*. Com a mostra del segon fenomen podem comentar el cas del terme *ictus* (definit com l'«alteració transitòria o definitiva del funcionament d'una o diverses zones de l'encèfal que apareix com a conseqüència d'un trastorn de la circulació sanguínia cerebral» al DEMCAT), que també es coneix com a *accident cerebrovascular*, *accident cerebrovascular agut*, *accident vascular cerebral*, *accident vascular encefàlic*, *apoplexia*, *apoplexia cerebral*, *malaltia cerebrovascular aguda*, *malaltia vascular cerebral aguda*, *atac cerebral*, *congestió cerebral*, *infart cerebral*, *vessament cerebral*, *xoc apoplèctic* i *ictus apoplèctic*, i també amb totes aquestes sigles: ACV, ACVA, AVC, AVE, ACVA i EVCA. Aquesta variació es documenta sobretot en textos orals i escrits, però també en obres terminològiques, com ara el DEMCAT (Fig. 1).

A més, en la nota de l'entrada *ictus* del DEMCAT es diu:

«La denominació *ictus* prové del llatí *ictus* 'cop, xoc'.

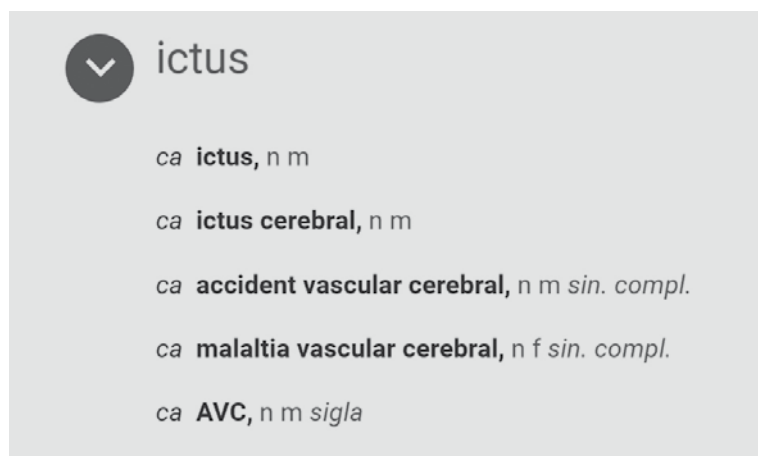
Les denominacions *accident vascular cerebral* i *malaltia vascular cerebral* són pròpies de contextos comunicatius més generals.

Les denominacions *apoplexia*, *ictus apoplèctic* i *xoc apoplèctic* es consideren obsoletes.

En registres col·loquials també es fan servir les denominacions *atac de feridura*, *embòlia* o *trombosi*.»

Per tant, la denominació *ictus* és opaca semànticament per al llec i aquesta dificultat fa que alguns parlants s'hi refereixin amb paraules aproximades inventades, perquè els costa de pronunciar i de recordar, com ara **iptus* o **ipsus*. A més, tot i que algunes denominacions

Figura 1. Entrada del terme *ictus* al DEMCAT.



són considerades actualment obsoletes, això no vol dir que no les trobem en els informes mèdics. També s'usen denominacions que no es troben recollides en els diccionaris, però que es fan servir en els hospitals o fins i tot en un centre sanitari concret. Finalment, les denominacions usades pels metges xoquen amb les usades més popularment pels pacients (*embòlia*, *trombosi*); fins i tot podem dir que algunes són d'ús generacional (*feridura*, en referència a *ictus*, és un mot que sobretot fa servir la gent de més de 70 anys). Aquesta diversitat de denominacions genera confusió entre els professionals, però sobretot desconcert en el pacient i en els familiars, desconcert que s'entrellaça amb la càrrega emocional que de per si comporta qualsevol malaltia (García Palacios, 2004).

Obstacles de comprensió relacionats amb la terminologia

Els obstacles de comprensió dels informes mèdics que es deriven de l'ús de terminologia es poden resumir en els quatre paràmetres següents:

1. Concentració de terminologia: el nombre de termes que contenen els informes mèdics és molt elevat

en relació amb el nombre de paraules del text si ho comparem amb altres textos especialitzats.

2. Opacitat semàntica: els termes no solen resultar semànticament transparents, sinó que causen problemes de comprensió als pacients i familiars.
3. Confusió semàntica: els termes, com que sovint són difícils d'entendre, poden portar a equívocs en relació amb el significat.
4. Ambigüitat semàntica: els termes presenten variació i polisèmia, la qual cosa pot provocar distintes interpretacions i generar dubtes sobre si s'han entès adequadament.

En relació amb la concentració de terminologia, s'estima que el percentatge mitjà de termes que conté un informe mèdic és del 19,7% (Estopà i Montané, 2020), el qual és molt elevat si es compara amb textos especialitzats d'altres àmbits, com ara els textos jurídics (Domènech-Bagaria, 2006: 143-144). A més, en determinats apartats dels informes, la presència de termes és especialment alta, com ara en el «Diagnòstic», el «Tractament», els «Antecedents» o l'«Exploració física». A continuació (2), hi ha una mostra d'un apartat d'«Antecedents», on s'observa l'elevat nombre de termes que s'hi utilitzen:

(2) Antecedents patològics:

- HTA en ttm farmacològic des de 1998. Refereix mals controls de TA i haver estat controlat per Cardiologia (Dr. XXX) des de març 2002, amb visites successives fins febrer de 2008, tenint programada una ecocardiografia per febrer 2009. Holter d'aritmies a l'Octubre 2008 no disposant del resultat.
- No DM ni DLP

- No refereix c.isquèmica, segueix controls per cardiòleg de zona, no disposem d'informació, va fer ttm durant dos anys al 2003 amb sintrom, que posteriorment es va retirar.
- Herniorràfia engonal (tipus Bassini) esquerra al gener de 1989.
- Fimosi i tinya cruris en tractament detectades a Urgències Cirurgia General el 15.1.09. Pendent de visita a CCEE Urologia per valorar postectomia.
- Artrosi lumbar crònica detectada als 60 anys d'edat. El varen jubilar per aquest motiu.

Aquest fragment també mostra com els termes de la medicina poden contribuir a l'opacitat semàntica, perquè són termes difícils de comprendre per part de pacients i familiars, que solen ser llecs en la matèria. En aquest sentit, hi destaquen, en primer lloc, les abreviacions. Es poden classificar entre sigles (*HTA, TA, DM, DLP, CCEE*), abreviatures (*ttm, c. isquèmica*), escurçaments (*ecocardiografia*) i símbols (*mg, h*). Aquestes unitats dificulten la descodificació del significat, perquè no és habitual que es presentin desplegadas, tal com s'observa a (2)².

En segon lloc, la presència de termes construïts amb formants grecollatins també dificulta la comprensió dels textos. Els formants clàssics, encara que tenen una càrrega semàntica definida, solen ser formes desconegudes pel públic general. Malgrat que en els informes mèdics, com es veu a (2), n'hi ha que són habituals i recognoscibles (*cardiologia, urologia*), la majoria resulten semànticament opacs, com ara *herniorràfia o postectomia*.

Uns altres termes que també obstaculitzen la comprensió dels informes són els que inclouen epònims, és a dir, termes formats amb un nom propi. A (2) se'n documenta un, *herniorràfia engonal (tipus*

²Per a més informació sobre les abreviacions en els informes mèdics, vegeu el capítol «Ús de mecanismes d'abreviació en l'informe mèdic», p. 60.

Bassini), i a continuació (3-7) es mostra com poden arribar a ser termes d'ús recurrent en diversos fragments d'informes mèdics:

(3) A les 09:08 hores del dia 23/03/2009, mitjançant un part instrumentat amb **forceps Kjelland** per escurçament d'expulsiu, neix una nena amb un pes de 3.270 grams, test d'Apgar 9-9-9 i amb destí al niu.

(4) Exploració física: Pes naixement: 3.060g. Longitud: 50.5 cm. Perímetre cranial: 34.5 cm
Aspecte normoconfigurat i a terme. Mucoses sonrosades. Sense malformacions externes evidents. Cap i cara normals, amb paladar íntegre. Auscultació cardiorespiratòria normal. Polsos femorals presents i simètrics. Abdomen depressible, sense masses, ni megàlies. Cordó umbilical d'aspecte normal. Genitals externs femenins. **Ortolani** i **Barlow**: negatius. To muscular, activitat i reflexes normals.

(5) Evolució:
El paciente ingresó por infección respiratoria febril y broncoespasmo. En Urgencias se inició tratamiento con oxigenoterapia, broncodilatadores en **cámara de Hudson**, corticoides sistémicos y amoxicilina/clavulánico de forma empírica. Previamente se cursó hemocultivo: negativo. Inicialmente se pautó sueroterapia y en dieta famis.

(6) **Exploració Física:**
TA 159/105. fc 109x'. Tª 36°C. FR 24x'. SAT(AA)91%.
REG, conscient i Desorientat en espai i temps. Normohidratat i normocolorejat.
ACV: TCR sense bufes a 80, no frecs. No edemes, no tvp. IJ-. RHJ-. PPPS.
RESP: roncus dispersos.
ABD: tou i depressible. No masses ni megàlies. Peristaltisme conservat, no peritonisme. PPLBExp.
Neurològica: no focalitat neurològica, no meningisme. Pèrdua de força de les extremitats

superior e inferior dretes, rigidesa del braç dret, no alteració de la sensibilitat. **Pfeiffer** 3 errors.

(7) • **Cirrosis hepática de origen enólico Child Pough**
B conocida desde Junio'08, a raíz de primera descompensación ascítico edematosa (HbsAg - anti HBc: +, anti VHc-, ac VIH: negativo).

Els manlleus, especialment els provinents de l'anglès, que, com hem comentat, actualment són els més freqüents, també representen un obstacle de comprensió per als pacients i familiars, sobretot si no estan familiaritzats amb aquesta llengua. Moltes d'aquestes unitats es refereixen a proves de diagnòstic i, per aquest motiu, poden provocar estrès cognitiu en les persones, que ignoren la magnitud de les proves mèdiques a les quals s'han de sotmetre. En els exemples següents (8-11) es documenten alguns termes manllevats habituals en els informes mèdics:

(8) El paciente es dado de alta y deberá seguir controles en el CAP por su médico de cabecera (con AS periódico), Respecto al SAOs, se ha valorado con Neumología y deberá seguir estudio de su SAOS por Neumología HMT con el fin de realizar Poligrafía o Estudio **Split Night**.

(9) No signes meningis; conscient i orientada en temps espai i persona; parells craneals conservats; sense **flapping**; força i sensibilitat conservades, amb RCP flexor bilateral. Cicatrius a nivell d'ambdós genolls (pròtesis).

(10) Diagnòstic prenatal: triple **screening** normal.

(11) - **Flutter auricular** diagnosticat al març del 2008 a H. Terrassa durant un ingrés per infecció urinària. Segueix tractament amb amiodarona. Coincidint amb aquesta arítmia va presentar insuficiència cardíaca.

Finalment, en relació amb l'opacitat semàntica, el que es pot observar en els fragments d'informes mèdics anteriors (2-11) és que, malgrat que molts termes poden

resultar incomprensibles per als pacients, rarament es presenten acompanyats d'una definició o d'una paràfrasi explicativa que n'aclareixi el significat. Tampoc no és gens habitual de documentar les sigles desplegadas, ni tan sols el primer cop que apareixen. Si, en algun cas, una explicació acompanya un terme, en general no resulta prou aclaridora, perquè sol ser breu i composta al seu torn d'altres termes que poden resultar igualment poc comprensibles. Se'n mostren dos exemples a continuació:

(12) Extracción de cuerpos libres (condromas)

(13) La Lipodistrofia de Berardinelli es una enfermedad genética autosómica recesiva.

La incomprensió dels informes mèdics sovint s'agreuja a causa de la confusió semàntica, perquè els termes poden dur a equívocs i, per tant, poden ser interpretats malament pels pacients i familiars. Un dels casos més habituals de confusió semàntica té a veure amb els termes que formalment coincideixen amb unitats lèxiques de la llengua general. En l'àmbit de la medicina, aquests termes, basant-se en el significat general, adquireixen matisos i consideracions conceptuals especials i pròpies que sovint només els especialistes poden percebre. Tanmateix, els llecs no poden apreciar els canvis semàntics que es produeixen en les unitats lèxiques que es terminologitzen, i aquest fet provoca que els termes més propers a la llengua general, d'estructura i significat aparentment transparent, causin una comprensió distorsionada del missatge. Per exemple, termes com ara *somnolència* o *estrès* poden ser l'origen de confusions semàntiques: interpretar-los com a paraules de la llengua general (com a «estat de qui està somnolent» i «tensió mental o corporal provocada per un factor físic o emocional», respectivament) pot ser un error, perquè podrien ser símptomes d'alguna malaltia o d'un trastorn psicològic greu o provocar conseqüències adverses impredecibles si no es tenen en compte a temps.

En aquesta mateixa línia, es constata que juntament amb els termes prototípics, és a dir, els noms, es documenten

altres unitats de significació especialitzada molt rellevants per al missatge que es transmet, sense les quals no existiria el text travat: es tracta d'adjectius, adverbis i verbs. Destaca especialment l'ús dels adjectius qualificatius. Aïlladament no tindrien un significat especialitzat, però aporten als textos mèdics molts matisos pertinents (Estopà, 2013). A més, com en el cas anterior, sovint el significat general dels adjectius que coneix el parlant mitjà interfereix en la comprensió adequada de la mateixa unitat amb valor especialitzat, és a dir, del terme que s'usa en els informes mèdics, cosa que condueix també a la confusió semàntica. Es tracta de l'anomenada *polisèmia diatòpica entre variants lingüístiques d'una mateixa llengua* (Navarro, 2016). Com a mostra d'aquesta polisèmia en els adjectius, en els exemples següents, els adjectius *lleu*, *moderada*, *mínima*, *aguda*, *corregida* i *simple* vehiculen un significat especialitzat molt precís en l'àmbit mèdic, que no necessàriament coincideix amb el seu significat general:

(14) Es considera probable l'existència d'un deteriorament cognitiu, amb síndrome confusional **lleu** associada.

(15) Ecocardiograma: Ventrícle esq no dilatat bona contractilitat global i segmentària (FE: 50%). Hipertròfia concèntrica **moderada**. No s'observa gradient intraventricular significatiu. Insuficiència aòrtica lleu-moderada. Insuficiència mitral **lleu**. Aurícula izda **lleu** dilatada (45 m). CD dilatades. IT **mínima** amb HTP **lleu**

(16) 7. INSUFICIENCIA RENAL **AGUDA** **corregida**
8. DIABETES MELLITUS II. HIPERGLUCÈMIA **simple** accentuada per corticoides

(17) Durant l'ingrés, va presentar una retenció **aguda** d'orina que va requerir sondatge.

De manera similar a aquests casos, altres unitats aparentment generals poden orientar la percepció del text que té el pacient o el familiar. Per això, Romaní (2012) adverteix del perill que suposa

interpretar alguns adjectius utilitzats en l'àmbit mèdic com si es tractés de paraules de la llengua general. Així, hi ha paraules que d'entrada poden tranquil·litzar (*baix, lleu, controlada, sense, benigne, temporal...*) i altres que poden posar en estat d'alerta (*accentuada, severa, agut, maligne, greu, crònic...*). En aquesta línia, els fragments següents poden resultar tranquil·litzadors (18) i alarmants (19), respectivament:

(18) La seva evolució posterior ha estat la següent:

1. DETERIORAMENT FUNCIONAL/ NEUROMIOPATIA. Durant els dies d'ingrés s'ha incidit en la fisioteràpia respiratòria i general. S'ha observat una significativa milloria de la funcionalitat global, aconseguint petites deambulacions amb supervisió. Ha presentat episodis de lleu desorientació temporal de predomini nocturn, però sense agitació i amb conservació permanent de la connexió a l'entorn.

(19) Insuficiència renal crònica grau IV. Visitada fa un més a consultes del nostre centre. Es va realitzar una Eco reno-vesical: Ronyons discretament disminuïts de mides amb cortical aprimada i disminució de la diferenciació corticomedul·lar. RD 9 mm RE 9,4 cm. Quists simples corticals en el RE de fins a 4,5 cm. No s'observa imatges de litiasi ni dilatació de la via excretora. Bufeta urinària escassament repleccionada. CONCLUSIÓ: Signes de nefropatia crònica.

El quart obstacle de comprensió associat a la terminologia que es troba en els informes mèdics està relacionat amb la variació terminològica, perquè pot produir ambigüitats semàntiques, ja que implica l'ús de termes diferents per fer referència a un mateix concepte. Es tracta del que es coneix com a *sinonímia*.

Hi ha alguns casos de variació terminològica que en principi no provoquen ambigüitats semàntiques en els pacients o familiars, perquè són variants o sinònims usuals i coneguts per la població general (com ara

anàlisi de sang i analítica sanguínia) o perquè es tracta de reduccions anafòriques que són deduïbles en el context discursiu (com ara la reducció d'*activitat cerebral a activitat* o la reducció d'*estat de vigília a vigília*).

En canvi, es documenten altres tipus de variació que sí que podrien conduir a diferents interpretacions. A continuació se'n mostren alguns exemples: l'ús del nom propi del medicament i del terme que fa referència al seu component principal (20), l'ús del terme desplegat i de l'abreviació (21) o l'ús de termes diferents (22).

(20) Ingreso del 2-5/08/07 por fibrilación auricular rápida + ICBV. Se recomienda tratamiento con bisoprolol 10 mg 1-0-0 y lanacordin (digoxina) 1.5cc cada 24h.

(21) Exploraciones complementarias:

[...]

Pulsioximetría nocturna: Índice de desaturación al 3%: 128/h, tiempo de desaturación < 90% del 74%. Exploración compatible con Síndrome d'Apnea-Hipoapnea Obstructiva del sueño de carácter severo.

[...]

Diagnostico:

[...]

•SAOS severo pendiente de realizar EPSG/Split-night.

(22) **Flutter auricular** diagnosticat al març del 2008 a H. Terrassa durant un ingrés per infecció urinària. Segueix tractament amb amiodarona. Coincidint amb aquesta **arítmia** va presentar insuficiència cardíaca.

A més, en un mateix informe mèdic es poden localitzar diversos casos de variació terminològica, cosa que pot dificultar la comprensió del text, sobretot perquè pot arribar a ser molt complicat (si no impossible) per a un pacient de relacionar les variants sinònimes.

L'informe següent podria ser un cas paradigmàtic d'aquest fenomen:

(23) ANTECEDENTS:

[...]

- **Accident vascular cerebral isquèmic**, valorat com a **cardioembòlic** el nov/96 (vertigen central, amb un petit infart protuberancial). Anticoagulada amb dicumarínics des d'aleshores. Sense nous problemes tromboembòlics des d'aleshores.

- **Fibril·lació auricular intermitent**, detectada el nov/96, coincidint amb l'**AVC**.

[...]

DIAGNÒSTICS

5. FIBRIL·LACIÓ AURICULAR prèvia/
CARDIOEMBÒLIA CEREBRAL prèvia/
ANTICOAGULACIÓ

En els exemples anteriors s'observa la variació terminològica present en un mateix informe mèdic, també anomenada *variació intratextual*. Tanmateix, els problemes d'ambigüitat més greus que pot provocar l'ús de sinònims per als pacients i familiars es produeixen quan la variació es documenta en informes diferents, fenomen que s'anomena *variació intertextual*. En aquests casos, per fer referència a un mateix concepte, un text utilitza un terme i un altre text (d'un altre hospital, per exemple, o d'una altra especialitat mèdica) utilitza un terme diferent. Si se segueix la història mèdica d'un pacient diagnosticat, s'observa que en informes diferents s'utilitzen termes diferents per denominar la malaltia diagnosticada:

(24) ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente de 6 años, afecto de **síndrome de Lowe** [...].

ANTECEDENTES PERSONALES: - **Sdme Lowe**. [...].

(25) NOTA D'ALTA:

Paciente Conocido por **Síndrome Óculo-Cerebro-Renal** [...].

(26) Malaltia actual: Paciente afecto de **Sd de Lowe** [...].

Antecedentes personales: - Sigue controles en Neurología por **Sd Lowe** y crisis convulsivas. [...].

Aquesta variació en la manera de denominar la malaltia (*síndrome de Lowe, sdme. Lowe, sd. de Lowe, sd. Lowe, síndrome óculo-cerebro-renal*) pot generar dubtes i incertesa, tant en el pacient com en els familiars, perquè podrien arribar a pensar que es tracta de malalties diferents i no d'una única malaltia, que és el que succeeix realment.

Recomanacions

Per solucionar els problemes exposats en relació amb la terminologia, és a dir, la concentració de termes, i l'opacitat, la confusió i l'ambigüitat semàntiques, proposem algunes recomanacions que afavoreixen que el text final sigui més entenedor per a un llec. En el cas dels informes mèdics, implica enriquir el text amb informació addicional que permeti als pacients i als familiars d'entendre'l. Com que sembla impossible reduir la concentració de terminologia dels informes mèdics, perquè realment és necessària, el que convé és explicar els termes que s'hi utilitzen, sobretot en els apartats que més interessin el pacient: el diagnòstic (*què tinc?*) i el tractament (*què he de fer?*)³.

Ja s'ha mostrat que, actualment, aquest tipus de textos no es caracteritza per les explicacions. Per això, en primer lloc, es proposa d'incorporar al sistema de generació d'informes mèdics un diccionari de malalties i de trastorns amb definicions adequades al nivell de comprensió d'un parlant mitjà de la llengua.

³Vegeu també el capítol «La comprensió dels informes mèdics», p. 28.

Aquestes definicions s'afegirien a mode d'explicació al costat dels termes presents en els textos, especialment en l'apartat de diagnòstic. A més, seria interessant que el professional pogués prescriure informació complementària validada sobre el diagnòstic o sobre certes teràpies recomanades.

En segon lloc, una altra mesura d'enriquiment textual que es podria aplicar per millorar la comprensió dels textos és el desplegament sistemàtic de les abreviacions, sobretot de les sigles, utilitzades en els informes mèdics. En aquesta mateixa línia, també es proposa un control automàtic de les abreviacions, perquè sempre s'utilitzin les mateixes per fer referència a un mateix concepte; és a dir, cal evitar la variació en l'ús d'abreviacions. Aquest tipus de termes abunden sobretot en els apartats d'exploració i de tractament.

En tercer lloc, i en relació amb l'últim punt, també convindria establir un control de tota la variació terminològica utilitzada en els informes mèdics. Idealment, caldria evitar la proliferació de sinònims i, per això, caldria intentar utilitzar sempre el mateix terme per fer referència a un mateix concepte, sigui una malaltia, un medicament, un símptoma o qualsevol altre aspecte mencionat en els textos.

Casos pràctics i proposta de solució

Cas pràctic 1

A partir d'un diagnòstic real extret d'un informe mèdic, intenta proposar definicions o explicacions que enriqueixin el text i en facilitin la comprensió al pacient. Pots construir l'explicació o cercar-la en obres de referència, però cal que pugui ser entesa per una persona lloga de cultura estàndard:

(27) Diagnòstics:

- Pielonefritis aguda per *Escherichia coli*.
- Sondatge urinari permanent.
- Esclerosi múltiple. Tetraplegia.
- Hiperglucèmia.

PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

Algunes possibles solucions per enriquir el text 27 són les dues següents:

(28) Diagnòstics:

- Pielonefritis aguda per *Escherichia coli* (inflamació del ronyó de curs ràpid, causada pel bacteri *Escherichia coli*).
- Sondatge urinari permanent (introducció d'una sonda fixa pel conducte urinari).
- Esclerosi múltiple (malaltia autoimmunitària caracteritzada per la inflamació d'elements del sistema nerviós).
- Tetraplegia (paràlisi de les quatre extremitats).
- Hiperglucèmia (elevació anormal de la concentració de glucosa en la sang).

