

Febrer
2005



CONSELL DE COL·LEGIS
DE METGES DE CATALUNYA

Edita:



Quaderns de la Bona Praxi

*Informes clínics,
eines de comunicació*

18

Redacció

■ *Experts redactors d'aquest quadern*

Coordinació: **Jordi Delàs.** Professor del Departament de Medicina, Universitat de Barcelona. Servei de Medicina Interna, Hospital del Sagrat Cor de Barcelona.

■ *Equip consultiu*

Miquel Bruguera Cortada. President del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Jaume Padrós Selma. Secretari del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

■ *Edita*

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA.

Centre d'Estudis Col·legials.

Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona

Direcció Editorial: Alex Ramos Torre

Coordinació: Tonyi Barroso Torrubia

© 2005 COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA. No es pot reproduir cap part d'aquesta publicació, ni emmagatzemar-la en un sistema recuperable, ni transmetre-la per cap mitjà electrònic, mecànic, fotocopiat, en discos, ni de qualsevol altra forma, sense la prèvia autorització per escrit del propietari del copyright.

Coordinació gràfica, disseny i impressió: AMBIENT GRÀFIC. Roger de Llúria, 90. T. 934 592 398. 08009 Barcelona. Dipòsit legal: B-46.873-96

<i>1. Presentació</i>	<i>4</i>
<i>2. Precedents</i>	<i>4</i>
<i>3. Quan fer els informes clínics (fer l'informe des de l'ingrés)</i>	<i>5</i>
<i>4. L'estil de la redacció</i>	<i>5</i>
<i>5. Els informes clínics s'han d'entendre fàcilment</i>	<i>7</i>
<i>6. Qui és el lector dels informes clínics</i>	<i>14</i>
<i>7. Elements de l'informe (què posar i què no posar)</i>	<i>15</i>
<i>8. Tipus especials d'informes i altres documents clínics</i>	<i>18</i>
<i>9. Recomanacions per fer bons informes clínics</i>	<i>25</i>
<i>10. Bibliografia</i>	<i>26</i>

Presentació

1

Els informes clínics són escrits on els metges descrivim l'estat de salut dels nostres pacients. Els fem quan els pacients deixen el servei d'urgències o l'hospital^{1,2}, o quan ens els demanen els pacients o altres companys.

Durant molt de temps, els informes mèdics han aparegut com quelcom inútil, un tràmit o una obligació que es deixava –o es deixa– en mans del darrer que acabava d'arribar. Com molt bé ha definit el Dr. Manresa l'informe clínic ha estat la ventafocs del clínic.³

Però els informes clínics expliquen els treballs i els raonaments per arribar al diagnòstic i el tractament, permeten desenvolupar estudis clínics i epidemiològics i avaluar l'atenció realitzada.

Els informes clínics són també un tros de la vida de la persona, una producció creativa de l'autor que els signa a peu de pàgina. Tenen quelcom de relat, de descripció, de biografia i notables analogies amb la redacció de notícies i articles periodístics. Com ells es poden analitzar

a partir de les clàssiques preguntes *who, what, whom, where, why*, o qui escriu què, per a qui, on, amb quin motiu.

Són curts i escriure'ls bé exigeix molta dedicació, en particular si es pensa que molts d'ells no seran gaire temps guardats ni tampoc rellegits. Són paraula en el temps. El que avui és notícia, demà ja no ho serà.

Serveixen per comunicar metges i pacients i metges entre metges. Es fan necessaris quan la medicina s'especialitza, es diversifica el lloc d'assistència i cal que els successius metges i equips expliquin la seva actuació. Tenen diferents funcions: legal, científica, biogràfica, comunicativa i d'avaluació. Una notable diversitat que fa que no sigui fàcil redactar-los. Són elements de comunicació, però alhora han de mantenir un adequat to científic. Descriuen els fets ocorreguts en el pacient amb la prudència de saber que seran de transcendent importància en el curs de reclamacions, denúncies i intervencions judicials⁴.

Precedents

2

Anys endarrera els metges descrivien per carta l'estat de salut dels seus pacients i posaven en comú les observacions de la realitat. Les missives –benvolgut company, benvolgut senyor, senyora– seguien el camí i els terminis dels carters. Avui ha disminuït la correspondència i les cartes dels metges han deixat pas a l'informe clínic.

El mateix nom imposa ambigüitat. Fa referència a explicar, informar, però també a quelcom no ben definit, quasi informal, sense forma. Els informes han perdut l'habitual estructura de les cartes. A l'encapçalament no hi ha l'adreça del destinatari, perquè l'informe no queda clar a qui va dirigit. No acostuma a haver-hi

fórmules de comiat i, quan el metge acaba la informació, simplement signa. En alguns informes fets a mà, ni tan sols queda clar qui signa l'escrit.

Quan el metge sap a qui va adreçat un informe es recupera l'estil de la carta. Apareix el nom del destinatari, l'escrit té un to més íntim i hi ha fórmules d'acomiadament. Saber a qui va dirigit l'informe, el personalitza.

No hi ha una sola manera de fer els informes, com no hi ha una única manera de fer articles o reportatges. Els actuals programes informàtics de tractament de textos faciliten que cadascú adapti la redacció d'un informe al seu propi estil.

Quan fer els informes clínics

3

Probablement, mentre s'està fent l'informe d'alta és quan més se sap del pacient ingressat. Apareixen fets que havien passat desapercebuts i es qüestionen les pròpies actuacions. Sovint sap greu no haver tingut abans de forma clara i ordenada aquesta informació.