(29) Diagnòstics:

- Pielonefritis aguda per *Escherichia coli* (es tracta d'una inflamació del ronyó de curs ràpid, causada pel bacteri *Escherichia coli*).
- Sondatge urinari permanent (és a dir, que cal la introducció d'una sonda fixa pel conducte urinari).
- Esclerosi múltiple (que consisteix en una malaltia autoimmunitària caracteritzada per la inflamació d'elements del sistema nerviós).
- Tetraplegia (és a dir paràlisi de les quatre extremitats, i per tant no poden moure ni braços ni cames).
- Hiperglucèmia (es tracta d'una elevació anormal de la concentració de glucosa en la sang).

Cas pràctic 2

A continuació, intenta desplegar totes les abreviacions (sigles, abreviatures i símbols) de l'apartat de tractament extret d'un informe mèdic real per fer més comprensible el text i evitar qualsevol equívoc.

Observa que cal molt de coneixement per especificar bé les dosis dels medicaments i la manera com s'han de prendre:

(30) 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

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

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

PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

El text 31 ofereix una possible solució. S'observa, però, que no s'ha pogut saber què vol dir exactament «aumento progresivo»: l'augment ha de ser de gota en gota i diàriament o és possible alguna altra pauta per arribar a les 24 gotes? També ens queda el dubte generalitzat del període de temps en què cal prendre el medicament, és a dir, fins quan cal prendre cada medicament, cosa que s'hauria d'especificar clarament.

(31) TRATAMIENTO AL ALTA

A partir de ahora y durante un mes⁴ deberá tomarse los siguientes medicamentos:

- Ácido valproico (VPA): 3 veces al día en dosis de 250-250-300 miligramos (mg)
- Levetiracetam (LEV): 2 veces al día, mañana y noche, en dosis de 150 mg
- Ibercal: 7,5 mililitros (ml) cada 12 horas
- Solución de Sohl: 20 ml cada 12 horas

- Etalpa: 10 gotas (1/2 centímetro cúbico (cc)) cada 24 horas
- Melamil (melatonina): 12 gotas, en una dosis nocturna, con aumento progresivo hasta llegar a 24 gotas

Cas pràctic 3

En els fragments següents, extrets d'informes mèdics, s'utilitzen diversos termes que contenen un epònim (és a dir, un nom propi). Localitza'ls i converteix-los en unitats més comprensibles per a un pacient: pots afegir-hi una explicació, canviar els termes amb epònims per altres termes més descriptius o fer les dues modificacions a la vegada:

(32) Diagnòstic:

Síndrome de Prader Willi

(33) Diagnòstic:

Linfome de Burkitt

(34) Diagnòstic:

Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

En aquestes pàgines web trobaràs solucions per no utilitzar l'epònim o per explicar-lo per tal que es pugui entendre:

- Llistat de les malalties rares que ofereix la pàgina web de la Federación Española de Enfermedades Raras: <https://www.enfermedades-raras.org/index.php/enfermedades-raras/listado-patologia>
- Pàgines web del professor L. Fresquet, professor d'història de la medicina de la Universitat de València, en què relaciona els noms propis de grans metges

⁴En aquest cas hem fet una proposta fictícia per mostrar només que cal indicar el període explícitament.

amb l'epònim a què van donar nom:

<https://www.historiadelamedicina.org/index.html>

- «Del hombre al nombre» és una secció del blog *Laboratorio del Lenguaje*, coordinat per F. Navarro i J. R. Zárate:
<https://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

Cas pràctic 4

El fragment següent correspon als apartats d'antecedents i diagnòstic d'un informe mèdic real. Intenta reescriure el text controlant la variació terminològica, és a dir, que sempre s'usin els mateixos termes per referir-se al mateix:

(34) ANTECEDENTS:

[...]

- **Accident vascular cerebral isquèmic**, valorat com a cardioembòlic el nov/96 (vertigen central, amb un petit infart protuberancial). Anticoagulada amb dicumarínics des d'aleshores. Sense nous problemes tromboembòlics des d'aleshores.
- **Fibril·lació auricular intermitent**, detectada el nov/96, coincidint amb l'AVC.

[...]

DIAGNÒSTICS

5. FIBRIL·LACIÓ AURICULAR prèvia/
CARDIOEMBÒLIA CEREBRAL prèvia/
ANTICOAGULACIÓ

PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

A continuació us proposem el mateix text, en què s'ha sistematitzat l'ús de la terminologia:

(35) ANTECEDENTS:

[...]

- **Accident vascular cerebral cardioembòlic** el novembre de 1996 (vertigen central, amb un petit infart protuberancial). Anticoagulada amb dicumarínics des d'aleshores. Sense nous problemes tromboembòlics des d'aleshores.
- **Fibril·lació auricular intermitent**, detectada el novembre de 1996, coincidint amb l'accident vascular cerebral cardioembòlic.

[...]

DIAGNÒSTICS

- Fibril·lació auricular prèvia a l'accident
- Cardioembòlia cerebral prèvia a l'accident
- Anticoagulació

Bibliografia

- Anderson, D. (2016). *Medical Terminology: The Best and Most Effective Way to Memorize, Pronounce and Understand Medical Terms*. D. A. Medical Handbooks.
- Bernabeu-Mestre, J., Perujo Melgar, J. M., Forcadell Saport, J. V., Alberola, P., Borja i Sanz, J., Cortés Orts, C., Martínez, C. (1995). *El llenguatge de les ciències de la salut*. València: Generalitat de València, Conselleria de Sanitat i Consum.
- Bonavalot, M. (dir.). (1978). *Le vocabulaire médical de base. Étude par l'étymologie*. París: Sociétés d'Études Techniques et Fiduciaires.
- Domènech-Bagaria, O. (2006). *Textos especialitzats i variació vertical: la diversitat terminològica com a factor discriminant del nivell d'especialització d'un text*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra. Institut Universitari de Lingüística Aplicada. [Tesi doctoral]
- Estopà, R. (2013). "El léxico de la salud: necesidades terminológicas y acceso al conocimiento especializado". Bentes, V.; de Holanda, H. (ed.). *Diálogos paradigmáticos: informação para a área da saúde*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará.
- Estopà, R.; Montané, M. A. (2020). "La terminología: principal obstáculo para la comprensión de los informes médicos". Estopà, R. (coord.) *Los informes médicos: estrategias lingüísticas para favorecer su comprensión*. Buenos Aires: Hospital Italiano de Buenos Aires.

- García Palacios, J. (2004). El lenguaje médico, algo más que información. *Panace@*, 5 (16), 135-140.
- Gutiérrez Rodilla, B. (1998). *La ciencia empieza en la palabra. Análisis e historia del lenguaje científico*. Barcelona: Península.
- Institut d'Estudis Catalans; Fundació Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears; Enciclopèdia Catalana; TERMCAT, Centre de Terminologia; Catalunya. Departament de Salut (2015-2019). *Diccionari enciclopèdic de medicina (DEMCAT): Versió de treball* [en línia]. Barcelona: TERMCAT, Centre de Terminologia. (Diccionaris en Línia) <https://www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/183>.
- López Piñero, J. M.; Terrada Ferrandis, M. L. (1990). *Introducción a la terminología médica*. Barcelona: Salvat editores.
- Navarro, F. (2001). "El inglés, idioma internacional de la medicina. Causas y consecuencias de un fenómeno actual". *Panace@*, 2 (3), 35-51.
- Navarro, F. (2016). "La precisión del lenguaje en la redacción médica". *Cuadernos de la Fundación del Dr. Antonio Esteve*, 17, 89-104.
- Romaní, M. (2012). "Tumors benignes vs. tumors malignes". *Llengua, Societat i Comunicació: "Medicina i llenguatge: les paraules de la salut"*, 10, 63-67.

Ús de mecanismes d'abreviació en l'informe mèdic

Jorge M. Porras-Garzón i Laia Vidal-Sabanés

La complexitat semàntica, la recurrència —a vegades abusiva— i l'ús no adequat de les abreviacions representen alguns dels problemes lingüístics que afecten la comprensió d'un text escrit. En aquest capítol, començarem amb una breu explicació sobre què són les abreviacions. A continuació, abordarem els problemes que comporta l'ús no controlat d'abreviacions dintre d'un text i, en concret, en un informe mèdic. Per acabar, llistarem algunes recomanacions per a la correcta escriptura i creació d'abreviacions en aquest tipus de textos i proposarem un exercici sobre l'ús i l'escriptura d'abreviacions.

Les abreviacions: què són?

Les abreviacions són mecanismes d'abreujament que s'utilitzen de manera recurrent en textos escrits, tant de caràcter general com especialitzats. Les abreviacions són, per definició, escurçaments d'unitats desenvolupades i, per això, l'ús d'aquests mecanismes permet, principalment, estalviar temps quan s'escriu i estalviar espai en el mitjà en el qual s'escriu (Pallejà, 2012: 54). En aquest capítol, quan parlem d'abreviacions ens referim a abreviatures, sigles i símbols.

Les abreviatures

Les abreviatures són escurçaments d'un mot (abreviatures simples) o d'un sintagma (abreviatures compostes) mitjançant la supressió d'una o més lletres del mot o mots que abreugen. Hi ha abreviatures que ja tenen una forma coneguda o d'ús generalitzat, però també en trobem d'altres que les crea el propi usuari, ja que qualsevol usuari de la llengua pot crear tantes abreviatures com vulgui. Ara bé, és recomanable tenir sempre en compte les regles de formació de cada llengua quan les escrivim,

justament perquè les abreviatures de creació pròpia són les que més problemes de comprensió poden representar per als destinataris del text.

Les abreviatures es poden formar mitjançant dos procediments. El primer és per omissió i consisteix a suprimir la part final del mot abreujat:

(1) compr. **comprimit**
 supl. **suplement**

El segon procediment és per contracció. En aquest cas, es conserva la part inicial i la part final del mot:

(2) Dr. **doctor**
 ucies. **urgències**

Les abreviatures creades per contracció admeten la marca de gènere (masculí o femení), com ara *Dr./Dra.*, i també la marca de nombre (singular o plural), *Drs./Dres.* En canvi, les abreviatures que es creen per omissió no admeten variació de gènere ni de nombre (*compr.* per *comprimit* i *comprimits*).

Quan s'escriuen abreviatures, sempre es manté la lletra inicial de la paraula i s'han d'escriure amb un punt final i, en alguns casos, amb una barra. Per exemple:

(3) c. o c/ **carrer**
 doc. **document**

Una altra característica de les abreviatures és que només afecten el pla escrit de la llengua, és a dir, la seva lectura restableix allò que s'ha omès en la representació gràfica. Si fem l'exercici de llegir els exemples següents, ens adonem que quan llegim en veu alta una abreviatura pronunciem el mot sencer:

(4) etc. **etcètera**
 pàg. **pàgina**

Les sigles

Les sigles són abreuaments de sintagmes que, normalment, es construeixen per juxtaposició de les lletres inicials de cadascun dels seus components.

Per exemple:

- (5) TA tensió arterial
 VSG velocitat de sedimentació granular

Es consideren com a no convencionals les sigles que porten, a més de les inicials de mots plens, inicials d'articles, de preposicions o de conjuncions del sintagma que abregen; i també les sigles que porten les inicials dels formants d'un mot compost. Per exemple:

- (6) CPNL Consorci per a la Normalització
 Lingüística
 RCIU restricció de creixement intrauterí

Les sigles constitueixen un mot nou que, a diferència de les abreviatures i els símbols, generalment es llegeix o es lletreja –segons el tipus– sense desenvolupar:

- (7) CAP cap
 ARN /,a,e.rə'e.nə/

Finalment, els acrònims¹ són sigles formades per les primeres lletres, o les últimes, de cadascun dels mots que constitueixen un sintagma, generalment, amb la intenció de tornar-les pronunciables sil·làbicament. També es consideren acrònims les unitats formades per la juxtaposició d'elements de dos –rarament tres– paraules (normalment el començament de la primera i el final de la segona, o altres combinacions) (Casado Velarde, 1999; Gegúndez Fernández, 2002). Per exemple: *mòdem*, que ve de *modulació* i *demodulació*.

El fet que els acrònims siguin pronunciables fa que, moltes vegades, es lexicalitzin i es converteixin en

mots plens que segueixen les normes gramaticals de la llengua. Per tant, els acrònims lexicalitzats són mots que s'escriuen en minúscula (si són noms comuns), s'accentuen i poden tenir derivats i plurals. Per exemple:

- (8) diu/s dispositiu intrauterí
 sida síndrome d'immunodeficiència
 adquirida

- (9) làser/s *light amplification by stimulated
 emission of radiation*

Els símbols

Els símbols són un tipus d'abreviació diferent, que tenen caràcter científicotècnic. Els símbols, majoritàriament, els estableixen organismes oficials de normalització i institucions reconegudes a nivell internacional i, per tant, són abreviacions d'ús normatiu que no es poden crear lliurement. Es poden classificar en:

- Formes alfabetitzables que abregen un mot:

(10) h hora
 mg mil·ligram
- Signes no alfabetitzables que representen una realitat o un concepte determinat. Per exemple:

(11) + símbol d'addició en matemàtiques
 € un dels símbols de l'euro

A vegades, és fàcil confondre algunes abreviatures amb alguns símbols, tot i que aquests últims es diferencien de les abreviatures perquè:

- S'escriuen sempre sense punt (*h* per *hora*).
- No porten mai accent –tot i que mantenen la lletra que el porta en el mot que representen– (a i no à per àrea).

¹ En aquest treball considerem l'acrònim com un tipus de sigla. No obstant això, hi ha autors que classifiquen els acrònims com un tipus més d'abreviació.

- S'utilitza una mateixa forma per al singular i per al plural (3 d per dir tres dies).
- Tenen una forma fixa pel que fa a les majúscules i minúscules, independent de com estigui escrit el text on es troben (sempre Na per sodi o ml per mil·lilitre).

Problemes generals causats per l'ús no controlat d'abreviacions

Tal com ja hem dit, la utilització d'abreviacions ens permet estalviar temps i espai d'escriptura, però segons quin ús en fem quan redactem un informe mèdic, poden arribar a causar problemes de comprensió als destinataris.

En aquest apartat ens centrarem en els problemes més recurrents que pot generar l'ús d'abreviacions en aquest tipus de textos: ambigüitat derivada de l'ús de termes

polisèmics o sinònims; opacitat semàntica, per la poca transparència conceptual de moltes abreviacions i, finalment, alta concentració de termes.

Polisèmia i sinonímia

Dos dels problemes que poden sorgir de l'ambigüitat són la polisèmia i la sinonímia (o també coneguda com a variació terminològica). D'una banda, parlem de polisèmia quan utilitzem una mateixa abreviació que fa referència a dos o més realitats diferents. Per aquest motiu, la polisèmia pot donar lloc a dubtes en la interpretació del significat d'una abreviació, cosa que no afavoreix en cap cas la comprensió del text. En la figura 1 podem veure un cas d'exemple molt clar de polisèmia.

Tal com s'observa en la figura 1, la sigla AP refereix a més de set termes documentats, com ara *auscultació pulmonar*, *antecedents patològics*, *anatomia patològica*, etc., que fan referència a termes d'especialitats mèdiques diferents. Si el lector està familiaritzat amb la terminologia mèdica, a través del context pot deduir-ne el significat. Ara bé, si el lector és llec en la matèria, és molt probable que no pugui comprendre què significa la sigla en concret o bé que la pugui confondre amb un dels altres termes que s'abreugen amb la mateixa sigla.

D'altra banda, parlem de sinonímia quan s'utilitzen diferents denominacions per nombrar un mateix referent, és a dir, quan existeixen diferents formes gràfiques per fer referència a un mateix significat. Les figures 2 i 3 mostren alguns exemples de sinonímia trobats en informes mèdics reals.

En la figura 2 observem que *carcinoma* s'abreuja amb les formes *car.*, *carc.* i *CA*; en la figura 3, veiem que el terme *creatinina* s'abreuja amb les formes *creat.*, *cr.* i *CR*. Així, doncs, queda patent que els casos de sinonímia també poden donar lloc a problemes derivats d'una incorrecta interpretació del significat de les abreviacions.

Figura 1. Exemple de polisèmia de la sigla AP.

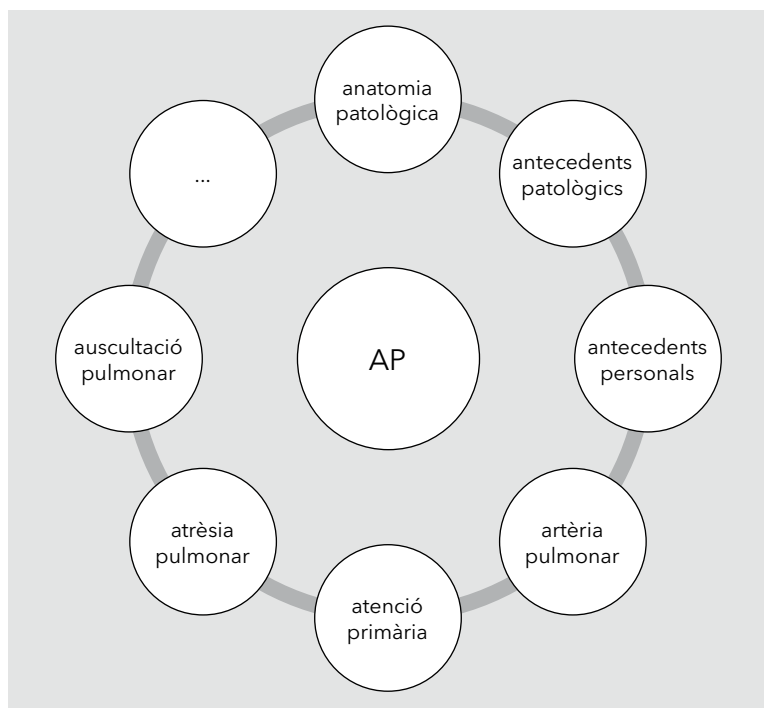


Figura 2. Exemple de sinonímia del mot carcinoma.

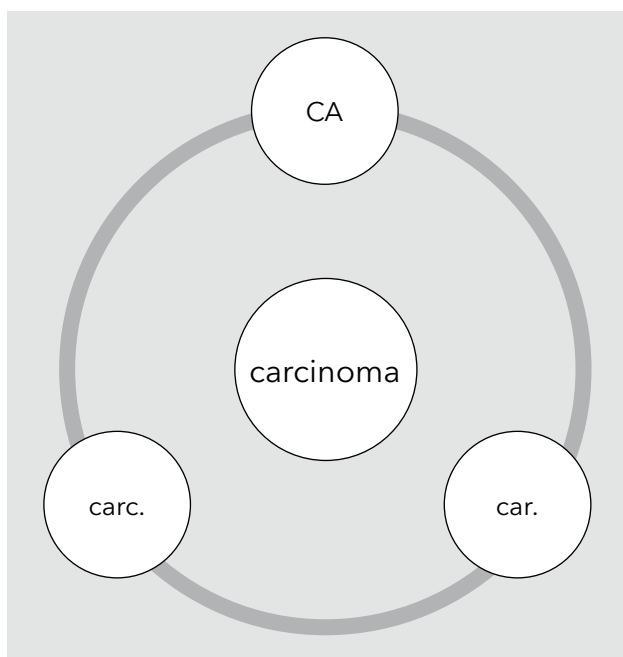
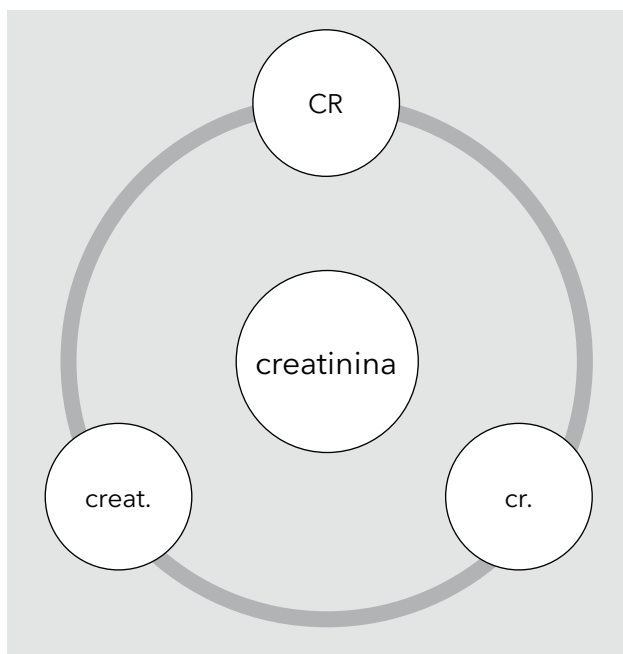


Figura 3. Exemple de sinonímia del mot creatinina.



Alta concentració d'abreviacions

L'alta concentració d'abreviacions és un altre problema que dificulta la comprensió plena d'un informe mèdic. Tal com podem veure en els exemples de fragments que presentem a continuació, moltes de les abreviatures i sigles que trobem en l'informe mèdic s'utilitzen per abreujar termes polilèxics, molt característics del llenguatge mèdic. També detectem un alt nombre de símbols, molts dels quals fan referència a unitats de mesura, especialment en apartats de l'informe mèdic que fan referència al tractament, a les exploracions físiques i a les proves complementàries.

(12) Fragment 1

Constants: Pes: 20 Kg. T^a: 38.8 °C. FC: 144 bpm. FR: 40 rpm. Sat: 99%.

(13) Fragment 2

Valvulopatia mitroaòrtica, detectada el nov/06, coincidint amb l'AVC. ECO cardio (des/08): VE no hipertròfic ni dilatat, amb funció contràctil global i segmentària

FEVE:56%); AE: 48x87 mm; VM engruixida, amb apertura cupuliforma amb IM i EM lleugeres; sigmoidees aòrtiques engruixides i calcificades; IAo severa, EAo moderada; cavitats D normals; pericardi normal.

(14) Fragment 3

Diagnòstics:

EPOC agudizado.

Infecció respiratoria.

HTA.

DM2.

DLP

(15) Fragment 4

Tractament habitual: Pulmicort 200 1 inh/12h, terbasmin sp, tepazepam 50 mg 0-0-1, lormetazepam 1 mg 0-0-1.

Opacitat semàntica

De la mateixa manera, el fet que les abreviacions siguin abreujaments fa que s'eliminin bona part de les seves lletres, i això té com a conseqüència que siguin més difícils de comprendre i costi desxifrar-ne el significat. Aquesta dificultat de comprensió no només pot afectar el pacient, sinó que també pot afectar altres professionals de la salut.

Si ens fixem en els exemples que acabem de veure en l'apartat «Alta concentració d'abreviacions», podem observar que algunes de les abreviacions són més intel·ligibles que d'altres. Per exemple *mg*, *h* o *mm* són abreviacions més freqüents, d'ús generalitzat o que estan normalitzades; però, en canvi, n'hi ha d'altres que són conceptualment més opaques, com ara *DLP*, *sp.*, *AVC*, *bpm* o *HTA*, entre moltes altres. Generalment, tal com es pot observar als exemples, les sigles i les abreviatures de creació pròpia són les formes d'abreujament més opaques.

Aspectes a tenir en compte quan s'utilitzen abreviacions

Com que l'ús d'abreviacions és una pràctica molt recurrent en la redacció d'informes mèdics, és recomanable utilitzar aquests recursos d'abreujament només quan sigui estrictament necessari i de manera responsable. Tenir en compte les recomanacions que descriurem en aquest apartat ens pot ajudar a redactar un informe mèdic (i altres tipus de textos sanitaris) d'una manera més clara i que afavoreixi la comprensió als destinataris (altres especialistes sanitaris, però sobretot pacients i familiars).

En aquest apartat, presentarem, per a les sigles i les abreviatures, per una banda, les recomanacions d'ús, és a dir, les condicions amb les quals es recomana utilitzar-les; i, per altra banda, donarem els paràmetres a tenir en compte a l'hora de crear-les i escriure-les. En el cas dels símbols, com que són abreviacions establertes

per organismes oficials de normalització i institucions reconegudes a nivell internacional, només comentarem els criteris d'escriptura. A més, aprofitarem per parlar de l'ús de símbols quan es fa referència a la posologia dels medicaments, pel potencial risc que poden representar per a la salut dels pacients.

Les abreviatures

- **Recomanacions generals d'ús:**
 - La primera opció és escriure sempre la forma desenvolupada d'un mot en lloc de la seva abreviatura.
 - Quan sigui realment necessari utilitzar alguna abreviatura, és millor que sigui coneguda o d'ús generalitzat (per exemple: *màx.* per *màxim*; o *etc.* per *etcètera*).
 - És molt important no utilitzar abreviatures en l'apartat de l'informe mèdic que fa referència als medicaments i les seves dosis, pel risc potencial que significa per als pacients cometre un error de medicació o dosificació fruit de la no comprensió.
- **Paràmetres de creació i escriptura:**

Primer de tot, hem de tenir en compte que no és recomanable crear abreviatures que ocupin els mateixos o gairebé els mateixos espais que el mot abreujat.

 - **Mecanismes de creació:** el mecanisme per omissió és el més productiu, més utilitzat i, per consegüent, el més recomanat quan creem abreviatures pròpies. Recordem que el procediment consisteix a suprimir la part final d'un mot a partir de la primera vocal d'una de les síl·labes del mot (incloent-hi aquesta vocal), tant si va darrere d'una consonant sola com si va darrere d'un grup de consonants (*dir.* = *director*; *butll.* = *butlletí*).

El segon procediment es fa per contracció. Com ja hem comentat, en aquest cas se suprimeix la part

interior del mot i sempre es manté una o algunes lletres inicials i una o algunes lletres finals (*mpal.* = *municipal*).

Hem de tenir en compte que les abreviatures porten, en la majoria dels casos, un punt al final i, en alguns casos, porten una barra inclinada. A més, hi ha casos especials que admeten tant el punt com la barra (per exemple, *f.* o bé *f/* per abreujar *foli*).

- Abreviatures de més d'un mot: si volem escriure una abreviatura composta de dos mots, cal que deixem un espai entre cada mot (*a. m.* per *ante meridiem* [abans del migdia]). No obstant això, existeix també un grup molt reduït d'abreviatures compostes que s'escriuen amb una barra al mig. És el cas, per exemple, de *s/d* i *s/n*, *sense data* i *sense número*, respectivament.
- Abreviatures i signes de puntuació: si el punt abreuiat coincideix amb el punt final d'una frase, només s'escriu un punt; passa el mateix amb els punts suspensius. Pel que fa a altres signes de puntuació, es mantenen tant el punt abreuiat com el signe corresponent.
- Majúscules i minúscules: en general, les abreviatures s'escriuen en majúscula o minúscula inicial segons com s'escriu el mot que abreugen. Per consegüent, les abreviatures de noms propis i les formes de tractament de persones s'escriuen sempre amb majúscula (per exemple, *Sr./Sra.* en lloc de *senyor, -a*; o *Dr./Dra.* en lloc de *doctor, -a*).
- Singular i plural: per un costat, les abreviatures creades per omissió no admeten marca de plural (*pàg.* en lloc de *pàgina* i *pàgines*). Per l'altre costat, les que han estat creades per contracció, sí que admeten variació de nombre (*Drs.* en lloc de *doctors*).
- Accentuació: les abreviatures mantenen l'accent dels mots als que fan referència (*màx.* per *màxim*, o *núm.* per *número*).

- Apostrofació: les abreviatures segueixen les regles generals d'apostrofació i, per tant, s'apostrofen de la mateixa manera que es faria amb el mot que abreugen (*l'alt.* per dir *l'altura* o *l'altitud*).

Les sigles

- Recomanacions generals d'ús:

El més recomanable és evitar la utilització de sigles dins d'un text, ja que els mots desenvolupats són molt més clars. No obstant això, si s'han d'utilitzar, és important tenir en compte que:

- La primera vegada que s'utilitza una sigla cal escriure la unitat desenvolupada i, a continuació, entre parèntesis, la sigla (per exemple, *bon estat general [BEG]*); i, si és una sigla estrangera, la seva traducció o equivalència. Un cop introduïdes la unitat desenvolupada i la sigla, ja es podrà utilitzar la forma abreujada al llarg del text.
- Cal evitar especialment l'ús de les sigles més desconegudes, les que s'utilitzen amb menys freqüència i les polisèmiques, ja que creen dubtes sobre el seu significat.
- Es recomana, també, evitar l'ús de sigles en el text si la unitat que es pretén abreujar no es repeteix més de tres vegades en tot el text.
- No és recomanable utilitzar sigles en títols o capçaleres.
- No s'ha d'utilitzar sigles per anomenar parts del cos (per exemple, *OD* per fer referència a *orella dreta* o *ovari dret*); tractaments (per exemple, *TIT* per *tractament intratecal*); proves diagnòstiques, etc.
- Si les unitats desenvolupades són semànticament opaques, cal explicar-ne el significat, per exemple, amb una paràfrasi.
- És preferible utilitzar la versió en català (o en castellà si és el cas) de les sigles. Sempre que sigui

possible, s'adaptaran les sigles a la llengua pròpia: *ADN* (en el cas del català i el castellà) en lloc de *DNA*, que correspon al sintagma en anglès. Només es pot utilitzar sigles estrangeres en casos d'ús generalitzat, quan hi ha dificultat per traduir-la, o bé quan es tracta de noms comercials.

- Paràmetres de creació i escriptura:

- Formació: en general, les sigles es construeixen amb la primera lletra de les paraules que componen la unitat desenvolupada (*CE = consultes externes*). Les paraules gramaticals (articles, preposicions i conjuncions) no acostumen a formar part de la sigla. Les sigles s'escriuen sense deixar espais en blanc i sense punts entre les lletres (*TC* i no *T.C.* ni *T C* per referir-se a *tomografia computacional*).
- Majúscules i minúscules: normalment s'escriuen en majúscules. Tot i així, hi ha excepcions com ara les sigles lexicalitzades (per exemple: *làser* [*Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation*]); o alguns noms propis que barregen majúscula inicial amb minúscules (com ara *Eumo* [Escola Universitària de Mestres d'Osona]). També hi ha persones o organismes que decideixen com s'han d'escriure les seves sigles; és el cas, per exemple, de la Universitat de Lleida (*UdL*).
- Accentuació: majoritàriament, les sigles no porten accent gràfic, excepte les que ja estan lexicalitzades.
- Partició al final de línia: les sigles no es poden partir al final de línia, a excepció de les sigles lexicalitzades, ja que són mots plens de la llengua que admeten aquest tipus de modificacions.

- Singular i plural: les sigles no lexicalitzades en català es poden mantenir invariables en nombre (especificant només el plural pel context) o bé poden formar el plural afegint una *essa* al final (*els CAP* i *els CAPs* o *les ONG* i *les ONGs*). Tot i així, es mantindran sempre invariables a) les sigles que es formen a partir d'un sintagma en plural (*les TIC*) i b) les sigles que designen entitats úniques i que són noms propis (*l'ONU*). A més, en català es desaconsella duplicar les lletres de la sigla per marcar el plural. No obstant això, hi ha algunes formes de sigles en plural fixades per l'ús o que s'utilitzen per influència.
- L'apostrofació: es fa segons les normes ortogràfiques de la llengua, tant si són sigles que es pronuncien com a mots (com, per exemple, *l'ISO*), o sigles que es lletregen (com, per exemple, *l'IPC* o *la UPF*) –tenint en compte si la vocal inicial es tònica o no–.
- Aspectes tipogràfics: les sigles s'han d'escriure sempre en rodona, encara que la seva forma desenvolupada vagi en cursiva, com és el cas de denominacions estrangeres, per exemple (el *PC* [*personal computer*])².

Els símbols

- Paràmetres d'escriptura:

- Aspectes tipogràfics: els símbols s'escriuen en lletra rodona (en cursiva només si es fa un ús metalingüístic) i no porten punt ni barra final (amb excepció del punt final d'una oració).
- Singular i plural: els símbols no tenen una forma gràfica del plural i sempre s'utilitzen en singular

²En aquest document hem escrit els exemples de les sigles en cursiva, perquè n'hem fet referència directa com elements de la llengua, és a dir, hem fet un ús metalingüístic dels exemples que hem triat. En aquest cas en concret hem deixat la sigla en rodona per demostrar el fenomen específic que volíem descriure.

(per exemple, *h* per dir *hora* i *hores*; o *gr* per dir *gram* i *grams*).

- Majúscules i minúscules: els símbols alfabetitzables d'unitats de mesura s'escriuen en minúscules (amb independència del tipus de lletra del text que els contingui), excepte en el cas dels símbols de les unitats derivades d'un antropònim (nom de persona), en els quals s'escriu la lletra en majúscula o si en té més d'una, només la primera en majúscula (per exemple, *Hz* [Herz]); una altra excepció és el símbol del litre que s'admet indistintament en minúscula i en majúscula: *l* i *L*. Hi ha altres tipus de símbols que s'escriuen amb majúscules, com ara les unitats monetàries (*EUR*, *USD*, etc.); els elements i les fórmules químiques (H_2O , *K*, *O*, etc.); i els punts cardinals (*N*, *S*, *SO*, etc.), entre altres.
- Sovint, els símbols s'utilitzen després d'una xifra; en aquests casos sempre hi ha d'haver un espai entre la xifra i el símbol (*25 mg*). Hi ha alguns casos especials en els quals els símbols s'escriuen sense deixar cap espai: *37°*, *10'*, *15"*. El símbol % es pot escriure separat per un espai fi de la xifra que acompanya o, si això no és possible tipogràficament, es pot enganxar a la xifra. En cap cas es pot separar el símbol d'una xifra al final d'una línia, és a dir, han d'anar sempre junts en la mateixa línia. Per evitar confusions, en una unitat composta no s'ha d'escriure més d'una barra de fracció: és millor escriure *mg/kg de pes al dia* que *mg/kg/dia*.
- Els símbols en la posologia dels medicaments:
A causa del risc potencial que significa per als pacients cometre un error pel que fa als medicaments i les seves respectives dosis, en aquest apartat donarem algunes recomanacions relacionades amb l'ús de símbols quan ens referim a medicaments i dosis:
 - Utilitzar el sistema mètric, excepte per a les teràpies que utilitzen unitats estàndard, com

insulines, vitamines, etc. Exemples del sistema mètric: quilogram (kg), gram (g), mil·ligrams (mg). En el cas de *litre* és recomanable fer servir la versió en majúscula *L*, ja que la minúscula *l* es pot confondre amb el número *1*.

- No utilitzar símbols no alfabetitzables (+, -, >, =, etc.). Per exemple, si un metge ajusta al pacient la dosi del medicament "xxx" amb la intenció de pujar la dosi inicial de 500 mg a 750 mg, però escriu en l'informe *250+* i li dona al pacient la recepta de 250 mg, el pacient o la seva família podria interpretar que s'ha de baixar la dosi a 250 mg.
- Utilitzar els números aràbics per representar les xifres (1, 2, 3...) i no utilitzar els romans.
- No fer servir símbols químics (per exemple: escriure *bicarbonat* en lloc de HCO_3).
- Evitar l'ús innecessari de números decimals i arrodonir les xifres de la dosi calculada sempre que sigui possible.

Altres recomanacions generals

Existeixen conceptes que tenen dues o més abreviacions, és a dir, conceptes amb els quals es pot utilitzar, per exemple, sigla i abreviatura (la sigla *PTA* i l'abreviatura *ptes.* per parlar de *pessetes*); o símbol i abreviatura (el símbol cm^3 i l'abreviatura *cc.* per fer referència a *centímetre cúbic*). En ambdós casos el més recomanable és utilitzar l'alternativa a les abreviatures: en el primer cas, és millor fer ús de les sigles (per l'ús més generalitzat i per evitar abreviatures pròpies); i, en el segon cas, els símbols (per l'ús normatiu i el reconeixement a nivell nacional i internacional).

Observacions finals

L'ús d'abreviacions és molt recurrent a l'hora de redactar informes mèdics. Justament per l'alta concentració i també l'opacitat semàntica que caracteritzen les abreviacions és molt important tenir present que l'ús

d'aquests mecanismes en textos sanitaris pot arribar a representar un obstacle de comprensió per als destinataris del text, que poden ser altres professionals sanitaris, però també pacients i familiars, sovint llecs en la matèria. En aquest sentit, poder entendre la informació mèdica és un dret que tenen els pacients i és especialment necessari que compreguin particularment els apartats de l'informe com ara el de diagnòstic o el de tractament, ja que, en cas contrari, es pot veure afectada, en major o menor mesura, la seva salut.

És per aquesta raó que els professionals que redacten informes mèdics han de ser conscients de les conseqüències que pot arribar a tenir sobre la salut dels pacients el no comprendre la informació mèdica. Tenir cura a l'hora d'utilitzar abreviacions significa utilitzar abreviacions només quan sigui estrictament necessari. Si no es pot evitar, s'han d'utilitzar abreviacions que siguin d'ús generalitzat per part de la comunitat especialitzada (especialment quan els equips mèdics estan formats per persones de diferents perfils professionals o, fins i tot, de diferents especialitats mèdiques) o bé que estiguin normalitzades per organismes nacionals o internacionals.

Per acabar, no podem oblidar que els especialistes sanitaris han d'estar compromesos amb una redacció de la informació mèdica més intel·ligible. En aquest sentit, si tenim en compte totes les recomanacions per crear i utilitzar abreviacions, podem contribuir a garantir una millor comprensió del text.

Cas pràctic i proposta de solució

Cas pràctic

Selecciona totes les abreviacions d'aquests fragments i digues si són sigles, abreviatures o símbols. Després, i tenint en compte els criteris d'escriptura que s'han explicat en el capítol, corregeix els errors de les abreviacions quan sigui necessari i explica per quin

motiu ho has fet. Per realitzar l'exercici pots utilitzar la taula de respostes que trobaràs a la pàgina següent.

- a) Antecedents patològics:
- No DM ni DLP
 - Hta en ttm farmacològic, refereix cardiomegàlia
 - Sd Sjogren
 - EPOC
 - Insufi cardíaca
 - Obesidad
 - I.Q: colecistectomia, hernia umbilical, histerectomia + ooforectomia
 - Tto actual: Seretide, Orfidal, Ventolin, Aldactone-A, Seguril, Tenso-stop, Pentoxifilina, Omeprazol, Natecal, Paracetamol, Nolotil, Liquifilm, Absorb inc orina, Voltaren emulgel
- b) Tractament:
- OMEPRAZOL 20 MG CÀPSULES..... 20 MG OR /24 H /DIA
- DIPIRONA(METAMIZOL) 2 GR AMPOLLES . 2 GR OR /8 H /DIA
- IBUPROFE 400 MG COMPRIMITS..... 400 MG OR /8 H /DIA
- c) Exploració física:
- i. TA:138/81 FC:76 Tª:36.4
- AU: 30 cm. FCF +
- Abdomen: No es palpa hipertó
- Genitals externs: normals
- Espècul: mucosa de cervix y vagina macroscòpicamente normal. No sagnat ni leucorrea.
- pH: àcid
- Test fibronectina: positiu (molt tènue)
- TV: cervix posterior, sembla format, permeable punta de dit
- Ecografia: LC: 27mm
- ii. (Urgencias): FC: 125 x', FR: 35 x', SpO2(basal en domicilio): 74%. AR: hipofonesis global y roncus dispersos.

Buen estado general, consciente y orientado, normohidratado, palidez cutánea. AC: T VP. AR: hipofonesis global con crepitantes discretos bibasales y roncus aislados. Abd: blando, depresible, no doloroso, sin masas

ni visceromegalias, peristaltismo conservado. Neur: no meningismo ni focalidad neurológica. No flapping. Tacto rectal: escasos restos de heces marrones, fecatest.

TAULA DE RESPOSTES:

Abreviació	Tipus d'abreviació	Forma desenvolupada	Forma correcta, si s'escau	Explicació, en cas que sigui incorrecta
DM	sigla	diabetis <i>mellitus</i>		
Hta	sigla	hipertensió arterial	HTA	Les sigles van en majúscula.
...				

PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

Abreviació	Tipus d'abreviació	Forma desenvolupada	Forma correcta, si s'escau	Explicació, en cas que sigui incorrecta
DM	sigla	diabetes <i>mellitus</i>		
DLP	sigla	dislipèmia		
Hta	sigla	hipertensió arterial	HTA	Les sigles van en majúscula.
ttm	abreviatura	tractament	tract.	Aquesta abreviatura per contracció no està ben formada. A més, ha de portar punt final.
Sd	abreviatura	síndrome	Sdme.	Aquesta abreviatura per contracció no està ben formada. A més, ha de portar punt final.
EPOC	sigla	enfermedad pulmonar obstructiva crónica	MPOC (en català)	Sempre que sigui possible, s'ha d'utilitzar la sigla en la mateixa llengua del text.

Abreviació	Tipus d'abreviació	Forma desenvolupada	Forma correcta, si s'escau	Explicació, en cas que sigui incorrecta
Insufi	abreviatura	insuficiència	Insuf.	Aquesta abreviatura per omissió no està ben formada. A més, ha de portar punt final.
I.Q	sigla	intervenció quirúrgica	IQ	Les sigles no porten punts entre les lletres.
Tto	abreviatura	tratamiento	Tto.	Les abreviatures acaben en punt.
MG	símbol	mil·ligram	mg	Els símbols no s'escriuen en majúscula.
OR	sigla	oral	or.	Les abreviatures no s'escriuen en majúscula i porten punt final.
H	símbol	hora	h	Els símbols no s'escriuen en majúscula.
GR	símbol	hora	g	Els símbols no s'escriuen en majúscula i cal utilitzar la forma normalitzada.
TA	sigla	tensió arterial		
FC	sigla	freqüència cardíaca		
T ^a	abreviatura	temperatura	T. ^a	Aquesta no és una formació comuna en català i té influència del castellà. En aquest cas, d'acord amb el que s'ha establert tradicionalment en tipografia, cal escriure la lletra amb un punt abans de la lletra volada.
AU	sigla	altura uterina		
FCF	sigla	freqüència cardíaca fetal		
+	símbol	símbol d'addició		

Abreviació	Tipus d'abreviació	Forma desenvolupada	Forma correcta, si s'escau	Explicació, en cas que sigui incorrecta
pH	símbol	potencial de l'hidrogen		
TV	sigla	tacte vaginal		
LC	sigla	longitud cervical		
27mm	símbol	mil·límetre	27 mm	Les xifres han d'anar separades del símbol amb un espai.
FR	sigla	freqüència cardíaca		
x'	símbol	per més el símbol de minut que s'utilitza en geometria	per min	El símbol de minut per fer referència al temps és <i>min</i> . A més, el símbol de multiplicació no es pot fer servir en lloc de <i>per</i> en aquest cas.
SpO2	símbol	saturació d'oxigen		
%	símbol	símbol de per cent		
AC	sigla	aparell circulatori		
TVP	sigla	trombosi venosa profunda	TVP	Les sigles no tenen espais al mig de les lletres.
AR	sigla	auscultació respiratòria		
Abd	abreviatura	abdomen	Abd.	Les abreviatures s'escriuen amb punt final. A més, no es recomana utilitzar abreviatures per fer referència a parts del cos.
Neur	abreviatura	neurologia	Neur.	Les abreviatures s'escriuen amb punt final.

Per saber-ne més

En aquest apartat trobareu alguns recursos en línia que us poden ajudar amb dubtes relacionats amb l'ús d'abreviacions en català i en castellà, tant per a la llengua general com per al context sanitari; i també trobareu algunes llistes d'abreviacions normalitzades.

- Recursos en català:
 - *Abreviacions*, Secretaria de Política Lingüística, Generalitat de Catalunya:
<https://llengua.gencat.cat/web/.content/documents/publicacions/altres/arxiu/abreivia.pdf>
 - *Abreviacions sanitàries*, Servei Català de la Salut (CatSalut), Generalitat de Catalunya:
http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Professionals/Recursos/altres_recursos_interes/serveis_linguistics/assessorament_linguistic/documents/abreviacions.pdf
 - *Abreviatures, sigles i símbols*, Serveis i recursos lingüístics, Idiomes Universitat Politècnica de Barcelona:
<https://www.upc.edu/slt/ca/recursos-redaccio/criteris-linguistics/abreviacions>
- *Convencions formals. Abreviacions*, Servei Lingüístic, Universitat Oberta de Catalunya:
<https://www.uoc.edu/portal/ca/servei-linguistic/convencions/abreviacions/abreviatures/index.html>
- *Llibre d'estil*, Universitat de Barcelona:
<https://www.ub.edu/cub/criteri.php?id=310>
- Recursos en castellà:
 - *Apéndices, Diccionario panhispánico de dudas*, Real Academia Española:
<https://www.rae.es/diccionario-panhispanico-de-dudas/apendices>
 - *Diccionario de siglas médicas*, Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM):
<http://www.sedom.es/diccionario/>
 - *Siglas médicas en español*, Cosnautas:
<https://www.cosnautas.com/es/catalogo/diccionario-siglas-medicas>

Bibliografia

- Casado Velarde, M. (1999). Otros procesos morfológicos: acortamientos, formación de siglas y acrónimos. A Bosque, I., Demonte, V. (Eds.), *Gramática descriptiva de la lengua española. 3: morfología*. Madrid: Espasa.
- Gegúndez Fernández, J. A. (2002). La invasión de las siglas y acrónimos en las publicaciones científicas: el fenómeno lexicogenésico. Recuperat de: <http://www.oftalmo.com/seo/2002/07jul02/01.htm>
- Pallejà, J. F. (2012). Els informes mèdics són entenedors per a qui els ha de llegir? *Llengua, Societat i Comunicació*, 10, 53-62.

Elements sintàctics dels informes mèdics

Mercè Lorente i Òscar Pozuelo

Introducció

La sintaxi és el component de la gramàtica que descriu i explica l'estructura de les oracions, per a cada llengua o per a famílies lingüístiques, i, fins i tot, s'ocupa dels aspectes gramaticals que comparteixen totes les llengües (universals del llenguatge). De manera complementària, i no menys important, des de la gramàtica normativa, la sintaxi ens mostra quines oracions estan ben construïdes i quines no, segons el model de referència que adoptem en cada comunitat lingüística.

El discurs especialitzat està configurat pel conjunt de textos orals i escrits que els especialistes d'una matèria emeten en contextos acadèmics i professionals. Els articles en revistes científiques, les conferències en congressos, les tesis doctorals i de màster o els manuals universitaris són bones mostres de textos especialitzats que genera l'activitat acadèmica. Però l'activitat professional dels metges i de la resta de personal de la sanitat també genera altres models de textos especialitzats, com els historials mèdics dels pacients, les memòries institucionals, els protocols d'actuació hospitalària, els prospectes farmacològics o els informes d'alta clínica, per posar alguns exemples. Podem dir que uns i altres són gèneres distints dins de la producció de textos mèdics.

És evident que aquests gèneres presenten diferències clares en extensió, format o estil. Si observéssim el lèxic inclòs en mostres dels diversos gèneres, podríem comprovar que, malgrat les diferències formals a tots els tipus de gèneres, compartirien una densitat terminològica molt alta, com es tracta en el capítol «La terminologia en els informes mèdics». Si, en canvi, revisem la sintaxi en els diversos gèneres, copsarem, d'entrada, que dins dels gèneres de l'article científic o de

la tesi doctoral n'hi ha que presenten oracions llargues i complexes, amb molta subordinació, amb incisos o amb relacions anafòriques intraoracionals, mentre que en gèneres com el de l'informe d'alta mèdica, les estructures oracionals són molt simples, de vegades no arriben a ser oracions completes.

Diversos estudis lingüístics sobre els textos especialitzats coincideixen a afirmar que la sintaxi no és un aspecte significativament diferenciador respecte de la llengua general no especialitzada, sobretot si ho comparem amb els aspectes lèxics i semàntics. Les estratègies comunicatives generals, que es projecten mitjançant les estructures i les funcions gramaticals corresponents, es reproduïxen sense canvis en els textos especialitzats, orals o escrits. Hi ha, però, també consens en la consideració que el discurs científic, i concretament el discurs mèdic, presenta una tendència marcada cap a l'expressió de la impersonalitat i la neutralitat, i cap al propòsit de la màxima precisió (Hoffmann 1998: 41; Gutiérrez Rodilla 2005: 23; Álvarez Jorge 2008: 7).

Ara bé, encara que els recursos gramaticals usats en els textos especialitzats siguin tots els comuns que la llengua posa a disposició dels parlants, la caracterització sintàctica concreta d'un text pot variar d'un autor a un altre i, sobretot, pot variar d'un gènere a un altre. La complexitat dels missatges i l'economia expressiva són dos pols d'un mateix eix que ens mostra la variació de la sintaxi en els textos especialitzats de gèneres diferents. Així, autors com Hoffmann (1998), Riera (2005) o Vázquez y del Árbol (2006) es refereixen a «construccions sintàctiques complexes» i d'altres com Álvarez Jorge (2008) o Lorente i Pozuelo (2019) destaquen que el principi d'economia imposa una sintaxi simple amb estructures breus. Uns resultats tan diferents només es poden explicar perquè aquests

estudis es refereixen a gèneres discursius diferents dins del discurs científic o professional.

És per això que aquí ens proposem descriure les tendències que presenta la sintaxi en el gènere de l'informe d'alta mèdica, explicar-les a partir de les condicions de la situació comunicativa en què es produeix, detectar-hi els problemes d'ambigüitat que poden generar i, finalment, proposar algunes recomanacions per millorar la comprensió d'aquest tipus de textos entre els receptors finals (pacients i familiars).

Característiques sintàctiques i problemes dels informes mèdics

Les situacions comunicatives en què es generen els informes d'alta mèdica, o informes mèdics en general, es caracteritzen, a grans trets, pels següents aspectes:

- L'informe es redacta al final d'una visita, o en alguns casos al llarg de tota una seqüència d'interaccions amb el pacient, incloses les observacions periòdiques i la implementació de proves clíniques, amb interrupcions.
- El temps emprat per a la redacció, en un cas o altre, és breu.
- L'espai per a la redacció tampoc no afavoreix, en la majoria de casos, la producció d'un text gaire elaborat.
- Les interaccions orals, si el pacient és un infant o si té limitacions d'alguna mena, les fa el metge amb els pares o els responsables.
- El text generat té diversos destinataris: el pacient mateix, o els seus familiars, l'administració hospitalària o altres especialistes.

En aquestes circumstàncies no ens ha d'estranyar que l'informe mèdic sigui un text succint, amb una sintaxi molt simplificada. Cal tenir en compte, a més, que l'informe mèdic forma part de la història clínica del pacient, molt més extensa, sobretot en

casos de malalties greus o de malalties cròniques.

La mitjana d'extensió dels informes mèdics analitzats, provinents d'hospitals catalans, és de 300 paraules aproximadament, tot i que n'hi ha de 70 paraules i d'altres que arriben a 500.

En general, els centres hospitalaris ofereixen al personal mèdic unes plantilles (primer, en paper; ara ja, en format electrònic) que estructurin el contingut dels informes en apartats (amb denominacions diverses), cosa que afavoreix també la simplicitat sintàctica de la redacció. Tot i que aquestes plantilles varien d'un centre a un altre, els apartats mínims que hi apareixen són (també es pot consultar el capítol «L'informe mèdic»):

- El recull d'antecedents o l'anamnesi, inclosa la simptomatologia que causa l'ingrés del pacient («Motiu d'ingrés», «Anamnesi», «Antecedents»).
- La relació d'observacions i proves clíniques que s'apliquen i els resultats («Actuació a urgències», «Exploracions», «Evolució»).
- La recomanació mèdica final («Nota d'alta»).

Després de l'anàlisi d'un nombre significatiu d'informes d'alta mèdica d'hospitals diversos, indiquem a continuació algunes de les característiques rellevants de la sintaxi emprada en general (Lorente i Pozuelo 2019), il·lustrades amb exemples extrets d'informes d'alta clínica anonimitzats. Hem reproduït els fragments exemplificadors literalment, sense aplicar-hi cap correcció.

Les llistes

En general, dins dels apartats esmentats, hi trobem llistes de seqüències que solen ser unitats terminològiques, sovint acompanyades d'un adjectiu modificador que expressa un estat, o bé acompanyades d'un quantificador o d'un adverbi:

- (1) Afebril. Menja bé. No diarrea. Avui al mati un vòmit mucós.

- (2) Exploració neurològica: Conscient, contacte social escàs (la mare refereix que és menor de l'habitual), marxa inestable.

Les llistes són la màxima expressió de la manca d'elements sintàctics emprats. El pes de la terminologia compensa a bastament l'ús d'altres recursos expressius.

El problema general de la manca d'elements sintàctics explícits (verbs amb flexió de persona i connectors interoracionals, sobretot) rau en l'increment potencial de l'ambigüitat interpretativa. Tot i amb això, a l'apartat «Els paràgrafs redactats i els connectors» veurem que, en les llistes incloses en els informes mèdics, és més problemàtica la comprensió de la terminologia o dels adjectius que s'hi inclouen que no pas l'absència de formes verbals, com podem observar en els exemples següents:

- (3) [El pacient està] Afebril. Menja bé. No [presenta] diarrea. Avui al mati [ha patit] un vòmit mucós.
- (4) Exploració neurològica: - [El pacient està] Conscient, [mostra un] contacte social escàs (la mare refereix que és menor de l'habitual), [presenta una] marxa inestable.

Els paràgrafs redactats i els connectors

Enmig de les llistes de termes, també hi trobem alguns paràgrafs redactats que ens permeten analitzar els escassos recursos gramaticals emprats.

Aquests fragments mostren, en general, un ús molt bàsic de la puntuació, amb comes i punts i seguit. Alguns informes més llargs també presenten l'ús de parèntesis, que inclouen incisos o aclariments, com podem observar en l'exemple següent:

- (5) Antecedents personals: - Signo de Lowe. Catarata congénita bialteral Intervenido. Epilepsia desde el 2010 en seguimiento a CCEE de Neurologia (dra. Perez). ultim EEG el 22/07/2011. Refereixen que li van augmentar la dosi de l'etosuximida però el

deixava molt aixafat pel que li van disminuir la dosi presentant de nou un augment del número de convulsions. Actualment fenobarbital en descens (avui última dosi).

La coordinació entre unitats terminològiques o entre altres estructures sintagmàtiques es manifesta mitjançant la conjunció *i* o bé amb el símbol +, en alguns casos, com podem observar en els exemples següents:

- (6) Per la presència de tos productiva d'expectoració verdosa, s'ha indicat tractament antibiòtic empíric amb Amoxi + Clavulànic, sense evidència de pneumònia, i amb bona evolució clínica.
- (7) Int. Hartmann + sigmoidectomia radical el 10/07 per peritonitis fecaloidea difusa 2aria. neoplàssia sigma + diverticulitis perforada (T3N0M0). Ha seguit tto Qtadjuvant i controls per oncologia normals.

En canvi, hi ha una manca evident de connectors discursius entre paràgrafs. Si n'hi ha, aquests connectors també són conjuncions copulatives (*i*, *ni*) o, més excepcionalment, l'adversativa *però* o la condicional *si*, com podem observar en els exemples següents:

- (8) Refereixen que li van augmentar la dosi de l'etosuximida però el deixava molt aixafat pel que li van disminuir la dosi presentant de nou un augment del número de convulsions.
- (9) Es parla amb neurologia (Dra Pineda), que recomana augmentar Keppra a 600mg/12 hores i veure evolució i, si continua la clínica, ingrés.

Com en les llistes de l'apartat anterior, la simplicitat de la puntuació o dels connectors interoracionals en els fragments redactats no suposa cap problema per a la comprensió del text.

L'ordre dels components de l'oració

L'estructura sintàctica dels paràgrafs redactats, en els informes analitzats, sempre manté l'ordre canònic

de l'oració (subjecte-verb-complement), com podem observar en els exemples de verbs en veu activa amb subjecte explícit no elidit:

(10) La mare dubte de que respirés durant uns segons.

(11) La pacient ha tolerat bé el decúbit i curtes deambulacions, encara que amb dispnea de petits esforços atribuïbles a la disfunció ventricular.

En els verbs en veu passiva o passiva pronominal, i en alguns altres verbs en veu activa (els anomenats pels lingüistes verbs inacusatius), se segueix també l'ordre oracional habitual (si cal, amb el subjecte en posició postverbal), com en els exemples següents:

(12) Davant el resultat de les exploracions i l'estabilitat el pacient és donat d'alta.

(13) Es sol·licita analítica sanguínia amb nivells de valproat.

(14) Neix un nen amb un pes de 3.410 grams, test d'Apgar 5-9-10 i amb destí a neonatologia.

(15) En els darrers dies ha aparegut tos irritativa, acompanyant a rinorrea aquosa i irritació faríngea.

(16) Caldrà fer seguiment a C. Externes de Nefrologia el dia i hora indicats.

De manera semblant al cas exposat en l'apartat anterior, fora de ser un problema, l'ordre canònic dels components de l'oració facilita l'exposició clara i lògica dels continguts, sense deixar de reforçar la simplicitat sintàctica característica dels informes mèdics.

Els verbs

Tots els informes contenen verbs flexionats, és a dir, formes verbals que expressen explícitament les marques de persona i de temps. Cal dir, tanmateix, que el nombre de verbs no és proporcional a l'extensió mitjana dels informes ni dels paràgrafs redactats, la qual cosa ens indica que les oracions solen ser llargues i solen contenir

pocs verbs i, per tant, poques oracions subordinades. Els verbs flexionats es distribueixen en el conjunt d'informes analitzats de la següent manera: el 20% dels informes n'inclouen 2 o 3; el 27% dels informes, 5 o 6; el 33% dels informes, de 9 a 12; i el 20% restant, de 17 a 20.

Més del 70% dels informes contenen també verbs en forma no personal (infinitius, gerundis i participis), en un nombre que varia entre una i set ocurrences per informe, però sovint es tracta de gerundis de simultaneïtat, que, des del punt de vista del contingut, equivaldrien a clàusules subordinades amb un pronom de relatiu i un verb flexionat. Cal destacar que, d'entre els informes analitzats, el que conté més verbs flexionats també és el que inclou més verbs en forma no personal, cosa que ens indica que la variable de l'autor és molt significativa, en aquest cas.

Entre els participis, cal ressaltar que n'hi ha que denoten un ús fraseològic, és a dir, una combinatòria freqüent i restrictiva amb el substantiu que modifiquen, com veiem als exemples següents:

(17) Nen de 6 anys **afecte** de Sd Lowe.

(18) Paciente **conocido** en el Hospital con Síndrome de Lowe.

(19) Diabetes mellitus II, coneguda des dels 78 a, **controlada** amb dieta.

(20) Això es prolonga durant un minut de duració amb hipotonia **generalitzada** sense respondre a estímuls.

Podríem pensar que la manca o l'escassa presència de verbs flexionats o en forma no personal podria contribuir a la falta de comprensió dels paràgrafs redactats. No obstant això, en els textos analitzats, l'elisió de verbs no genera problemes de comprensió, perquè els verbs elidits es corresponen amb verbs de significat existencial (*haver-hi*, *tenir*, *presentar*, o semblants), que es poden recuperar amb facilitat en la descodificació del

text. En els següents exemples posem entre claudàtors el verb reconstruït possible:

(21) [Mostra] Urea i creatinina normals.

(22) [Té] Calendari de vacunes oficial al dia.

(23) No [presenta] signes meningitis.

(24) No [hi ha] signes de dificultat respiratòria.

(25) [S'observa] Bona coloració.

La poca claredat d'alguns fragments del text és causada més per la terminologia poc transparent per al no expert que no pas per l'elisió verbal.

Les classes d'oracions

En els paràgrafs redactats predomina la juxtaposició d'oracions simples, com alternativa a les llistes.

Tanmateix, pràcticament el 15% dels informes conté també oracions coordinades, i un 60% dels informes inclou oracions subordinades, tot i que amb poques ocurrències:

(26) S'ha mantingut l'Amiodarona, **que** es podria discontinuar i substituir per Digoxina **si** recau en fibril·lació auricular.

(27) Lactant de 6 mesos **que** consulta a urgències a les 24h de presentar (segons explica la mare) mentre dormia i després de fer un soroll, episodi de aparent desconexió ambiental i dubtosa apnea, **doncs** potser hi estava una mica pàlida **però** no s'ha constatat cianosis (el pare també l'ha vist).

Les oracions subordinades documentades en els informes mèdics pertanyen a les següents classes:

- Oracions subordinades de relatiu: «Han ido al CAP donde se ha administrado zumo y se remite a valoración»; «Es parla amb neurologia, que recomana augmentar Kepra».
- Oracions subordinades condicionals: «Pasados tres días, si no hay resultado, subir a 5 gotas»; «quan dorm si la estimula de seguida es mou i reacciona».

- Oracions subordinades concessives: «aunque al no tener una insuficiencia renal severa y solo una enfermedad renal crónica estadio 1 no reúne los requisitos necesarios para solicitar GH como paciente renal»; «No parestèsies o debilitat a EEII acompanyants, encara que presenta impotència funcional pel dolor».
- Oracions subordinades adverbials causals: «se contacta con Nefrología (ya que tenia Ingreso pendiente por este servicio)»; «La causa d'aquesta no ha estat ben establerta, ja que no hi ha història de consum enòlic ni de malaltia sistèmica».
- Oracions subordinades adverbials temporals: «refereix augment del nombre de crisis des de fa un mes i mig»; «hace dos meses se le agregó fenobarbital».

La relació sintàctica de subordinació es manifesta també mitjançant construccions de verbs en forma no personal. Fora de les construccions d'infinitiu, que sovint fan la funció de complement directe d'un altre verb, i de les de participi de funció adjectiva, en les construccions de gerundi i en la resta de construccions d'infinitiu i de participi, la funció gramatical més freqüent és l'adverbial. En el corpus d'informes analitzats hem documentat ocurrències de construccions amb verbs no personals que expressen valors de causa, conseqüència, posterioritat, anterioritat o simultaneïtat:

(28) Me avisan **por presentar** crisis de irritabilidad. [causa]

(29) **Al no poder descartar** la toxicitat neuropàtica del Velcade, es preveu continuar el tractament de la malaltia amb esquemes de tercera línia (que es confirmaran segons la propera evolució). [causa]

(30) Ingressa **per presentar** des de fa 24 hores sortida de líquid hemàtic per 1/3 inferior de la ferida i ahir nit febre fins 38, sense altre simptomatologia acompanyant. [causa]

- (31) Dada la clínica que presenta. [causa]
- (32) Donada l'insistència de la família i la valoració del seu pediatre amb augment del nombre de crisis habituals, es decideix ingrés per control evolutiu i estudi. [causa]
- (33) Es realitzen les exploracions complementaries i donada la historia de EAL i els antecedents familiars es decideix sol·licitar monitorització domiciliària. [causa]
- (34) Incluso se deteriora el nivel de conciencia encontrándose somnoliento con niveles de carbamazepina incluso subterapéuticos. [conseqüència]
- (35) Davant la patologia de base i la inestabilització en dies previs es decideix l'ingrés per Neurologia, pautant el mateix tractament domiciliari, per via oral. [posterioritat i conseqüència]
- (36) Posteriorment ingressa a planta on ha seguit una bona evolució, ajustant la mediació [la medicació] iniciada i afegint posteriorment carvedilol amb bona tolerància i resolució clínica i radiològica dels signes d'IC. [posterioritat i conseqüència]
- (37) S'inicia tractament broncodilatador, corticoide i antibiòtic amb amoxicil·lina clavulànic, prosseguint alimentació amb dieta de disfàgia i millorant la clínica. [posterioritat i conseqüència]
- (38) Refieren que el día del ingreso presenta episodio de desconexión, con mirada fija y e hipotonía, asociando posteriormente parpadeo y movimientos clónicos generalizados, de unos 3 minutos de duración. [posterioritat]
- (39) No va requerir cap maniobra de reanimació, restant assintomàtica la resta de la nit i durant el dia. [posterioritat]
- (40) Pendent IQ per endometriosis ovàrica bilateral, ja realitzats preoperatoris i pendent visita anestesia. [anterioritat]

(41) Deambulació normal, sense cansar-se, però intentant caminar una mica més cada dia. [simultaneïtat]

(42) Coincidint amb aquesta arítmia va presentar insuficiència cardíaca. [simultaneïtat]

Amb una presència més reduïda, un 25 % dels informes inclou construccions d'infinitiu, que exerceixen la funció sintàctica de complement directe del verb principal:

(43) Dr. Camacho aconseja aumentar la dosis de solución de sohl.

(44) es decideix iniciar valproat.

Si comparem les oracions subordinades introduïdes per conjuncions o locucions conjuntives amb les construccions subordinades de verbs no personals, podem copsar que les primeres no comporten problemes de comprensió, fora dels lligats a la terminologia inclosa. En canvi, les construccions de verbs no personals, sobretot les de gerundi, a causa de la variació semàntica que presenten, poden produir interpretacions ambigües.

L'expressió de la impersonalitat

Dèiem a l'apartat «Introducció» que els estudis sobre discurs científic, i especialment el discurs mèdic, ens recordaven que una de les variables que caracteritzen la sintaxi d'aquests textos especialitzats és la tendència a amagar la veu dels autors tot utilitzant formes verbals impersonals o passives. Aquest recurs es basa en la idea d'evitar qualsevol traça de subjectivitat i reforçar la desitjada objectivitat científica, i s'aplica regularment en articles científics i en tota mena de textos acadèmics. Observem aquí si la tendència es reproduïx també en els informes mèdics.

En els informes analitzats, els verbs de les oracions dels paràgrafs redactats es limiten, gairebé sempre, a flexió de tercera persona, que es distribueix en dos

grans blocs: oracions de veu activa en les quals el pacient o els progenitors actuen de subjecte explícit (exemple 45); i oracions impersonals o passives pronominals en les quals s'elideix l'argument que actuaria de subjecte (exemples 46), que en aquest cas correspon regularment al metge o a l'equip mèdic:

(45) el paciente se revuelve y hace defensa abdominal.

Els pares han administrat diazepam de 5mg.

(46) Se administraron 2 dosis de ampicilina.

Posteriorment es canalitza una via i es sol·liciten nivells de valproat.

A banda de la tercera persona, en el corpus d'anàlisi hem detectat algunes formes verbals (sovint en plural) i alguns pronoms de primera persona que fan funció de complement, que continuen amagant el referent concret d'aquesta primera persona, que és el metge que redacta l'informe:

(47) Una hermana del abuelo paterno, fallecida a los 11 años, presentaba un síndrome congénito que desconocemos; un hermano de ésta, falleció a los 20 días, desconocemos la causa.

(48) Me avisan por presentar de nuevo crisis de irritabilidad.

(49) No refiere c. isquèmica, segueix controls per cardiòleg de zona, no disposem d'informació, va fer ttm durant dos anys al 2003 amb sintrom, que posteriorment es va retirar.

(50) El citem a consulta externa de gastroenterologia per realitzar pH metria esofàgica.

(51) Donada la discreta elevació de PSA aconsellem valoració per uròleg de zona.

(52) Irbesartan (desconeixem la dosi).

(53) Donada la seva estabilitat clínica, donem alta hospitalària.

(54) Considerem retirar el tractament que duia crònicament amb AAS i que de ben segur ha influït en la gastropatia erosiva.

(55) Davant la sospita de cel·lulitis peri-orbitària preseptal iniciem antibioticoteràpia endovenosa amb Augmentine, administrem urbason i ibuprofè per la inflamació.

(56) Atribuïm totes aquestes dades al tractament amb topiramát que disminuïm i aconsellem retirar en una setmana.

(57) Programem analítica i visita de control a neurologia en 5 setmanes.

(58) Hem retirat tractament amb amiodarona per persistència de ritme sinusal i petites altracions tiroidees.

(59) En l'anàlisi practicada s'observa una petita banda monoclonal que de moment considerem benigne (banda petita, sense altra sospita, no anèmia ni hipercalcemia ni insuficiència renal).

Com podem comprovar, doncs, l'ús de formes impersonals o passives, general en altres textos, es concentra, en el cas dels informes mèdics, en les oracions en què parla el metge o que es refereixen a accions o decisions mèdiques. Aquesta aplicació sistemàtica, si més no en els exemples d'informes mèdics analitzats, no sembla que pugui conduir a interpretacions ambigües, ni a d'altres problemes de comprensió. Tanmateix, per a la transparència de la comunicació mèdica general, i tenint en compte que en certes històries clíniques hi ha un munt d'informes mèdics, seria bo tendir cap a l'expressió de la primera persona en l'apartat final de l'informe, de presa de decisions.

Missatges assertius i evidències

Respecte de la modalitat textual dels informes mèdics, cal dir que la majoria de les oracions es formulen en la modalitat assertiva o d'afirmació, generalment amb el

verb flexionat en present d'indicatiu. Només es fan servir temps verbals de passat quan es fa referència a fets previs a l'ingrés hospitalari:

- (60) la niña **ha tenido** tendencia a estar sola.
- (61) **Se registró** un evento electro-clínico consistente en una descarga generalizada de complejos de punta-onda de elevado voltaje y morfología irregular.
- (62) Crisi a les 2:30 del dia 31/05 (un hora després de carbamacepina 3 ml), que **va durar** 4 minuts, també amb diazepam.
- (63) Nen de 6 anys afecte de Sd Lowe portat a UCIEs pel SEM per **haver presentat** a domicili episodi inicialment d'absència amb hipotonia d'uns 3 minuts de duració seguit de moviments de parpadeig i moviments clònics generalitzats pel que els pares **han administat** diazepam de 5mg amb el que ha cedit durant uns 5 min i als 10 minuts del primer **ha presentat** una nova crisi. A l'arribada del SEM **s'ha col·locat** via perifèrica sense administrar nova medicació.
- (64) **Es procedí** a la instauració d'una ventilació mecànica no invasiva amb aparell de BIPAP, que només tolerà durant una hora.

També és excepcional l'ús del subjuntiu, imposat per la gramàtica en el cas d'oracions subordinades («cuando las circunstancias así lo **requieran**»; «sense que el pacient **tingués** sensació d'èrrega»).

La modalitat assertiva no demana necessàriament la presència de reforçadors verbals tals com *es confirma*, *demostram*, *evidenciam*, etc. En canvi, en el camp «Nota d'alta» sí que sol haver-hi força ocurrences de l'expressió *es decideix*, que no seria ben bé un reforçador verbal tal com l'entén l'estudi de la modalitat, sinó més aviat una marca d'explicitació de l'emissor, el metge, que en altres oracions hem vist que s'amaga (verbs impersonals i passius), però que en les conclusions de l'informe assumeix la presa de decisions final:

(65) Donat els antecedents del pacient **es decideix** ingrès per a control evolutiu.

(66) **Decidim** ingrès per observació.

En les llistes i ens els paràgrafs redactats hi ha també alguns adjectius, com *present*, *evident*, que actuen de reforçadors dels símptomes que el metge ha detectat en l'exploració («Pulsos presents», «moviments fetals presents», «Hipotonía evidente que condiciona la marcha», «sense malformacions externes evidents»). En la mateixa línia, també identifiquem en el corpus analitzat la construcció verbal en castellà *poner en evidencia* amb la mateixa funció discursiva («[El retraso psicomotor] Se pone en evidencia desde las primeras etapas madurativas»), diverses formes verbals del verb *presentar*, en català o en castellà, i el sintagma *sense evidència/sin evidencia*.

Les construccions que expressen una causa són també un bon indicador del grau d'evidència, ja que una bona explicació reforça una bona descripció assertiva. Tot i que hem vist a l'apartat «L'ordre dels components de l'oració» que l'informe mèdic conté oracions subordinades causals i construccions de verb no personal de funció causal, normalment les localitzem en els apartats de l'informe sobre antecedents o motivació d'ingrés. En el corpus analitzat no documentem cap ocurrencia de construccions causals de caràcter explicatiu en relació amb l'exploració clínica, els símptomes, les proves o les conclusions del camp «Nota d'alta». No hi ha, per tant, explicacions que aclareixin què signifiquen o què impliquen les accions que es realitzen durant l'ingrés, o els resultats que se'n deriven.

Òbviament, la modalitat assertiva no comporta problemes de comprensió del missatge, excepte els derivats de la terminologia inclosa. Ara bé, hem vist que l'expressió de marcadors d'evidencialitat poden ajudar a una comprensió més profunda dels textos i, per tant, a una incorporació més proactiva del pacient o dels familiars en les interaccions mèdiques.

Missatges de dubte i recomanacions

Més enllà de la modalitat assertiva, la presència d'altres modalitats textuais és molt reduïda en els informes mèdics, però hi ha alguns casos de modalitat dubitativa i de modalitat imperativa.

La modalitat dubitativa s'expressa prototípicament mitjançant el verb *dubtar*, que s'associa generalment a les informacions que aporten els familiars dels pacients («la mare dubta de que respirés durant uns segons»).

La modalitat dubitativa vinculada a la simptomatologia acostuma a presentar formes més indirectes, com:

- Adjectius (*possible, presuntivo, dubtós, (im)probable, aparent*): «Diagnóstico **presuntivo**», «Febre per **possible** infecció respiratòria», «**dubtosa** activitat sinussal irregular», «Es considera **probable** l'existència d'un deteriorament cognitiu, amb síndrome confusional lleu associada», «MIELOMA MÚLTIPLE IgG lambda IIA, amb bona resposta **aparent** al tractament».
- Locucions adjectives (*a determinar, a concretar*): «Convulsiones de etiología **a determinar**», «Revaloració a Hospital de Dia de Pneumologia en data **a concretar**».
- Verbs (*semblar*): «Reflejos **parecen** normales», «Tumoració quística hipogastrica que **sembla** adherida de 6 cm d'eixos».
- Adverbis (*dubtosament, aparentment*): «Emite sonidos bisílabos, **dudosamente** propositivos», «Ingesa lactant de 6 mesos de vida per observació i estudi per episodi **aparentment** letal».
- Sintagmes verbals: «**se establece la duda** de si es secundario a las contracturas musculares o están realmente débiles», «**S'havia considerat la possibilitat** d'una polineuropatia».

La modalitat imperativa està vinculada al camp «Nota d'alta» i és poc freqüent. S'expressa mitjançant la tipologia de verbs següent:

- La forma verbal d'infinitiu, usat amb valor imperatiu: «EVOLUCIÓN: **Ver** informes previos», «REVISIONES: **Solicitar** cita en nuestra Consulta tras realización de EEG», «Observacions: **Seguir** repòs relatiu domiciliari i control per part del seu ginecòleg en una setmana», «Recomanacions. **Retirar** grapes al seu CAP el proper 21/01/2009».
- Les formes verbals flexionades en temps futur o en mode imperatiu: «Ante cualquier duda o empeoramiento del estado general, **consulte** a su pediatra o **vuelva** al servicio de urgencias», «Ha de seguir controls a través del seu equip de Primària habitual i **farà** un control a CCE de digestiu per valorar el resultat de les endoscopies alta i baixa i de l'estudi immunològic».
- Les perífrasis d'obligació: «No precisa revisiones en esta consulta, **debiendo seguir** las revisiones y controles que le vayan indicando en el hospital U. Virgen de la Arrixaca de Murcia», «**Debe realizar** dosajes de ácido valproico», «**Ha de seguir** control pel seu pediatre», «**caldrà seguir** control pel seu Cardiòleg ahora que el controlará també el seu metge de capçalera».

Les perífrasis de possibilitat són escasses (només un parell d'ocurrències en el corpus analitzat) i també estan vinculades a les recomanacions per al pacient en l'apartat d'alta:

- (67) **Puede seguir** un régimen de vida y alimentación normal, con las limitaciones propias de su edad, debiendo atenerse en este sentido a las indicaciones de su médico pediatra de cabecera.
- (68) Dicho Centro debería disponer de personal sanitario que **pueda tratarla** en caso de crisis epilépticas, administrar medicación, alimentación por gastrostomía, aspirar secreciones respiratorias u otros problemas que puedan surgir.
- (69) S'ha mantingut l'Amiodarona, que es **podria** **discontinuar** i substituir per Digoxina si recau en fibril·lació auricular.

Les construccions condicionals localitzades en els informes corresponen a oracions que contenen també formes imperatives:

- (70) Si [sufre] crisis , stesolid rectal 5 mg y acudir a centro médico más cercano.
- (71) es preciso insistir en la estimulación de todas las áreas de comunicación, incentivando si es necesario el entrenamiento del lenguaje no verbal para facilitar dicha comunicación.
- (72) Pasados tres días, si no hay resultado, subir a 5 gotas dos veces al días y contactar con la consulta.
- (73) [Administrar] Analgèsia si precisa amb paracetamol i/o ibuprofeno.
- (74) Si reinicia dinàmica uterina o presenta hidrorrea acudir a urgencies abans.
- (75) Acudir abans a urgencies si presenta dolor persistent, febre o altres signes d'alarma.

Entenem la necessitat de l'expressió dubitativa en alguns aspectes relacionats amb la simptomatologia, però per a la bona comprensió de l'informe mèdic seria preferible usar adjectius comuns o, encara millor, verbs flexionats d'ús comú, que puguin ser interpretats adequadament pels pacients i familiars.

Per altra banda, en l'expressió de les recomanacions, cal destacar que les opcions del verb flexionat en mode imperatiu i de les perífrasis d'obligació sempre són molt més clares per al receptor que no pas l'ús de l'infinitiu amb valor imperatiu. A banda, cal recordar que aquesta opció no és una solució normativa per a la llengua catalana.

La negació

En el camp d'exploració física de molts dels informes analitzats detectem l'ús de la negació, expressada mitjançant els procediments diferents:

- L'adverbi *no*, seguit d'un sintagma nominal (amb elisió del verb): «no signos meníngeos», «No patología general ni neurológica en este primer mes de vida», «Abdomen: tou, depressible, no masses ni megàlies», «No signes de dificultat respiratòria».
- L'adverbi *no*, seguit d'un adjectiu («Abdomen blando, no doloroso»), d'un participi («Hermana de abuelo paterno falleció a los 11 a. con un síndrome congénito no filiada», «Ecocardio: VE no hipertrofiat ni dilatat»), d'un verb («No ha requerit administració de diazepam», «No refereixen febre ni cap altra simptomatologia acompanyant») o d'una perífrasi de possibilitat («ECG no puede realizarse por falta de colaboración [niño muy inquieto]»).
- El verb *negar*, seguit d'un sintagma nominal: «Niega fiebre y otros síntomas», «Nega al·lèrgies conegudes».
- La preposició *sense*, seguida d'un sintagma nominal o d'un verb en infinitiu: «Abdomen blando sin viscerometgalias, gastrostomia», «Sin antecedentes familiares de interés», «Bona entrada d'aire bilateral, sense sorolls afegits», «condensació pulmonar al LIE, sense poder descartar un component d'embassament pleural homolateral».
- El prefix *a-* adjuntat a una base nominal o adjectiva (procediment lèxic): «actualmente lleva 72 hs sin crisis, y con buen estado general, afebril, sin otras incidencias», «Cardioversió elèctrica efectiva inicialment, amb posterior recaiguda en arrítmia», «episodi de aparent desconexió ambiental i dubtosa apnea», «la pacient presenta una mioneuropatia multifactorial, de component bàsic atròfic per inactivitat».

Encara que les negacions identificades s'insereixen en el camp d'«Exploració física» on predominen les llistes, també documentem casos en què l'adverbi de negació *no* modifica construccions verbals o que inclouen adverbis com *mai* o pronoms com *ningú*.

- (76) No se ha practicado glucemia capilar ni control en orina.
- (77) Está diagnosticada clínica y genéticamente de Lipodistrofia de Berardinelli pero esta entidad, en principio, no justifica la encefalopatía que presenta.
- (78) No ha tenido cianosis ni alteración de frecuencia cardiaca, no ha necesitado oxígeno.
- (79) Nunca ha presentado insuficiencia renal.
- (80) El curs del puerperi no presenta cap complicació.
- (81) Ningú més a la família ha presentat cap simptomatologia.
- (82) Analfabeta (no sap llegir ni escriure, el marit tampoco).

L'expressió de la negació en els informes mèdics és inevitable, però cal veure que les formes d'expressió de la negació poden conduir, en alguns casos, a la manca de comprensió de l'informe per part del pacient o dels familiars. Així, ja hem vist als apartats «La importància de la comunicació en l'àmbit de la salut» i «Estudi de casos: fragments d'informes mèdics» del capítol «La comprensió dels informes mèdics» que les llistes, fora dels problemes derivats de la comprensió de la terminologia inclosa, no solen conduir a ambigüitats, però fixem-nos que, en les oracions en què l'adverbi negatiu modifica un verb explícit, el missatge és molt més clar.

Entre els procediments d'expressió de la negació que hem detallat, l'ús del verb *negar* sense subjecte i amb un complement nominal, i no un complement oracional (*X nega que Y*), sí que pot resultar estrany per a un lector no especialista. Per altra banda, ja hem dit que els problemes de comprensió sovint s'originen en el lèxic (terminologia i adjectius modificadors), per tant, una expressió com *sense febre* pot ser més entenedora que *afebril* per a pacients i familiars.

Les característiques sintàctiques dels informes mèdics problemàtiques per a la comprensió

A partir dels ítems sintàctics analitzats en el corpus d'informes mèdics podem resumir que els aspectes que poden conduir a interpretacions ambigües, i per tant, a una comprensió deficient dels textos, per part dels pacients i dels familiars, que són en última instància els receptors principals dels informes, sobretot si la comunitat mèdica els vol empoderats en la seva patologia, són els següents:

- Les construccions subordinades de verbs en forma no personal (construccions de gerundi, sobretot), que s'usen amb funcions adverbials diverses.
- La manca de marcadors d'evidencialitat (adjectius, adverbis, verbs o subordinades causals), que, tot i que no suposa un problema greu de comprensió, allunya el lector d'una comprensió més aprofundida del contingut.
- La modalitat dubitativa indirecta associada a l'apartat de simptomatologia, que, per ser poc clara, pot causar neguit en els pacients i els familiars.
- La modalitat imperativa de l'apartat de recomanacions, quan s'expressa incorrectament mitjançant l'ús de l'infinitiu, que resulta poc clara.
- Les perífrasis de possibilitat, que necessiten aclariments perquè poden generar interpretacions inadequades.
- La negació associada a l'ús de lèxic prefixat o quan l'adverbi modifica un adjectiu poc transparent per als no especialistes. I l'ús del verb *negar* quan no duu subjecte explícit ni complement oracional ben transparent.

En canvi, hi ha característiques sintàctiques dels informes mèdics que deriven de la voluntat d'economia del llenguatge, i que malgrat que potencialment poden ser font d'interpretacions ambigües, no ho són en el context comunicatiu específic:

- Les llistes, o la manca d'oracions completes amb verbs i connectors.
- La simplicitat de la sintaxi dels fragments redactats, amb profusió de juxtaposicions i coordinacions, i amb puntuació bàsica.
- L'ordre canònic dels components de l'oració (subjecte, verb i complement).
- Les oracions subordinades adverbials introduïdes per conjuncions o locucions conjuntives i amb verbs flexionats en forma personal.
- El predomini de la modalitat textual assertiva, amb verbs en present d'indicatiu fonamentalment.
- Les recomanacions expressades mitjançant formes verbals imperatives o perífrasis d'obligació.
- La negació quan modifica un sintagma nominal (terminologia) o un verb flexionat.

Recomanacions per a la redacció d'informes mèdics

Malgrat que les conclusions de la nostra anàlisi han confirmat que les característiques sintàctiques no són la causa principal de la incomprensió dels informes d'alta clínica per part dels no especialistes (pacients i familiars), considerem que introduir alguns canvis en els models de documents que s'usen en els centres hospitalaris o proposar algunes recomanacions als metges que els redacten podria millorar-ne la comprensió.

Sobre el caràcter sintètic dels informes d'alta clínica

És evident que la llargada dels textos no pot ser predeterminada, però els apartats que concentren la informació més abundant, com l'anamnesi, les actuacions a urgències i, fins i tot, la nota d'alta podrien desdoblarse en subapartats amb títols explícits. Posem per cas que la nota d'alta distingís entre la decisió general i la recomanació terapèutica concreta; o que en la llarga llista d'actuacions o d'exploracions realitzades a urgències es diferenciés, en cada cas, l'acció o la prova, el resultat i la decisió derivada.

La combinació entre llistes i alguns paràgrafs redactats ja sembla una bona pràctica per afavorir l'economia que cal en la redacció urgent d'aquesta mena de textos. Tanmateix, seria recomanable que les llistes anessin encapçalades per títols que en fessin més explícits els continguts («Proves realitzades», «Resultats de les anàlisis de sang», «Evolució del pacient», etc.) i que els textos redactats presentessin un sistema de puntuació més precís acompanyat de l'ús de connectors oracionals no ambigus.

En relació amb la gran quantitat de verbs flexionats que s'elideixen en els informes, es proposa que alguns d'aquests verbs s'introduïssin en els subtítols que hem recomanat per a les llistes i que no faltessin mai en el camp «Nota d'alta», o en els desitjables subapartats corresponents.

En síntesi, una documentació estandarditzada i molt més pautaada reduiria una part de la redacció del metge i orientaria millor els receptors. La coordinació de la sanitat catalana podria afavorir la proposta de models documentals en format digital que incorporessin algunes d'aquestes recomanacions d'ús general per a tots els hospitals i centres mèdics.

Aquesta estandardització i la millora de la redacció amb les mesures proposades també tindria una repercussió ben positiva en els projectes de digitalització d'històries clíniques i la posterior recuperació automàtica d'informació.

Sobre l'exposició clara i lògica dels continguts

Davant de l'ús preferent de la tercera persona en les oracions dels textos analitzats, i tenint en compte l'interès directe dels receptors finals dels textos (pacients i familiars), considerem que l'objectiu de neutralitat i objectivitat, propi dels textos de recerca científica, no ha de traslladar-se necessàriament cap al gènere de l'informe mèdic. Per millorar la transparència de les decisions preses i de les accions realitzades pel personal mèdic i per reduir l'ambigüitat dels textos, és molt més

recomanable evitar l'ús de formes verbals impersonals o passives pronominals sempre que sigui possible, i substituir-les per construccions amb subjecte explícit del tipus «Recomano l'ingrés del pacient. El seu pediatra habitual ha augmentat la dosi de X. El departament de neurologia recomana l'ingrés del pacient».

Entre les construccions verbals no personals, se suggereix evitar l'ús de gerundis, ja que acostumen a introduir ambigüitat en els textos, i substituir-los per oracions subordinades adverbials, introduïdes per conjuncions o locucions conjuntives, de significat ben transparent.

Per tal de reforçar la modalitat assertiva predominant en els informes d'alta mèdica, es recomana incorporar-hi, sempre que sigui possible, oracions subordinades causals amb connectors explícits i clars (*perquè, ja que, a causa de*), que augmenten l'evidencialitat del text i permeten que els receptors facin una aproximació més aprofundida del contingut.

En el cas de la modalitat imperativa, i per tal d'eliminar possibles ambigüitats, se suggereix evitar les construccions d'infinitiu amb sentit d'obligació, i substituir-les per oracions amb verbs flexionats en imperatiu o amb perifrasis d'obligació clares amb subjectes explícits («Recomano l'ingrés del pacient» o «És necessari que el pacient ingressi», en comptes de l'impersonal i simple «Es recomana ingrés»).

En general, se suggereix emprar verbs i adjectius d'ús habitual en les comunicacions generals, sempre que no causin ambigüitat, i substituir verbs que s'han fossilitzat en el discurs mèdic, como *referir, cursar* o *administrar*, per variants més transparents com *dir, evolucionar* o *donar*.

Casos pràctics i proposta de solució

En aquest apartat, que tanca el capítol, mostrem un parell d'informes d'alta del corpus analitzat i en fem una reelaboració en què introduïm les esmenes deduïbles de les recomanacions que hem fet en relació amb els

aspectes sintàctics. No esmenem cap element lèxic (unitats terminològiques o sigles) que poden comportar problemes de comprensibilitat per als pacients o els familiars perquè aquests aspectes ja es tracten en els capítols «La terminologia en els informes mèdics» i «Ús de mecanismes d'abreviació en l'informe mèdic», respectivament.

Cas pràctic 1

Penseu quins són els elements sintàctics que hi falten o que podrien millorar la redacció, i en conseqüència la comprensió, de l'informe següent:

D-020: SERVEI D'OBSTETRÍCIA I GINECOLOGIA

Motiu de l'ingrés: Pacient de 60 anys que ingressa al nostre Hospital per a tractament quirúrgic de Cistocel.

Antecedents familiars:

Mare: HTA.

Antecedents patològics:

No al·lèrgies medicamentoses conegudes.

No hàbits tòxics.

Cefalea migranyosa.

IQ: dacriocistorinostomia.

Antecedents ginecològics - obstètrics: PARA 2002

Menarquia 12 anys. CM 4-5 / 21-25

IQ: histerectomia abdominal + annexectomia bilateral. Miomes múltiples. Teratoma quístic madur.

Malaltia actual: Pacient de 60 anys que consulta per bultoma genital sense incontinència urinària associada.

Exploració ginecològica:

19/11/08: Cistocel de III grau. No prolapse de cúpula. No rectocel.

Exploracions complementàries:

- *Urodinàmica:* (2007) Tractament quirúrgic del cistocel sense associar tècnica d'antiincontinència.
- *Preoperatoris:* Revisat per Servei Anestesiologia.

Diagnòstic: Cistocel sense prolapse uterí.

Tractament: Colpoplàstia anterior.

Data tractament: 26/01/2009.

Complicacions: no

Observacions:

- Analgèsia amb Metamizol 575 mg 1 cada 8 hores.
- Visita a CCEE Ginecologia (Dra. XXX) en aproximadament 1 mes.
- Acudir a urgències si signes d'alerta.

PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

A continuació fem una proposta de millora dels elements sintàctics de l'informe anterior; hem marcat en gris els elements modificats:

D-020: SERVEI D'OBSTETRÍCIA I GINECOLOGIA (INFORME ESMENAT)

Motiu de l'ingrés: Pacient de 60 anys, que ingressa per a tractament quirúrgic de Cistocel.

Antecedents familiars:

Mare: Hipertensió arterial.

Antecedents patològics:

No té al·lèrgies medicamentoses conegudes.

No té hàbits tòxics.

Pateix cefalea migranyosa.

Intervenció quirúrgica: dacriocistorinostomia.

Antecedents ginecològics - obstètrics: PARA 2002

Menàrquia 12 anys. CM 4-5 / 21-25

Intervenció quirúrgica: histerectomia abdominal + annexectomia bilateral. Miomes múltiples. Teratoma quístic madur.

Malaltia actual: Pacient de 60 anys que consulta per bultoma genital sense incontinència urinària associada.

Exploració ginecològica:

19/11/08: Cistocel de III grau. No prolapse de cúpula. No rectocel.

Exploracions complementàries:

Urodinàmia: (2007) Tractament quirúrgic del cistocel sense associar tècnica d'antiincontinència.

Preoperatoris: Revisat per Servei Anestesiologia.

Diagnòstic: Cistocel sense prolapse uterí.

Tractament: Intervenció quirúrgica Colpoplàstia anterior.

Data tractament: 26/01/2009.

Complicacions: no n'hi ha.

Recomanacions:

Tractament farmacològic: Analgèsia amb Metamizol 575 mg 1 cada 8 hores.

Properes visites: Visita a CCEE Ginecologia (Dra. XXX) en aproximadament 1 mes.

Nota: Si observa signes d'alerta, vagi a urgències.

Cas pràctic 2

Observeu els elements sintàctics, i sobretot els verbs, d'aquest segon informe:

D-076: SERVEI DE CIRURGIA GENERAL

Pacient de 40 anys, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes.

Antecedents patològics:

- No HTA, DM ni DLP.
- No intervencions quirúrgiques.
- No cardiopatia ni broncopatia conegudes

Malaltia actual:

Ingressa procedent d'urgències per quadre de 3 dies d'evolució de dolor abdominal difús de característiques còliques, sense nàusees ni de vòmits ni alteracions de l'hàbit deposicional. No sd febril. No sd miccional.

Exploració física:

TA: 113/78, Tª36,2: . BEG, C i O; NH i NC. Auscultació cardioplumonar normal. Abdomen tou, dolorós de forma difusa a la palpació profunda, de predomini

en FID, amb defensa, blumberg +, peristaltisme conservat. PPLB negativa.

Exploracions complementàries:

Analítica:

Srm-Glucosa, c 5,52 mmol/L¹ [3,89 - 5,83]

Srm-Urea, c 2,59 mmol/L [1,7 - 8,4]

Srm-Creatinini, c 73 µmol/L [62 - 106]

Srm-Ió Sodi, c 138 mmol/L [135 - 145]

Srm-Ió Potasi, c 3,91 mmol/L [3,5 - 5,2]

Srm-Ió Clorur, c 103 mmol/L [98 - 108]

Srm-Proteïna C reactiva, g 2,19 mg/L [0 - 5]

San-Leucòcits, c *15,79 x10⁹/L [4,1 - 10]

San-Eritròcits, c 5,21 x10¹²/L [4,6 - 5,9]

San-Hemoglobina, p 15,3 g/dL [13 - 16]

San-Hematocrit, o 45,4% [40 - 50]

San-Neutròfils (Segmentats)(%) *82,6% [50 - 75]

Coagulació normal

- Sediment orina: no patològic.
- Rx abdomen: Aire i femta en marc còlic.
- ECO abdominal: vesícula biliar amb múltiples petites imatges ecogèniques a la paret suggestives de colesterolosis. No evidència de litiasis. No dilatació de la via biliar intra ni extrahepàtica. Pàncreas visualitzat parcialment (cap i coll) sense alteracions visibles. Melsa normal. Ronyons de tamany i morfologia normals, sense dilatació de vies excretors. No s'objectiven lesions a FID amb aquesta tècnica per lo que es decideix completar l'estudi amb TC abdominal.
- TC abdominal: apèndix llarg i engruixit de 9 mm de dm, amb lleuger augment de densitat de la grasa pericecal a nivell distal. No s'aprecien col.leccions ni líquid lliure a abdomen. Les troballes serien suggestives d'apendicitis aguda en fase flegmonosa.

Amb l'orientació diagnòstica d'apendicitis aguda es decideix IQ urgent.

S'intervé quirúrgicament el dia 10.3.2009 trobant a l'acte operatori apendicitis aguda flegmonosa, es practica apendicectomia per laparoscòpia.

Evolució:

Bon curs postoperatori pel que el pacient és donat d'alta per seguir control a Consultes Externes de Cirurgia General.

DIAGNÒSTICS PRINCIPAL:

Apendicitis aguda.

TRACTAMENT:

Apendicectomia per laparoscòpia.

Tractament domiciliari:

- cures diàries de la ferida.
- paracetamol 650mg si dolor.
- acudir a CCEE de cirurgia amb Dr XXX el dia 20.3.09

PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

A continuació fem una proposta de millora dels elements sintàctics de l'informe anterior; hem marcat en gris els elements modificats:

D-076: SERVEI DE CIRURGIA GENERAL (INFORME ESMENAT)

Pacient de 40 anys , sense al·lèrgies medicamentoses conegudes.

Antecedents patològics:

- No HTA, DM ni DLP.
- No ha tingut intervencions quirúrgiques.
- No pateix cap cardiopatia ni broncopatia conegudes

¹En català el símbol del litre és l o L. Ara bé, tot i que la grafia tradicional és amb minúscula (l), es recomana l'ús de la majúscula (L) per claredat.

Malaltia actual:

Ingressa procedent d'urgències per quadre de 3 dies d'evolució de dolor abdominal difús, de característiques còliques, sense nàusees, ni vòmits, ni alteracions de l'hàbit deposicional. No presenta síndrome febril. No presenta síndrome miccional.

Exploració física:

Tensió arterial: 113/78. Temperatura: 36,2° . BEG, C i O; NH i NC. Auscultació cardioplumonar normal. Abdomen tou, dolorós de forma difusa a la palpació profunda, predominantment a la fosa ilíaca dreta (FID), amb defensa, signe de Blumberg positiu, peristaltisme conservat. La prova PPLB és negativa.

Exploracions complementàries:

Analítica:

Srm-Glucosa, c 5,52 mmol/L [3,89 - 5,83]
Srm-Urea, c 2,59 mmol/L [1,7 - 8,4]
Srm-Creatinini, c 73 µmol/L [62 - 106]
Srm-Ió Sodi, c 138 mmol/L [135 - 145]
Srm-Ió Potasi, c 3,91 mmol/L [3,5 - 5,2]
Srm-Ió Clorur, c 103 mmol/L [98 - 108]
Srm-Proteïna C reactiva, g 2,19 mg/L [0 - 5]
San-Leucòcits, c $15,79 \times 10^9/L$ [4,1 - 10]
San-Eritròcits, c $5,21 \times 10^{12}/L$ [4,6 - 5,9]
San-Hemoglobina, p 15,3 g/dL [13 - 16]
San-Hematocrit, o 45,4% [40 - 50]
San-Neutròfils (Segmentats)(%) $82,6\%$ [50 - 75]

Coagulació normal

- Sediment orina: no patològic.
- Rx abdomen: Aire i femta en marc còlic.
- ECO abdominal: vesícula biliar amb múltiples petites imatges ecogèniques a la paret, que

suggereixen colesterosis. No hi ha evidència de litiasi. No hi ha dilatació de la via biliar intrahepàtica ni extrahepàtica. Pàncreas visualitzat parcialment (cap i coll) sense alteracions visibles. Melsa normal. Ronyons de tamany i morfologia normals, sense dilatació de vies excretors. No s'objectiven lesions a FID amb aquesta tècnica, per la qual cosa es decideix completar l'estudi amb TC abdominal.

- TC abdominal: apèndix llarg i engruixit de 9 mm de diàmetre, amb lleuger augment de densitat del greix pericecal a nivell distal. No s'aprecien col·leccions ni líquid lliure a l'abdomen. Els resultats de la prova suggereixen apendicitis aguda en fase flegmonosa.

Amb l'orientació diagnòstica d'apendicitis aguda decideixo Intervenció Quirúrgica urgent.

S'intervé quirúrgicament el dia 10.3.2009 i es confirma a l'acte operatori apendicitis aguda flegmonosa, i per tant es practica apendicectomia per laparoscòpia.

Evolució: Bon curs postoperatori.

Decisió: El pacient és donat d'alta i es recomana seguir un control a Consultes Externes de Cirurgia General.

DIAGNOSI PRINCIPAL: Apendicitis aguda.

TRACTAMENT: Apendicectomia per laparoscòpia.

Tractament al domicili:

- Cal que es faci cures diàries de la ferida.
- Si hi ha dolor, prengui paracetamol de 650mg.
- Propera visita a Consultes Externes de Cirurgia General amb el Dr. XXX el dia 20.3.09

Bibliografia

- Álvarez Jorge, P. (2008). *La sintaxis del lenguaje de los textos científicos. Los tipos oracionales y los giros de participio y gerundio: estudio de un corpus ruso-español de textos médicos*. [Treball de recerca del Màster en Traducció, Interpretació i Estudis Interculturals]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Estopà, R. (coord.) (2019). *Los informes médicos: estrategias lingüísticas para favorecer su comprensión*. Buenos Aires: Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Gamero Pérez, S. (2001). *La traducción de textos técnicos. Descripción y análisis de textos alemán-español*. Barcelona: Ariel.
- Gutiérrez Rodilla, B. (2005). *El lenguaje de las ciencias*. Madrid: Gredos.
- Hoffmann, L. (1998). *Llenguatges d'especialitat: selecció de textos*. Barcelona: Institut Universitari de Lingüística Aplicada.
- López Rodríguez, C. I. (2000). *Tipología textual y cohesión en la traducción biomédica inglés - español: un estudio de corpus* [CD-ROM]. [Tesi doctoral]. Granada: Departamento de Traducción e interpretación de la Universidad de Granada.

- Lorente, M.; Pozuelo, O. (2020). "La sintaxis de los informes médicos: economía y ambigüedad". A: Estopà, R. (coord.) (2020). *Los informes médicos: estrategias lingüísticas para favorecer su comprensión*. Buenos Aires: Hospital Italiano de Buenos Aires, 80-96.
- Martínez Linares, M. A. (2007). "Sobre la (morfo)sintaxis de las lenguas de especialidad". A: Alcaraz Varó, E.; Mateo Martínez, J.; Yus Ramos, F. (eds.). *Las lenguas profesionales y académicas*. Barcelona: Ariel. 13-25.
- Pozzi, M.; Cazés, H. (2004). "El lenguaje de las historias clínicas: lo que revela desde las perspectivas lingüística y social". A: Cabré, M. T.; Estopà, R. (eds.). *Objetividad científica y lenguaje. La terminología de las ciencias de la salud*. Barcelona: Institut Universitari de Lingüística Aplicada de la Universitat Pompeu Fabra, 81-97.
- Riera, C. (2005). *Manual de redacció científica. El llenguatge de les ciències*. Barcelona: Claret., 1980.
- Vázquez y del Árbol, E. (2006). *La redacción y traducción biomédica: inglés-español: un estudio basado en 200 textos*. Granada: Editorial Universidad de Granada.
- Vivanco Cervero, V. (2006). *El español de la ciencia y la tecnología*. Madrid: Arco Libros.

Aspectes pragmàtics dels informes mèdics: marcadors discursius i dixi personal

Elisabet Llopart-Saumell i Yingfeng Xu

Introducció

Aquest capítol està dedicat a alguns aspectes pragmàtics dels informes mèdics. En concret, ens centrem, d'una banda, en els marcadors discursius, és a dir, els connectors que detallen el significat i la relació que s'estableix entre dues o més oracions i que asseguruen una interpretació adequada del text. I, de l'altra, en la dixi personal, que inclou les formes personals i les formes de tractament, enteses com la manera en què es representa l'emissor i com aquest es dirigeix al receptor en el discurs. En la caracterització pragmàtica d'un text es parteix de l'estudi de la situació comunicativa en què es produeix per analitzar els diversos elements que la componen. En aquest sentit, es vinculen unes determinades expressions lingüístiques amb la seva realitat extralingüística: l'estudi de la llengua en relació amb l'ús i els usuaris.

Pel que fa als usuaris dels informes mèdics, tot i que entenem que aquests documents s'elaboren, en primera instància, per ser usats per a altres metges i demés personal sanitari en la seva pràctica professional, s'observa que, a mesura que evoluciona la relació entre metge i pacient, el valor pragmàtic de l'informe mèdic també va canviant. Segons Kaba i Sooriakumaran (2006), fa més de 30 anys, la relació metge-pacient era asimètrica o desequilibrada perquè, principalment, un pacient buscava ajuda mèdica i l'especialista prenia decisions que els pacients seguien silenciosament. Tanmateix, a finals dels anys vuitanta, es va començar a reclamar un enfocament centrat en els pacients, perquè fossin més actius i autònoms i, per tant, es persegueix una major col·laboració entre pacient i metge.

Avui, podem afirmar que aquest model s'ha convertit en l'enfocament desitjable per a la pràctica clínica.

Quant als marcadors discursius, també anomenats marcadors del discurs, es tracta d'elements lingüístics que han estat àmpliament estudiats per diferents autors i que segueixen sent un focus d'interès en l'àmbit de la pragmàtica, la lingüística textual i l'anàlisi del discurs. En concret, els marcadors són un mecanisme que permet mantenir la cohesió i coherència del text. D'una banda, la cohesió és «la propiedad textual por la que los textos se presentan como unidades trabadas» (Peris et al., 2008: 89), ja que la interpretació del discurs depèn dels diferents elements que el componen. En aquest sentit, els marcadors o connectors són un dels recursos lingüístics que estableixen aquest tipus de relacions i serveixen de finestra per veure aquests vincles.

De l'altra, la coherència es defineix com:

«Una propiedad del texto, de naturaleza pragmática, por la que se concibe como una unidad de sentido global. Es decir, los conceptos y las relaciones de significado que se dan en su interior no contradicen el conocimiento del mundo que tienen los interlocutores». (Peris et al., 2008: 88.)

La coherència es pot marcar amb recursos lingüístics evidents en el text o bé latents. No obstant això, quan es tracta d'un contingut sobre el qual el receptor no té un coneixement ampli, els recursos lingüístics observables, com els marcadors, faciliten la comprensió, sobretot a nivell inferencial (a més del literal), ja que la comunicació no constitueix exclusivament un procés de codificació, sinó també i, molt principalment, una tasca d'inferència (Portolés, 1993: 142).

En aquest treball utilitzem la classificació de marcadors discursius de Martín Zorraquino i Portolés (1999: 4081-4082), en què els diferents connectors es categoritzen segons la funció que exerceixen. Dit això, tenim en compte que hi ha marcadors que estructuraven la informació, com *doncs, bé, en primer lloc o per cert*; n'hi ha d'altres que vinculen una part del discurs amb una altra d'anterior, per exemple, *fins i tot, a més, doncs, llavors, però o en canvi*; alguns marcadors reformulen allò que s'ha dit, com ara, *és a dir, més ben dit, de tota manera, etc.*; i, finalment, hi ha els marcadors argumentatius, com és el cas de *de fet i en particular*, entre d'altres.

En el context dels informes mèdics, cal tenir en compte que es tracta de textos especialitzats i que, en general, aquest tipus de textos presenten tres objectius: «la concisió, la precisió i la sistematicitat» (Cabré, 1998: 183). En aquest cas, el contingut i els referents contenen elements d'ús exclusiu de l'àmbit de la salut. Per aquest motiu, aquest àmbit cognitiu d'especialitat queda fora del que podria considerar-se el conjunt de coneixements d'una persona mitjanament culta en una societat determinada. Tot i així, els textos especialitzats també contenen elements generals:

«La lengua común sirve de base para la coherencia de un texto especializado, mientras que los elementos y reglas de uso exclusivo en las lenguas de especialidad son fragmentos de una lengua y sirven como rasgos distintivos de su dominio.» (Schifko, 2001: 25.)

A nivell discursiu, per garantir una comunicació més fluida, els textos especialitzats s'han d'adaptar al seu context discursiu. En aquesta línia, els connectors són un element general de la competència lingüística. De fet, són recursos amb què compten tant els metges com els pacients. A més, es tracta d'un pont de què disposen els pacients per poder superar els continguts especialitzats i desconeguts, i arribar a entendre la informació amb les inferències degudes i, d'aquesta

manera, entendre el valor pragmàtic del discurs. D'aquí procedeix, doncs, la importància d'utilitzar-los en els informes mèdics.

En relació amb la dixi personal, com hem indicat, les formes personals i les formes de tractament també constitueixen un focus significatiu d'interès en l'estudi dels aspectes pragmàtics de l'informe mèdic. D'una banda, permeten observar com l'emissor es presenta en el discurs, la qual cosa constitueix un factor rellevant en relació amb l'objectivitat i la formalitat del text. De l'altra, la manera com l'emissor evoca al receptor permet determinar quina relació s'estableix entre tots dos. Concretament, en aquest cas ens interessa estudiar com el professional sanitari fa referència a la persona afectada, ja que aquest fet també sembla tenir repercussions psicosocials. Per fer-ho, cal analitzar els elements lingüístics següents: els pronoms personals (com la presència del *jo* o del *nosaltres*), els pronoms possessius (*meu, el nostre ...*) i els morfemes verbals (*considero o considerem*). I, en aquesta línia, podem diferenciar entre tres tipus de persones: 1) la primera persona, corresponent a l'emissor; 2) la segona persona, en relació amb el receptor; i 3) la tercera persona, relacionada amb el participant del qual es parla, que pot estar o no present.

A més, per obtenir una major objectivitat, l'emissor pot optar per la construcció gramatical d'impersonalitat, que afegeix distància comunicativa (Koch i Österreicher, 1990). Per això, entre altres recursos, s'utilitzen les construccions impersonals amb *es* i les passives. En general, el propòsit d'aquesta despersonalització consisteix a presentar la informació de forma objectiva o, dit d'una altra manera, sense que s'afirmi que es tracta de l'opinió o afirmació d'una persona concreta, sinó d'una decisió consensuada o establerta per dues o més persones. Pel que fa a la forma de tractament, s'observa que l'ús de la fórmula *pacient*, en detriment del nom propi de la persona, incideix en l'adequació d'aquest tipus de text de forma negativa.

Certament, en la comunicació especialitzada, l'objectivitat està estretament relacionada amb la impersonalitat, com indiquen Padró Novales et al. (2014: 377):

«El texto científico es un reflejo de la actividad cognoscitiva del hombre y del progreso de la ciencia y la tecnología, así como también que posee las mismas características de la ciencia, a saber: impersonalidad, objetividad y exactitud.»

Per aquest motiu, l'ús de la primera persona del singular, per exemple, es reserva només per a uns gèneres textuais determinats, en els quals sí que hi té cabuda o és admesa la subjectivitat. Com es desprèn de l'afirmació anterior, algunes marques d'emissor tendeixen a ser percebudes com impròpies d'alguns tipus de text, especialment els de l'àmbit científicotècnic. Si prenem aquest punt de partida per observar i entendre què passa en els informes mèdics, veiem que aquest patró es reproduceix de nou. Recordem que, en aquests casos, l'emissor és l'especialista de l'àmbit sanitari i hi ha múltiples receptors o destinataris: altres especialistes de l'àmbit sanitari, el pacient en si i els familiars o tutors del pacient. Els emissors, és a dir, els professionals sanitaris acostumen a utilitzar formes impersonals per descriure les accions realitzades pel propi metge o pels altres professionals de l'àmbit de la salut. Com a conseqüència d'aquesta neutralitat i impersonalitat del discurs, d'acord amb Gutiérrez (2004: 26), es desconeix qui és l'autor de les accions que s'indiquen. En aquesta línia, Gutiérrez (2000) (citada a Gutiérrez, 2004: 27) explica que aquesta impersonalitat s'utilitza com un recurs de persuasió, perquè, en evitar les formes personals, el text sembla més objectiu. No obstant això, pot tenir conseqüències negatives:

«Escribir una historia clínica como un documento sin problemas, objetivo e impersonal, no sólo elimina la función del médico de recoger e interpretar la información utilizada para redactar la historia,

sino también disimula el hecho de que todo el conocimiento clínico es algo incierto, tentativo, incompleto y en constante evolución.» (Pozzi i Cazés, 2004.)

A més, quan es refereixen a la persona que estan examinant, també alternen l'ús de la impersonalitat amb altres formes que la despersonifiquen i desindividualitzen. En concret, quan no s'omet el subjecte, impera l'ús de la forma *pacient*, i no es fa servir el nom propi per fer referència a la persona tractada, la qual cosa afavoriria que el text fos més personal.

«Esta despersonalización también da la impresión de que lo que importa es la enfermedad y su tratamiento, mientras que la persona, con todos sus temores, preocupaciones y sentimientos es irrelevante.» (Pozzi i Cazés, 2004.)

En definitiva, podem afirmar que en la despersonalització impera el tall impersonal, que exclou la individualitat i subjectivitat dels seus interlocutors (Viqueira García, 2018).

Exemples de problemes sobre els aspectes pragmàtics

En aquest apartat presentem alguns exemples dels problemes relacionats amb els aspectes pragmàtics detectats en els informes mèdics. Aquests problemes afecten, per una banda, la comprensió del text, sobretot en relació amb els usuaris no especialistes, com els pacients i els seus familiars, i també el vincle psicossocial entre el metge i la persona tractada. En primer lloc, ens centrem en els problemes relacionats amb la baixa presència o manca de marcadors discursius en el text. En segon lloc, mostrem els problemes que afecten les formes personals i les formes de tractament, és a dir, com es presenta l'emissor en el text i com es dirigeix al receptor, ja que abunden les formes que evoquen la despersonalització del discurs.

Marcadors discursius o connectors

En general, la presència de marcadors discursius en els informes mèdics que analitzem és molt baixa: un 27,3% dels informes no presenta cap marcador, mentre que el 34,1% dels textos només presenten un o dos marcadors. Pel que fa a la relació entre el nombre de frases i marcadors, la majoria dels textos estan formats per entre 10 i 20 oracions, i presenten només un connector. A mode d'exemple, també hi ha un informe amb 86 oracions en el qual s'ha fet servir un sol marcador discursiu. En resum, en els 44 informes mèdics que conformen el corpus analitzat, que contenen un total de 1.948 oracions i 18.205 paraules, s'han fet servir 27 marcadors diferents que apareixen un total de 108 vegades (si comptem les repeticions). Principalment, detectem quatre tipus de marcadors: els ordenadors, els consecutius, els additius i els contraargumentatius. Els marcadors que han aparegut més vegades són: *posteriorment*, *per la qual cosa*, *pel qual*, *i*, *però* i *encara que*.

Els marcadors consecutius se solen usar en relació amb les decisions que es prenen pel que fa al tractament, com s'observa en l'exemple següent¹:

- (1) Refereixen que en el passat ha presentat algun episodi compatible amb convulsió febril **per la qual cosa** es va decidir no iniciar tractament anticomitial de base².

Quant als connectors additius, tenen un ús ampli en diferents apartats de l'informe mèdic:

- (2) Presenta **a més** un retard ponderoestatural que se situa en un nivell <-3DS.

Els contraargumentatius s'usen en la descripció dels antecedents o en l'apartat de l'informe mèdic en què es presenta el resultat de l'examen, especialment, quan el pacient mostra alguna deficiència en algun àmbit:

- (3) Estat general conservat **encara que** es manté somnolent (estat postcrític).
- (4) Escassa fixació en els estímuls, amb menor grau de fixació visual del que és adequat a la seva edat, **encara que** sense defugir-de forma absoluta.

Finalment, pel que fa als marcadors ordenadors, se solen utilitzar per descriure els antecedents i l'evolució del pacient, com veiem en l'exemple següent:

- (5) **Posteriorment** ha realitzat dos nous episodis d'espasmes amb absència posterior (sobre crisi habituals).

Alhora, s'observen molts casos de manca o mal ús dels connectors. Una de les absències freqüents que hem detectat és en relació amb la llista de símptomes o d'antecedents, ja que no es distingeixen els que són positius dels negatius:

- (6) Bon estat general, recuperat de la crisi, afebril, bona coloració. Mala adaptació a l'ambient. Escassa col·laboració. Crani: dolicocefalia. Enoftalmos, discoria, manca de fixació de la mirada i del seguiment.

En l'exemple 6, que conté el fragment de l'exploració general que indica «bon estat general, recuperat de la crisi, afebril, bona coloració», podem veure que es donen observacions positives. En canvi, en el fragment «Mala adaptació a l'ambient. Escassa col·laboració» s'indica que hi ha signes d'anormalitat. D'altra banda,

¹El corpus està format per textos escrits en les dues llengües oficials de Catalunya, el català i el castellà. En aquest capítol, hem optat per substituir aquells exemples redactats en castellà per la seva traducció al català.

²En els exemples es mantenen els errors ortogràfics, tipogràfics o de qualsevol altre tipus que s'observen en els textos originals dels quals s'han extret aquests fragments.

en l'exploració del crani, tota la descripció es dedica a descriure la patologia. Per aquest motiu, en la primera frase es podria afegir un connector contraargumentatiu que separés les observacions normals i els símptomes, ja que ajudaria a distingir els diferents tipus de comportament.

Pel que fa a l'exemple 7, la relació entre l'acció de retirar la sonda nasogàstrica i les descripcions anteriors no és clara. Concretament, no se sap si es tracta només d'una relació que indica seqüència o si presenta una relació causal:

- (7) Paroxismes focals freqüents en regió frontal bilateral. Episodis compatibles amb crisi d'absència atípica de fins a 30 segons de durada. Una crisi tònica de 21 segons de durada. es retira la sonda nasogàstrica i presenta bona tolerància a l'alimentació i a les medicacions.

També observem un mal ús dels connectors en la frase següent:

- (8) El pacient té dificultat a deglutir i es decideix col·locar sonda nasogàstrica per a alimentació pròpia.

En aquest fragment hi ha una relació causal bastant clara. Per aquest motiu, fer servir el connector additiu *i* no és suficient per indicar aquesta relació. En aquest cas, es podria canviar *i* per *per això*.

Dixi personal: formes personals i formes de tractament

Pel que fa a les formes personals, prototípicament, les oracions presenten un subjecte explícit i un verb conjugat. Com s'observa en la frase que recollim a continuació, ja que s'inclou el subjecte (*els pares*) i el verb es conjuga amb aquest subjecte (*comenten*):

- (9) **Els pares comenten** que quan es comença a recuperar del post-crític torna a tenir una altra convulsió.

Tanmateix, com expliquem en l'apartat anterior, en alguns tipus de textos, acadèmics o científicotècnics, s'acostumen a utilitzar les formes impersonals per dotar el text de més objectivitat. Tot i que aquest tret és, d'entrada, esperable en els textos especialitzats, depenent del gènere textual, com ara en els informes mèdics, la manca de referències explícites dificulta encara més la comprensió del missatge i, per tant, suposa un problema de comunicació. En relació amb el subjecte i el verb de l'oració, podem identificar dos tipus de problemes: els casos amb subjecte implícit i les oracions impersonals amb el pronom *es*.

Quant a les oracions amb el subjecte implícit, el verb està conjugat d'acord amb el subjecte de l'oració, tot i que aquest subjecte no apareix a la frase, perquè s'opta per no especificar-lo. Els exemples següents són una mostra d'aquest tipus d'oracions que, recordem, s'han documentat en el corpus d'informes mèdics d'alta de pacients pediàtrics amb malalties rares. Pel que fa a aquest cas, en general, en els informes trobem dos tipus de subjectes implícits, els que fan referència als familiars i els relatius al pacient.

En relació amb els exemples 10, 11 i 12, el subjecte que s'omet i que es conjugaria amb el verb marcat en gris fa referència als familiars de la persona afectada:

- (10) **Consulten** per episodi de crisi.
- (11) **Refereixen** que el dia de l'ingrés presenta episodi de desconexió.
- (12) **Refereixen** que li van augmentar la dosi de l'etosuximida però el deixava molt aixafat pel que li van disminuir la dosi presentant de nou un augment del número de convulsions.

En aquest sentit, cal tenir en compte que en l'apartat dels informes mèdics dedicat al motiu d'ingrés s'exposen breument les raons per les quals el pacient acudeix al centre mèdic i en el d'antecedents personals es registren altres dades d'interès sobre el pacient. Com

hem dit, tots els exemples analitzats es corresponen amb informes mèdics de menors, de manera que, a l'hora de registrar la informació d'aquests apartats, el personal sanitari que completa el document té en compte la informació proporcionada pels pares. Així doncs, els subjectes d'aquestes tres oracions es correspon amb *els pares*.

En l'exemple anterior, el 12, també s'inclou un altre subjecte, corresponent al fragment d'oració «[...] però el deixava molt aixafat», en què el subjecte implícit del verb *deixar* és el pacient. I és que, com hem dit, els referents que s'ometen en algunes oracions fan referència als nens i nenes que acudeixen als centres hospitalaris, com s'observa, també, en els exemples 13, 14 i 15:

- (13) A l'arribada a Urgències **presenta** símptoma d'hipertonia generalitzada amb desconnexió i mirada perduda que cedeix en pocs segons, sense medicació.
 - (14) **Va requerir** ventilació amb ambú i Oxigen.
 - (15) Segons informe que aporten, **va presentar** millora de la hipoactivitat persistint marcada hipotonia axial.
- Pel que fa al personal sanitari, en el textos consultats no acostumen a aparèixer ni amb el subjecte explícit ni implícit en el si de l'oració, sinó que es presenten en una oració impersonal amb se:
- (16) Posteriorment **es canalitza** una via i **es sol·liciten** nivells de valproat.
 - (17) Davant la patologia de base i la inestabilització en dies previs **es decideix** Tinges per Neurología, pautant el mateix tractament domiciliari, per via oral.
 - (18) Valorat a Hospital X i davant de la millora del quadre **es remet** amb normes a domicili.

D'altra banda, en l'exemple 18 també s'observa una oració en passiva en què s'omet el subjecte original del verb *valorar*, que en aquest tipus d'oració actuaria com a agent. Es tracta del fragment «Valorat a l'Hospital X [...]». En aquest cas, el subjecte que s'omet també fa referència al personal sanitari, ja que si s'explicités l'agent que duu a terme l'acció quedaria d'una manera semblant a la següent: «Valorat a l'Hospital X pel *metge/especialista*/etc. [...]».

Respecte de les formes de tractament, observem que destaca l'ús de la forma *pacient*, ja que no es fa referència a la persona que està sent tractada amb el seu nom propi. Aquesta dada només s'indica a l'inici de l'informe mèdic, en què hi ha un apartat o taula dedicat a les dades personals. A continuació, recollim alguns d'aquests exemples, en què s'explicita el subjecte, però pensem que, tot i així, és inadequat optar per aquesta opció en detriment del nom propi de la persona.

- (19) **Pacient** distròfic, amb retard psicomotor, impressiona cec, actiu, reactiu, no obeeix a ordres, rosat, Glasgow 15/15.
- (20) Aquest **pacient** presenta una Síndrome Oculo-cervell-renal (S. de LOwe) amb una Tubulopatia complexa molt difícil de tractar, amb acidosis metabòlica, proteïnúria, hipercalciúria i nefrocalcionosi.
- (21) **Pacient** de 6a5m afecte de Síndrome de Lowe ingressa per presentar un episodi de desconnexió del medi, parpelleig i hipertonia generalitzada que s'autolimita.

Com s'intueix en l'exemple 21, en els pacients pediàtrics (però també en altres tipus de pacients), s'opta per usar un referent que reflecteix l'edat de la persona afectada. En els diferents informes identifiquem diferents referents d'aquest tipus, que recollim en els exemples 22 a 25:

- (22) **Nen** de 6 anys que consulta per episodi convulsiu.

(23) **Nena** afecta d'encefalopatia crònica progressiva d'etiologia no filiada. Està diagnosticada clínica i genèticament de Lipodistròfia de Berardinelli però aquesta entitat, en principi, no justifica l'encefalopatia que presenta.

(24) **Escolar** de 5 anys que ingressa per realització de Telemetria.

(25) **Lactant** de 21 mesos remesa per la seva Pediatra per retard psicomotor en el context d'un fenotip de lipodistròfia congènita.

Es tracta de referents que indiquen l'edat i, en alguns casos, també el sexe, com *nen* i *nena*, *escolar* o *lactant*. Tot i que, efectivament, l'edat és una dada rellevant en el tractament de la persona que acudeix a un centre hospitalari, creiem que aquestes referències a l'edat es poden combinar amb l'ús del seu nom propi.

Recomanacions

En aquest capítol hem revisat alguns aspectes pragmàtics de l'informe mèdic relacionats amb propietats bàsiques del text que afecten la coherència, la cohesió i també l'adequació: els marcadors discursius i la dixi personal. Quant als marcadors, en aquest tipus de textos n'hem observat la seva baixa presència i fins i tot la seva absència. En relació amb les formes personals i les formes de tractament, es desprèn que abunden les oracions impersonals i amb subjectes implícits, i que es fa referència a la persona tractada amb la forma *pacient* o altres apel·latius que fan referència a l'edat (*nena*, *lactant*...). Aquests fenòmens afecten la comprensió del text per part de pacients i familiars, i també tenen efectes psicosocials sobre aquest col·lectiu. D'una banda, el fet que gairebé no es facin servir marcadors per connectar els diferents enunciats provoca que el text resultant no estigui ben cohesionat i estructurat, de manera que en dificulta la lectura i tampoc permet inferir la relació existent entre oracions. A més, la despersonalització del text fa que el pacient no

se senti tractat de manera individual i personal, la qual cosa augmenta la seva ansietat i la dels seus familiars.

A continuació, apuntem algunes recomanacions relacionades amb els elements pragmàtics tractats en aquest capítol per millorar la redacció dels informes mèdics:

1) Estructurar el discurs i relacionar les idees del text

La interpretació final del text és el resultat de molts elements que actuen de forma coordinada. Els marcadors discursius constitueixen un mecanisme que serveix per satisfer tant les diferents restriccions relatives als aspectes lingüístics (lèxics, sintàctics i discursius) com al coneixement extern (Millis i Just, 1994).

- Utilitzar marcadors discursius per ordenar les accions que es descriuen en l'informe, especialment en els apartats d'evolució clínica, entre d'altres en què es relaten les accions dutes a terme i les reaccions.
- Usar marcadors per explicitar les diferents relacions que s'estableixen entre oracions o fragments de text, per indicar si expressen conseqüència, addició, contraargumentació, etc.

2) Explicitar l'emissor de les accions relatades

Utilitzar per defecte les construccions impersonals, a més de despersonalitzar el discurs, dificulta la identificació del subjecte que realitza l'acció. Així doncs, dificulta encara més la comprensió del missatge perquè fa que la tasca de lectura sigui més àrdua encara.

- Construir oracions que explicitin el subjecte de l'acció determinada pel verb.
- Evitar utilitzar les formes impersonals per defecte.

3) Incloure de forma personal la persona tractada en l'informe

Té un impacte positiu en la comunicació entre metge i pacient, o els seus familiars o tutors, que en el text

aparegui el nom propi de la persona. D'aquesta manera, s'inclou de forma personal la persona concreta, mentre que l'ús reiterat de la forma *pacient* s'entén com una despersonalització de la relació entre tots dos interlocutors.

- Alternar l'ús del nom propi de la persona afectada amb altres referents, com *pacient*.
- No referir-se mai al pacient amb el nom de la malaltia.

Casos pràctics i proposta de solució

En aquest apartat recollim alguns dels principals problemes sobre els aspectes pragmàtics, que ja hem presentat anteriorment, per tal de proporcionar una proposta de solució d'acord amb les recomanacions mencionades.

Cas pràctic 1. Marcadors discursius

Pel que fa a la presència dels marcadors discursius en els informes mèdics, a continuació presentem el fragment d'un text que ens serà útil per analitzar la manca i el mal ús dels connectors.

Nen de 8 anys que consulta per episodi convulsiu.

Antecedents personals i patològics:

Gestació controlada i que cursa amb polihidramni. Part a les 38 setm. PN 2750 gr.

Diagnosticat en octubre 2005 de Sd. Lowe (oculo-cerebro-renal). Segueix Controls de:

- Neurologia per epilèpsia de difícil control, actualment en tractament amb Depakine 350-350-350, Zarontin (etosuximida) 2.5 ml-0-3 ml i Fenobarbital 1.5-1-1.5.
- Nefrologia, segueix controls per tubulopatia.
- Oftalmologia: controls de Glaucoma i desprendiment de retina (intervingut en diverses ocasions).

Malaltia actual:

Portat en ambulància per presentar episodi d'hipertonia generalitzada amb parpalleig ràpid bilateral i moviments clònics de les 4 extremitats. Duració d'uns 30 segons de durada amb posterior cianosi peribucal, la mare dubte de que respirés durant uns segons, després millora de la coloració quedant amb estat de somnolència. No ha requerit administració de diazepam. No febre ni cap altre simptomatologia prèvia, excepte que en els últims 2-3 dies està més irritable.

Exploració física:

Pes 17 kg. Tax 35.4°C. TA 105/61. FC 70x'. FR 14x'. SatHb 93% en aire ambient. Estat general conservat encara que es manté somnolent (estat postcrític), Bona coloració i hidratació. Fenotip anòmal. Dolicocefàlia. Protussió lingual. No focalitats neurològiques. ACR: bona ventilació bilateral. Tons cardíacs rítmics, no bufos. Abdomen: tou, depressible, no masses ni megàlies. ORL: moc ciar a càvum. No signes meningis ni petèquies.

Exploracions complementàries:

Analítica: leucos 4400 (22S/69L/5M/4E). Hb 11. Htc 33.7. Plaquetes 115000. Glucosa 118. Urea 22. Cr 0.4. Na 144. K 3.6. Ca 10. PCR < 0.1. Nivells de fenobarbital i àcid valproic en curs. Hemocultiu: en curs. Sedeiment orina: normal.

Evolució i tractament:

A ucies es manté en observació amb normalització de l'estat de consciència. Es contacta amb Neuropediatria de l'hospital X (Dr. X) recomenant igual tractament i ajustar dosi d'antiepilèptics segons resultats dels nivells.

D'acord amb la mare es remet a domicili amb normes d'observació. Demà trucarà per resultats pendents

En relació amb la manca de connectors, identifiquem algunes oracions que, amb l'ús d'un marcador,

facilitarien la comprensió del fragment de text, perquè la relació entre les parts de l'oració quedaria detallada. Per exemple, en el segon fragment de text marcat en gris s'indica: «Diagnosticat a l'octubre 2005, de Sd. Lowe (oculo-cervell-renal). Segueix Controls de:». En aquest cas, creiem que entre la primera i la segona oració cal especificar la relació temporal, perquè, sense cap marcador, no sabem amb certesa si els controls es duen a terme des del moment en què es va diagnosticar la síndrome de Lowe o si aquests controls s'han establert més recentment. Si es tracta del primer cas, podem dir, que «*des d'aleshores* segueix controls de:» mentre que si es tracta del segon cas, diríem que «*actualment* segueix controls de:».

Més endavant, en l'apartat «Malaltia actual» i, concretament a l'oració «Durada d'uns 30 segons de durada amb posterior cianosi peribucal, la mare dubte que respirés durant uns segons, després millora de la coloració quedant amb estat de somnolència», no es marca la relació entre les diferents parts que componen l'oració. Entre la primera part i el fragment en què es dona l'opinió de la mare, creiem que es podria marcar que s'està especificant una relació additiva, que es podria reflectir al text amb l'ús del marcador *a més*: «Duració d'uns 30 segons de durada amb posterior cianosi peribucal. *A més*, la mare dubte de que respirés durant uns segons [...]». D'altra banda, en l'apartat «Exploració física», també caldria separar i, per tant, detallar les observacions normals de les que presenten alguna anomalia. Així doncs, en el fragment «Bona coloració i hidratació. Fenotip anòmal», caldria inserir un marcador contraargumentatiu com *però* entremig: «Bona coloració i hidratació. *Però* fenotip anòmal».

Finalment, pel que fa al mal ús dels connectors, en la primera frase marcada en gris, que diu: «Gestació controlada i que cursa amb polihidramni», si fem una cerca, podem saber que el *polihidramni* és l'acumulació excessiva de líquid amniòtic, que és el líquid que envolta al bebè a l'úter durant l'embaràs. En aquest cas,

l'ús del connector additiu *i* no indica de cap manera que es tracta d'una anomalia de la gestació i, per tant, aquesta informació pot passar per alt per a un públic no especialista, com el pacient o els familiars. Per aquesta raó, suggerim substituir aquest marcador, per un *però*. D'aquesta manera es destaca que, tot i que hi ha un control de la gestació, s'ha observat una anomalia: «Gestació controlada, *però* que cursa amb polihidramni».

PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

Nen de 8 anys que consulta per episodi convulsiu.

Antecedents personals i patològics:

Gestació controlada, *però* que cursa amb polihidramni. Part a les 38 setm. PN 2750 gr.

Diagnosticat en octubre 2005 de Sd. Lowe (culo-cerebro-renal). *Des d'aleshores/actualment* segueix Controls de:

- Neurologia per epilèpsia de difícil control, actualment en tractament amb Depakine 350-350-350, Zarontin (etosuximida) 2,5 ml-0-3 ml i Fenobarbital 1,5-1-1,5.
- Nefrologia, segueix controls per tubulopatia.
- Oftalmologia: controls de Glaucoma i despreniment de retina (intervingut en diverses ocasions).

Malaltia actual:

Portat en ambulància per presentar episodi d'hipertonia generalitzada amb parpelleig ràpid bilateral i moviments clònics de les 4 extremitats. Duració d'uns 30 segons de durada amb posterior cianosi peribucal. *A més*, la mare dubte de que respirés durant uns segons després millora de la coloració quedant amb estat de somnolència. No ha requerit administració de diazepam. No febre ni cap altre simptomatologia prèvia, excepte que en els últims 2-3 dies està més irritable.

Exploració física:

Pes 17 kg. Tax 35.4°C. TA 105/61. FC 70x'. FR 14x'. SatHb 93 % en aire ambient. Estat general conservat encara que es manté somnolent (estat postcrític), Bona coloració i hidratació. Però fenotip anòmal. Dolicocefàlia. Protrusió lingual. No focalitats neurològiques. ACR: bona ventilació bilateral. Tons cardíacs rítmics, no bufos. Abdomen: tou, depressible, no masses ni megàlies. ORL: moc clar a càvum. No signes meningis ni petèquies.

Exploracions complementàries:

Analítica: leucos 4400 (22S/69L/5M/4E). Hb 11. Htc 33.7. Plaquetes 115.000. Glucosa 118. Urea 22. Cr 0,4. Na 144. K 3,6. Ca 10. PCR < 0,1. Nivells de fenobarbital i àcid valproic en curs. Hemocultiu: en curs. Sediment orina: normal.

Evolució i tractament:

A Úcies. es manté en observació amb normalització de l'estat de consciència. Es contacta amb Neuropediatria de l'hospital X (Dr. X) recomenat igual tractament i ajustar dosi d'antiepil·lèptics segons resultats dels nivells.

D'acord amb la mare es remet a domicili amb normes d'observació. Demà trucarà per resultats pendents.

Cas pràctic 2. Formes personals

En relació amb la problemàtica sobre les formes personals, recuperem l'exemple 12. Aquest cas és una mostra de l'ús del subjecte implícit en el si de l'oració:

Refereixen que li van augmentar la dosi de l'etosuximida però el deixava molt aixafat pel que li van disminuir la dosi presentant de nou un augment del número de convulsions.

En més detall, si observem el context en què es produeix, podem veure que, com indicàvem abans,

aquest fragment es troba en l'apartat de l'informe mèdic «Antecedents personals», que, en aquest cas, forma part d'un apartat jeràrquicament superior, «Anamnesi», que, a més dels antecedents personals, inclou altra informació d'interès, com ara els antecedents familiars, fisiològics, patològics, entre d'altres, que aporten dades rellevants per al diagnòstic.

ANAMNESI:

Antecedents personals: - Signo de Lowe. Catarata congènita bialteral Intervenido. Epilepsia desde el 2010 en seguiment a CCEE de Neurologia (dra. X), ultim EEG el 22/07/2011. Refereixen que li van augmentar la dosi de l'etosuximida però el deixava molt aixafat pel que li van disminuir la dosi presentant de nou un augment del número de convulsions. Actualment fenobarbital en descens (avui última dosi).

Al·lèrgies: Nega al·lèrgies conegudes.

Medicació habitual: - Solució de sol modificada, iberical, etalpha, carnicor, depakine, etosuximida

Calendari vacunal: Calendari vacunal oficial al dia

Vacunació antipneumocócica: 2 o más dosis

Antecedents familiars: Sense antecedents familiars d'interés

Malaltia actual: Pacient que acut per descompensació de la seva malaltia de base. Refereixen que desde fa dos dies presenta un major número de convulsions diàries (unes 6-8 al dia) de característiques tónico-clòniques i absència d'uns dos minuts de duració que es segueixen d'un post- crític més llarg de l'habitual. No refereixen febre ni cap altra simptomatologia acompanyant. Els pares comenten que quan es comença a recuperar del post-crític torna a tenir una altra convulsió. Ulima convulsió abans d'arribar a l'hospital.

L'oració que hem seleccionat com exemple es correspon amb el primer fragment de l'informe mèdic, en general,

i d'aquest apartat, en concret, en què es fa referència a la informació proporcionada pels familiars del pacient. Tanmateix, aquesta referència als pares no es fa explícita fins al final de l'apartat, en el subapartat «Malaltia actual», en què en la penúltima oració s'indica que: «Els pares comenten que quan es comença a recuperar del post-crític torna a tenir una altra convulsió». En aquest sentit, si en una part determinada del text es fa referència a una persona concreta, caldria fer-ho explícit a l'inici i no al final. Si aquesta informació s'indica al començament i després no es fa referència a terceres persones o, si s'inclouen, s'explicita el referent o subjecte (la persona afectada, el personal sanitari...), en les demés oracions en què el subjecte és el mateix (els pares), el subjecte es podria mantenir implícit perquè ja s'ha presentat anteriorment. Ara bé, si no es donen les dades explícites del subjecte fins al final, el text crea confusió, ja que en les oracions anteriors no es coneix el referent.

PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

Els pares refereixen que li van augmentar la dosi de l'etosuximida, però que el deixava molt aixafat, per la qual cosa li van disminuir la dosi i, com a conseqüència, va presentar de nou un augment del número de convulsions.

Cas pràctic 3. Formes de tractament

Pel que fa a la forma de tractament, quan es fa referència explícita a la persona tractada en el centre hospitalari, en els casos en què no s'omet el subjecte (ja que en bona part de l'informe el subjecte és implícit)³, en els informes mèdics s'utilitza la forma *pacient*, com queda patent en l'exemple 21:

Pacient de 6a5m afecte de Síndrome de Lowe ingressa per presentar un episodi de desconnexió del medi, parpelleig i hipertonia generalitzada que s'autolimita.

Aquesta oració s'ha extret de l'apartat «Motiu de consulta» de l'informe mèdic, que segueix l'apartat en què es registren les dades personals:

Pacient de 6a5m afecte de Síndrome de Lowe ingressa per presentar episodi de desconnexió del medi, parpelleig i hipertonia generalitzada que s'autolimita. Presenta de nou episodi de mateixes característiques a Urgències de menys durada. Refereixen que en l'últim mes presenta alteracions en el cicle de son-vigília i estrès important a causa d'intervencions oftalmològiques que li estan realitzant a causa dels seus problema oculars.

En aquest sentit, creiem que, tot i que no cal mencionar el nom de la persona en tots els fragments en què s'hi fa referència, sí que és convenient que es combini l'ús d'altres referents, com *pacient*, amb el nom propi de la persona. Aquesta proposta hauria de substituir, doncs, el model actual, en què, com s'observa en el fragment superior, les referències a la persona tractada combinen l'ús de *pacient* («Pacient de 6a5m afecte de Síndrome de Lowe [...]») amb el subjecte implícit («Presenta de nou episodi de mateixes característiques [...]»). Aquesta proposta també s'aplicaria en els casos en què es fan servir altres referents per citar la persona en el text, com ara *lactant*, *escolar*, *nena* i *nen*, etc. En la mateixa línia, aquests referents es poden combinar amb l'ús del nom propi. A més, tot i que ofereixen informació sobre l'edat del pacient, tampoc no ofereixen informació precisa, com sí que es fa en l'exemple tractat, que especifica exactament els anys i mesos del nen. La solució que proposem

³Vegeu exemples 13, 14 i 15.

té en compte que la despersonalització del discurs té efectes psicosocials negatius sobre el pacient i els seus familiars (Pozzi i Cazés, 2004). Per aquest motiu, suggerim que, en tant que possible, s'intenti personalitzar el text amb l'ús del nom propi.

PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

[Nom propi], de 6 anys i 5 mesos, afecte de Síndrome de Lowe, ingressa per presentar un episodi de desconexió del medi, parpelleig i hipertonia generalitzada que s'autolimita.

Bibliografia

- Cabré, M. T. (1998). "El discurs especialitzat o la variació funcional determinada per la temàtica: noves perspectives". *Caplletra*, 25, 173-194.
- Gutiérrez, B. (2000). "La higiene en la lexicografía médica de divulgación de la España decimonónica". *Areas*, 20, 51-60.
- Gutiérrez, B. (2004). "Entre el mito y el logos: la medicina y sus formas de expresión". A Cabré, M. T.; Estopà, R. (ed.), *Objetividad científica y lenguaje: la terminología de las ciencias de la salud*. Barcelona: Institut Universitari de Lingüística Aplicada; Universitat Pompeu Fabra.
- Kaba, R.; Sooriakumaran, P. (2007). "The evolution of the doctor-patient relationship". *International Journal of Surgery*, 5(1), 57-65.
- Koch, P.; Oesterreicher, W. (1990). *Gesprochene Sprache in der Romania: Französisch, Italienisch, Spanisch*. Tübingen: Max Niemeyer.
- Martín Zorraquino, M. A.; Portolés, J. (1999). "Los marcadores del discurso". A Bosque, I.; Demonte, V. (dir.). *Gramática descriptiva de la lengua española*. Madrid: Espasa Calpe. 4051-4213.
- Millis, K. K.; Just, M. A. (1994). "The Influence of Connectives on Sentence Comprehension". *Journal of Memory and Language*, 33(1), 128-147.
- Padrón Novales, C. I.; Quesada Padrón, N.; Pérez Murguía, A.; González Rivero, P. L.; Martínez Hondares, L. E. (2014). "Aspectos importantes de la redacción científica". *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*, 18(2), 362-380. Recuperat de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000200020
- Peris, E.; Cerezo, E.; Argüello, M.; Ferrero, C.; Castells, S. (2008). *Diccionario de términos clave de ELE*. SGEL: Madrid.
- Portolés, J. (1993). "La distinción entre los conectores y otros marcadores del discurso en español". *VERBA*, 20, 141-170.
- Pozzi, M.; Cazés, H. (2005). *El lenguaje de las historias clínicas: lo que revela desde las perspectivas lingüística y social*. Girona: Documenta Universitaria.
- Schiffko, P. (2001). ¿Existen las lenguas de especialidad?. A Bargalló, M.; Forgas, E.; Garriga, C.; Rubio, A.; Schnitzer, J. (ed.). *Las lenguas de especialidad y su didáctica*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. 21-29.
- Viqueira García, V. (2018). "La despersonalización de la relación de sanitario y paciente". A ADR Formación Soluciones eLearning. Recuperat de: https://www.adrformacion.com/knowledge/sanidad--servicios-sociales-e-igualdad/la_despersonalizacion_de_la_relacion_de_sanitario_y_paciente.html [Última consulta: 10 de setembre de 2019].

Els errors ortotipogràfics, ortogràfics i de puntuació

Jorge Vivaldi

Introducció

Els informes mèdics¹ en general es caracteritzen per contenir un nombre relativament elevat d'errors ortogràfics i de puntuació. Aquest fenomen representa un problema, amb dues perspectives: d'una banda representa un obstacle per a la comprensió de l'informe per part del pacient i, de l'altra, dificulta el processament informàtic d'aquests textos.

La gran varietat d'errors que solen aparèixer en els informes mèdics es poden agrupar segons afectin l'ortografia i tipografia de les paraules, o bé els signes de puntuació que estructurin el text. Entre els primers trobem els errors en l'accentuació, la unió de dues o més paraules, la inclusió d'un espai espuri que provoca la separació d'una paraula en dos o més fragments, la manca o inserció indeguda d'una o més lletres d'una paraula, l'alteració de l'ordre de les lletres d'una paraula o l'ús d'abreviatures no estàndards o poc transparents. En el segon grup, tenim la manca de signes de puntuació, el tractament erroni de les majúscules després d'un punt i els espais espuris al voltant d'un signe de puntuació.

La comprensió de l'informe mèdic és difícil per la seva pròpia naturalesa, però es veu agreujada quan el pacient/familiar/professional es troba amb errors afegits com els ja mencionats. Aquest aspecte ja mereix una certa atenció. Existeix, però, un destinatari *especial* dels informes mèdics: la informàtica. Avui dia és una pràctica habitual l'ús d'aplicacions informàtiques per fer recerca de tot tipus utilitzant aquests textos.

Per exemple, necessitem del processament automàtic d'aquests textos quan es vol fer des d'un simple estudi estadístic fins a la codificació automàtica de les malalties, la confecció d'un resum automàtic de l'informe, la detecció de riscos, un estudi dels efectes adversos de medicaments, etc.; o bé estudis més complexos com ara l'evolució clínica d'un pacient o l'estudi de la història clínica d'un grup de pacients. La presència d'errors ortotipogràfics dificulta molt el processament correcte de les eines informàtiques, ja que representa un soroll que enterboleix l'assoliment de qualsevol tasca².

Un primer pas és plantejar-se quin és l'origen dels errors ortotipogràfics. Entre les raons més plausibles cal no oblidar que és un fet que els professionals de la salut:

- No solen donar importància als caràcters especials ni als signes de puntuació, de manera que quan redacten un informe només tenen en compte que la descripció de la situació sigui comprensible per a ells mateixos o per a un professional equivalent per tal de continuar l'atenció del pacient.
- Actuen amb escassetat de temps.
- Actuen amb un cert desconeixement de la llengua (en particular d'ortografia i de sintaxi), de tècniques de mecanografia i de tècniques efectives de comunicació.

El problema s'agreuja encara més si tenim en compte que el professional no disposa de les eines habituals que en la redacció de text general ajuden l'usuari en la

¹ En aquesta secció ens referirem només als informes mèdics escrits amb un terminal d'ordinador.

² Existeixen mecanismes informàtics per pal·liar aquests problemes, però els resultats que s'aconsegueixen actualment són encara insuficients.

detecció i correcció d'alguns problemes ortotipogràfics, com ara un corrector. Així no sol disposar de correctors integrats en el sistema de gestió que fan servir per redactar els informes mèdics o emplenar la història clínica del pacient. Només certes institucions disposen d'algunes eines que ajuden a la redacció de certs aspectes dels informes mèdics.

Problemàtica global

Per tal de comprovar empíricament aquestes afirmacions hem fet un estudi dels errors que es trobaven en el corpus principal ja descrit i un segon estudi amb un corpus més ampli de 1.090 informes mèdics d'urgències emesos per l'Hospital Italiano de Buenos Aires entre els anys 2014 i 2015, que correspon a 420.000 ocurrències.

Hem fet una anàlisi amb les eines d'extracció de termes de l'Institut Universitari de Lingüística Aplicada i ha resultat que 208.000 ocurrències produeixen 131.000 candidats a terme, dels quals, n'hi ha 5.510 de diferents. Això significa que, de mitjana, de cada dues paraules una és un terme. Hem calculat que la longitud mitjana d'un terme és de 1,6 paraules. Això permet afirmar també que el nombre de termes polilèxics és molt alt.

Aquests corpus permeten exemplificar tots els inconvenients ja mencionats. A continuació mostrem alguns d'aquests exemples juntament amb la solució³.

Errors ortotipogràfics

Els errors ortotipogràfics més freqüents estan relacionats amb l'accentuació i amb els caràcters especials. Particularment difícil és el cas en què qualsevol d'aquests errors dona lloc a una altra paraula que és

correcta en la llengua. Mostrem a continuació alguns exemples d'aquesta mena d'errors:

- **Accentuació:** aquest és un error freqüent que crea una dificultat peculiar, ja que pot donar lloc a una altra paraula correcta de la llengua que cal reinterpretar perquè en molts casos canvia la categoria gramatical. Aquesta circumstància dificulta molt la seva correcció automàtica. A la taula 1 se'n mostren alguns casos reals.

Taula 1. Exemples d'errors d'accentuació.

Idioma	Forma present en el text	Forma correcta	Informació adicional
ES	presento	presentó	Manca d'accentuació
	liquido	líquido	
	síndrome	síndrome	
	cálcio	calcio	Accentuació incorrecta
Segúnda punció	Segunda punció		
CA	disminuïr	disminuir	Dièresis incorrecta
	ferroterápia	ferroteràpia	Accentuació incorrecta
	pupiles	pupil·les	Manca de punt volat
	reinsercio	reinserció	Manca d'accentuació
	tendo	tendó	
	lmatges quístiques	lmatges quístiques	
	Te ajuda	Té ajuda	
terre	terra	Error ortogràfic	

³ Observeu que en alguns casos hi ha una combinació de errors. Aquesta circumstància dificulta encara més tant la comprensió com la correcció automàtica.

Taula 2. Exemples de paraules enganxades.

Idioma	Forma present en el text	Forma correcta
ES	tamañodel	tamaño del
	síndromeconfusional	síndrome confusional
	radioterapiaen	radioterapia en
	predominioizquierdo	predominio izquierdo
	Parocardiorespiratorio	Paro cardiorrespiratorio
	pérdidahemática	pérdida hemática
	nivellumbar	nivel lumbar
	mmTodos	mm. Todos
	lasmismasindicaciones	las mismas indicaciones
CA	control a Cexternes de cirurgia	control a consultes externes de cirurgia
	surtal carrer	surt al carrer
	coincidintamb neutropènia per QT	coincidint amb neutropènia per QT
	Fumador de 20cig/dia	Fumador de 20 cig/dia

- Unió de dues o més paraules: aquest és un error molt freqüent, i amb les mateixes característiques de l'anterior. A la taula 2 se'n recullen casos extrets de diferents informes.
- Manca d'una o més lletres: aquest també és un error freqüent i, com l'anterior, difícil de corregir. La taula 3 n'aplega algunes mostres.
- Alteració de l'ordre de les lletres: aquest és el típic error de mecanografia i també difícil de corregir automàticament, en particular quan la paraula errònia dona lloc a una paraula possible de la llengua, com és el cas de l'exemple 5 de la taula 4.
- Inserció de lletres addicionals errònies: aquest és un altre error de mecanografia, que sovint apareix

Taula 3. Exemples de manca de lletres.

Idioma	Forma present en el text	Forma correcta
ES	ulima	última
	trastorácico	transtorácico
	icteria generalizada	ictericia generalizada
	nausas	náuseas
	interconsula	Interconsulta
		revistas pel serve d'anestèsia
CA	No malalties previas interés	No malalties prèvies d'interès
	ve presentar insuficiencia	va presentar insuficiència

perquè s'activen lletres del teclat properes a la tecla correcta, com es mostra en els exemples de la taula 5.

Errors de puntuació

Dels errors de puntuació, comentarem els més habituals:

- Manca de signes de puntuació: aquest és un altre error freqüent que dificulta el processament, però afecta sobretot la comprensió del text per part del pacient. A la taula 6 hi ha exemples en català i en castellà extrets d'informes mèdics.
- Error en el tractament de majúscules després d'un punt: a la taula 7 es recullen exemples d'errors en l'ús de les majúscules després d'un signe de puntuació.

Taula 4. Exemples d'alteració d'ordre de lletres.

	Forma present en el text	Forma correcta
1	bialteral	bilateral
2	paceint	pacient
3	esatndo sentado	estando sentado
4	Fractura osetoporótica	Fractura osteoporótica
5	color	dolor
6	control ambualtorio control ambulaotrio control ambulatotio control ambultario	control ambulatorio

Taula 5. Exemples d'inserció de lletres errònies.

Idioma	Forma present en el text	Forma correcta	Informació adicional
ES	reigidez	rigidez	lletra adicional
	... con buena toleradncia.	... con buena tolerancia.	lletra adicional
	diuresis espontanes	diuresis espontánea	
	Aspecto infectologicp	Aspecto infectológico	lletra errònia
CA	reperfución	reperfusión	
	Barrer episodi	Darrer episodi	lletra errònia
	es decideix l'alta par seguir control ambulatori	es decideix l'alta per seguir control ambulatori	lletra errònia
	tto Qtadjuvant	tto coadjuvant	lletres errònies
	2 cms de diàmetre	2 cm de diàmetre	lletra adicional

Ús d'abreviatures no estàndards o poc transparents

Tot i que les abreviatures s'han tractat en el capítol «Ús de mecanismes d'abreviació en l'informe mèdic» (p. 60), per la manera com s'escriuen també es poden considerar errors ortotipogràfics. Casos d'aquest tipus d'error es recullen a la taula 8.

Ús de més d'una llengua en la redacció d'un mateix informe

Observem el fragment següent extret d'un mateix informe mèdic:

- (1) Rigidez de las 4 extremidades. Poco colaboradora en la exploración por MEG. A. Respiratòria: normal. A. Cardíaca: normal. No edemes. Polsos perifèrics conservats.

IJ. Abdomen: doloroso a la palpación de forma difusa, con discreta semiología de ascitis, sin peritonismo. No visceromegàlies.
(...)

Exploraciones complementarias / Exploracions complementàries

Moderada hipertrofia del ventricle esquerre sense dilatació de la cavitat i que té normal motilitat.

Evolución / Evolució

Paciente de 68 años dada de alta por celulitis EI que reingresa 24 horas después por reaparición de la celulitis.

Aquest canvi imprevist d'idioma de l'informe pot provocar també desconcert en el lector.

Taula 6. Exemples d'errors per manca de puntuació.

Idioma	Forma present en el text	Forma correcta	Informació addicional
ES	Ingres para realización de registro de sueño No precisa medicación	Ingres para realización de registro de sueño. No precisa medicación	Manca de puntuació per indicar final de frase
	...reflujo gastroesofagico , Llega a UTIA posterior...	... reflujo gastroesofágico. Llega a UTIA posterior...	Signe de puntuació erroni
	Donat els antecedents del pacient es decideix ingrés per a control evolutiu.	Donat els antecedents del pacient, es decideix ingrés per a control evolutiu.	Incís sense comes
	paciente de 7 años, con antecedentes de crisis	paciente de 7 años con antecedentes de crisis	Puntuació entre subjecte i predicat
	Durante su estancia en urgencias, presenta nuevo episodio de irritabilidad con dolor	Durante su estancia en urgencias presenta nuevo episodio de irritabilidad con dolor	Puntuació entre verb i complements forts
Se inició descenso de fenobarbital lo que se ha relacionado con mejor situación y descanso.	Se inició descenso de fenobarbital, lo que se ha relacionado con mejor situación y descanso.	Manca de puntuació per indicar informació addicional	
CA	Rx de tórax:cardiomegalia	Rx de tòrax: cardiomegàlia	Manca d'un espai
	. CM:4/28 Ultima Revisió ginecològica al 2008.	CM:4/28. Ultima Revisió ginecològica al 2008.	Manca de signe de puntuació
	Bilirrubina 1,6 mg/dl,albúmina 26g/L ,	Bilirrubina 1,6 mg/dl, albúmina 26 g/L.	Falta d'espai després de puntuació i manca de puntuació final frase
vàlvula lleument engruixida.Doble lesió aòrtica	vàlvula lleument engruixida. Doble lesió aòrtica.	Falta d'espai després de puntuació i manca de puntuació final frase	

Recomanacions

Com ja s'ha mencionat en la introducció és important reduir, en tant que sigui possible, aquest tipus d'errors. Algunes de les mesures correctives que són fàcils d'implementar i poden ser de gran ajuda al processament informàtic dels informes són les següents:

- Redactar els informes amb frases simples, completes i acabades en punt i a part. Aquesta mesura facilita tant la comprensió per part del malalt com el processament informàtic dels textos. En certa manera actua com

a defensa d'alguns errors, com ara manca de punt de final de frase o inici de frase en majúscules.

- Revisar que les paraules estiguin ben escrites. Casos com ara paraules sense un espai de separació o bé amb espais extrems, alteració de l'ordre dels caràcters, manca d'un o més caràcters, etc. Aquestes situacions donen lloc a errors molt difícils de corregir automàticament.
- Utilitzar una única llengua en la redacció dels informes. La barreja de llengües (per exemple, català i castellà) obliga a recórrer a procediments especials

Taula 7. Exemples de mal ús o manca de majúscules.

Idioma	Forma present en el text	Forma correcta
ES	...contexto de multiples instrumentaciones en aparato digestivo,ingresa por sindrome febril...	... contexto de múltiples instrumentaciones en aparato digestivo. Ingresa por síndrome febril...
	C K Negativa.se Decide Su Internación Para Valoración Diagnóstica	C K negativa. Se decide su internación para valoración diagnóstica.
CA	quist epidermoide.Tancament del múscul cutani del coll	quist epidermoide. Tancament del múscul cutani del coll.
	... cirurgia electiva d'hèrnia inguinal dreta.Previ estudi preoperatori...	... cirugía electiva d'hèrnia inguinal dreta. Previ estudi preoperatori ...

en el processament bàsic del text que normalment no estan implementats.

El problema que hem descrit en aquesta secció és complex i té múltiples vessants. Per tant, el seguiment estricte d'aquestes recomanacions no garanteix un èxit absolut en la redacció dels informes mèdics, però sí que pot contribuir a millorar-ne els resultats.

Casos pràctics i proposta de solució

Introduïrem a continuació alguns exemples d'informes mèdics o d'alguna secció d'informes per tal d'exemplificar la problemàtica mostrada en el punt anterior. Tots aquests textos presenten errors ortotipogràfics. En l'apartat final trobareu els mateixos textos corregits juntament amb alguns comentaris sobre les correccions que s'han efectuat.

Taula 8. Exemples en l'escriptura d'abreviatures.

Idioma	Forma present en el text	Forma correcta	Informació adicional
ES	S. de LOwe	Síndrome de Lowe	Lletra adicional en majúscula
	S Lowe		Forma incompleta
	Insuf/insf	insuficiencia	Abreviatures diferents per un mateix concepte
	rto	recuento	Abreviatura poc transparent
CA	cefuroxima iv	cefuroxima IV cefuroxima intravenosa	Abreviatura poc transparent
	colze E	colze esquerre	Abreviatura poc transparent
	Tractaments durant la gestació: Fe, hormones tiroidees	Tractaments durant la gestació: ferro, hormones tiroidees	Abreviatura poc transparent

Cas pràctic 1

En el fragment següent d'un informe del servei de dermatologia observeu la presentació de la informació i marqueu tots els errors ortotipogràfics que presenta:

NEVOS MELANOCITICOS MÚLTIPLES
extirpó dos nevos 1) hueco poplíteo izq, 2) muslo derecho ant.Cito con resultado HP.

PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

NEVOS MELANOCÍTICOS MÚLTIPLES
extirpo dos nevos:
1) hueco poplíteo izquierdo
2) muslo derecho anterior.
Cito con resultado HP.

Observeu la separació en línies de la indicació dels dos nevus que s'han extirpat, l'expansió de les abreviacions i la instrucció per a la pròxima cita en una línia separada.

Queda pendent expressar la sigla HP de manera transparent.

Cas pràctic 2

Per aquest segon cas hem utilitzat un fragment d'un informe del servei de nefrologia en què també hi ha errors estructurals de presentació de la informació:

PIE DIABÉTICO

Paciente tx renal. cumpliendo tto atb. funcion renal normal en plan de alta con interneccion domiciliaria. estable sin dolor

PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

PIE DIABÉTICO

Paciente tx renal.

Cumpliendo tto atb.

Función renal normal en plan de alta con internación domiciliaria. Estable sin dolor.

En aquest cas, l'informe presenta un problema d'estructura. A l'informe original es donen indicacions amb frases curtes, però no estan ben separades. És preferible tenir aquestes frases curtes en línies separades, d'aquesta manera, es facilita la comprensió tant per al pacient com per al processament informàtic.

Cas pràctic 3

Observem l'apartat d'evolució d'un informe de Clínica Mèdica. Observeu la gran quantitat d'errors d'ortografia que presenta un text de menys de 150 paraules:

Paciente de 4 meses de vida. RNT(39 semanas), peso nac: 2980. apgar 9/10, parto vaginal. internado en ucin por 10 dias por malformacion ano rectal operada al 2 dia de vida. Se le realizo colostomia.

Internada en dos oportunidades por cuadros respiratorios.

Antecedentes de CIA osteum secundum fenestrada y leve dilatacion de cavidades derechas, Evaluada por gastroenterologia con phmetria normal IMM con muchos episodios por lo que se medico con esomepraxol y domperidona (que luego se suspendio), tiene SEGd con reflujo hasta tercio superior de esofago.

Se realizo anorrectoplastia sagital posterior con buena evolucion post quirurgica.

En condiciones de pasar a sala. Se aguarda segundo tiempo de cierre de colostomia.

Buena evolucion post quirurgica, recibe profilaxis atb con metronidazol mas gentamicina, buena tolerancia alimentaris.

Controlado por el servicio de cirugia, se otorga el alta con amoxicilina mas clavulanico, analgesia reglada.

Control en 48 hs por cirugia.

PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

Paciente de 4 meses de vida. RNT (39 semanas), peso al nacimiento: 2980. apgar 9/10, parto vaginal.

Internado en UCI por 10 días por malformación ano rectal operada al segundo día de vida. Se le realizó colostomía.

Internada en dos oportunidades por cuadros respiratorios.
Antecedentes de CIA osteum secundum fenestrada y leve dilatación de cavidades derechas, Evaluada por gastroenterología con phmetria normal IMM con muchos episodios por lo que se medicó con esomepraxol y domperidona (que luego se suspendió), tiene SEG D con reflujo hasta tercio superior de esófago.
Se realizó anorrectoplastia sagital posterior con buena evolución post quirúrgica.
En condiciones de pasar a sala. Se aguarda segundo tiempo de cierre de colostomía.
Buena evolución post quirúrgica, recibe profilaxis atb con metronidazol mas gentamicina, buena tolerancia alimentaria.
Controlado por el servicio de cirugía, se otorga el alta con amoxicilina más clavulánico, analgesia reglada.
Control en 48 hs por cirugía.

En algunes d'aquestes correccions es canvia la categoria gramatical (en aquests casos, afegir un accent resulta un canvi de nom a verb); aquest és un tipus d'error particularment nociu, ja que afecta la interpretació de l'estructura mateixa de la frase.

Cas pràctic 4

L'apartat següent d'evolució clínica d'un informe del servei de medicina interna presenta errors d'ortografia específics del català. Cal destacar també algunes sigles que estan en minúscules que dificulten la comprensió:

S'orienta el quadre clínic com una pielonefritis aguda, en una pacient amb sondatge urinari

permanent. S'inicia tractament antibiòtic empíric amb ceftazidima i ampicil.lina iv. Ingressa per control evolutiu.

Presenta una bona evolució clínica amb desaparició de la febre i milloria de l'estat general. Ha tolerat correctament la reintroducció de la ingesta oral. En rebre el resultat de l'urocultiu s'ha mantingut tractament amb cefuroxima iv i posteriorment vo. S'han detectat xifres de glucèmia discretament elevades en relació al quadre infecció i sèrums, que han requerit insulina de forma puntual.

En el moment actual es manté estable pel que es decideix l'alta par seguir control ambulatori.

PROPOSTA DE SOLUCIÓ:

S'orienta el quadre clínic com una pielonefritis aguda, en una pacient amb sondatge urinari permanent. S'inicia tractament antibiòtic empíric amb ceftazidima i ampicil.lina iv. Ingressa per control evolutiu.

Presenta una bona evolució clínica amb desaparició de la febre i milloria de l'estat general. Ha tolerat correctament la reintroducció de la ingesta oral. En rebre el resultat de l'urocultiu s'ha mantingut tractament amb cefuroxima iv i posteriorment vo. S'han detectat xifres de glucèmia discretament elevades en relació al quadre infecció i sèrums, que han requerit insulina de forma puntual.

En el moment actual es manté estable pel que es decideix l'alta par seguir control ambulatori.

Quaderns Fundació Dr. Antoni Esteve

1. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana (2004).
2. Debates sobre periodismo científico. A propósito de la secuenciación del genoma humano: interacción de ciencia y periodismo (2004).
3. Palomo Cobos L, Pastor Sánchez R, coord. Terapias no farmacológicas en atención primaria (2004).
4. Debates sobre periodismo científico. En torno a la cobertura informativa del SARS (2006).
5. Cantillon P, Hutchinson L, Wood D, coord. Aprendizaje y docencia. Traducción al español de una serie publicada en British Medical Journal (2006).
6. Bertomeu-Sánchez JR, Nieto-Galan A, coord. Entre la ciencia y el crimen: Mateu Orfila y la toxicología en el siglo XIX (2006).
7. de Semir V, Morales P, coord. Jornadas sobre periodismo biomédico (2006).
8. Blanch LI, Gómez de la Cámara A, coord. Jornadas de investigación en el ámbito clínico (2006).
9. Mabrouki K, Bosch F, coord. Redacción científica en biomedicina: Lo que hay que saber (2006).
10. Algorta J, Loza M, Luque A, coord. Reflexiones sobre la formación en investigación y desarrollo de medicamentos (2007).
11. La ciencia en los medios de comunicación. 25 años de contribuciones de Vladimir de Semir (2007).
12. Debates sobre periodismo científico. Expectativas y desencantos acerca de la clonación terapéutica en los medios de comunicación (2007).
13. González-Duarte R, coord. Doce mujeres en la biomedicina del siglo XX (2007).
14. Mayor MB. Cómo elaborar folletos de salud destinados a los pacientes (2008).
15. Bosch F, Rosich L, coord. Redacción científica en biomedicina: el que cal saber-ne (2008).
16. El enfermo como sujeto activo en la terapéutica (2008).
17. Rico-Villademoros F, Alfaro V, coord. La redacción médica como profesión. Qué es y qué hace el redactor de textos médicos (2009).
18. Del Villar A, Melo E. Guía de plantas medicinales del Magreb. Establecimiento de una conexión intercultural (2009).
19. González-Duarte R, coord. Dotze dones en la biomedicina del segle XX (2009).
20. Serés E, Rosich L, Bosch F, coord. Presentaciones orales en biomedicina. Aspectos a tener en cuenta para mejorar la comunicación (2010).
21. La información científica en los telediarios españoles (2010).
22. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana II (2011).
23. Mugüerza P. Manual de traducción inglés-español de protocolos de ensayos clínicos (2012).
24. Marušić A, Marcovitch H. Competing interests in biomedical publications. Main guidelines and selected articles (2012).
25. de Semir V, Revuelta G. El periodismo biomédico en la era 2.0 (2012).
26. Casino G, coord. Bioestadística para periodistas y comunicadores (2013).
27. Carrió M, Branda LA, JE Baños, coord. El aprendizaje basado en problemas en sus textos. Ejemplos de su empleo en biomedicina (2013).
28. El científico ante los medios de comunicación. Retos y herramientas para una cooperación fructífera (2013).

29. Giba J. Developing Skills in Scientific Writing (2014).
30. Bigorra J, Bosch F. Filantropía en investigación e innovación biosanitaria en Cataluña (2014).
31. Francescutti LP, coord. Los públicos de la ciencia (2014).
32. Casino G, coord. Epidemiología para periodistas y comunicadores (2015).
33. Gallego L. La traducción inglés-español del consentimiento informado en investigación clínica (2015).
34. Casino G. Escepticismo. Una mirada escéptica sobre la salud y la información (2015).
35. De la Torre T. La medicina en las series de televisión (2016).
36. Hernández Aguado I, coord. Definición de prioridades en las políticas de salud (2016).
37. Mayor Serrano MA. El cómic como recurso didáctico en los estudios de Medicina (2015).
38. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana III (2015).
39. Claros Díaz GM. Ideas, reglas y consejos para traducir y redactar textos científicos en español. 2ª edición (2016).
40. Revuelta G, Morales P, coord. Debate sobre periodismo científico. El tratamiento informativo del brote epidémico del virus del Ébola (2017).
41. Valls R, Bigorra J, coord. Philantropy in research and innovation in biosciences (2017).
42. De la Torre T. Medicine in Television Series (2017).
43. Lumbreras B, Ronsa E, Ruiz-Cantero MT, coord. Cómo elaborar un proyecto en ciencias de la salud (2018).
44. Francescutti P. La visibilidad de las científicas españolas (2018).
45. Cercerols R, de la Torre T. La ciencia de The Big Bang Theory (2018).
46. Mugüerza P. Manual de traducción inglés-español de protocolos de ensayos clínicos. 2ª edición revisada (2019).

Referències de la serie en format abreviat. La cita correcta d'aquest quadern és:

Estopa R, coord. L'informe mèdic: com millorar-ne la redacció i facilitar-ne la comprensió. Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve, N° 47. Barcelona: Fundació Dr. Antoni Esteve; 2020.

Els quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve estan disponibles gratuïtament a www.esteve.org

Els informes mèdics constitueixen una eina cabdal dins de l'acte assistencial. Els redacten els professionals de la salut i la seva finalitat és descriure el procés assistencial des de l'anamnesi fins al diagnòstic. Estan orientats tant als propis malalts com a altres professionals de la salut.

Aquest llibre ofereix eines, consells i exemples per a millorar la redacció dels informes mèdics. L'objectiu final és facilitar una comunicació més acurada i comprensible entre professionals, i amb el pacient. Cadascun dels set capítols del llibre tracta un aspecte clau de la redacció dels informes mèdics. S'inclouen recomanacions i consells amb casos pràctics reals i possibles solucions.