És recomanable començar la redacció de l'informe en el mateix moment de l'ingrés, completar-lo en el curs de l'evolució i revisar-lo abans de l'alta. L'informe acaba sent la selecció del material que s'ha escrit i discutit els dies precedents.

L'estil de la redacció

4

L'informe clínic ha d'estar ben escrit i seguir les principals normes de la redacció científica: senzillesa, economia de temps i espai, precisió, rigor i documentació. El mateix reconeixement que s'està emprant un llenguatge amb molts tecnicismes, noms propis, paraules agafades d'altres idiomes... ha de conduir a la recerca de la simplicitat i la transparència, per no revestir de més dificultat uns conceptes ja de per si complicats d'entendre.

La redacció no ha d'augmentar-ne la complexitat. La frase d'Azorín "escrivim millor quan més senzillament escrivim" té tota la vigència en medicina. Però això no significa que no s'hagi de tenir cura dels escrits. La concepció que la redacció científica mèdica és avorrida ve, precisament, de no vigilar l'estil.

Característiques de la redacció científica

Utilització del llenguatge científic

Precisió

Economia de temps i espai

Senzillesa

Rigor

Documentació

El receptor sovint és el pacient o la seva família i cal mesurar l'impacte de les paraules. Una difícil elecció entre sinceritat, claredat i el dany que es pot ocasionar. L'emissor, l'autor, sol estar més preocupat per les qüestions de la malaltia que per com explicar-la:

4.1

Senzillesa

En absolut la redacció científica exigeix paràgrafs llargs. Tot al contrari. Les frases curtes mostren la claredat d'idees de l'autor:

"La radiografia de tòrax, on es buscaven signes de vessament pleural, va permetre la realització d'una toracocentesi exploradora de 600 cc de líquid d'aspecte d'orina clara".

"La radiografia de tòrax va mostrar signes de vessament pleural. Amb la toracocentesi exploradora es varen obtenir 600 cc de líquid d'aspecte d'orina clara".

Recomanacions per a la senzillesa en la redacció

- Frases curtes
- Seguir l'ordre habitual de les oracions: *subjecte, verbs, complements*
- Frases positives preferentment a negatives
- No abusar de paraules i frases entre comes *dintre d'una oració principal*
- Triar paraules d'ús habitual
- Buscar equivalents del llenguatge corrent *en lloc de tecnicismes*

La claredat del text pot portar a sacrificar l'elegància de l'escriptura, repetint paraules i frases i fent evident qui és el subjecte de l'acció.

Recomanacions per augmentar la precisió dels textos

- No ha d'importar repetir paraules i frases i eliminar pronoms relatius, si s'hi guanya claredat
- Fer evident qui és el subjecte de l'acció
- Fer servir la veu activa i evitar la veu passiva i passiva reflexa
- Evitar formes impersonals del verb

"El Dr. Bernat va operar Guillem Pujol d'apendicitis"

és una forma precisa. Queda clar qui fa i qui rep l'acció. La veu passiva no és tan exacta^{5,6}.

"Guillem Pujol va ser operat d'apendicitis"

a l'igual que la passiva reflexa

"Guillem Pujol es va operar d'apendicitis".

Pot confondre's amb la forma reflexiva i fer pensar erròniament que Guillem es va operar ell mateix.

Les formes impersonals lògicament són també menys precises:

"Se l'opera d'apendicitis"

és menys esclaridor que

"el Dr. Bernat l'opera d'apendicitis".

L'economia d'espai (nombre de paraules) i de temps (que cal per a la lectura) implica una selecció. La informació ha de ser completa, però no excessiva. Una bona norma és facilitar la informació suficient per a que el lector la pugui repetir adequadament al pacient.

Economia d'espai i temps

Selecció de la informació
Evitar les paraules supèrflues

És bo evitar les paraules supèrflues, però no s'ha de caure en l'abús de sigles o el llenguatge telegràfic. En cas de dubte, la millor opció és la més clara, més senzilla o més breu.

El rigor és molt important en els informes. De fet, l'autor segueix el mètode científic i aporta proves a partir de l'interrogatori, les exploracions física i complementàries que permeten defensar el diagnòstic final o de certesa. Aquest mètode ha de permetre que una altra persona que segueixi els mateixos procediments arribi als mateixos resultats.

Els informes acostumen a documentar-se amb els anteriors. Per això és important que els conceptes s'ajustin a la realitat. Un antecedent, un diagnòstic erroni pot perpetuar-se amb cites successives. Aquí és vàlida la frase periodística que els rumors no són notícia. S'ha de diferenciar els fets provats de les suposicions i el que és exacte del que és aproximat.

Això és particularment important en informes provisionals i en informes d'urgència. Sovint apareix la temptació d'avançar diagnòstics, sense proves concloents. És important evitar actituds pretensioses que portin a diagnòstics erronis.

El rigor en els informes clínics

- Els informes s'han d'ajustar a la realitat
- S'han de presentar les proves que han permès arribar al diagnòstic i al tractament
- S'han de diferenciar els fets provats de les suposicions: el que és exacte del que és aproximat
- En situacions d'incertesa és millor diagnòstics amplis i sindròmics que un sol diagnòstic que pugui ser erroni
- Descriure també els resultats no esperats, les reaccions adverses, els processos iatrogènics i les circumstàncies que no queden ben explicades per les exploracions realitzades o els diagnòstics proposats. També els errors ben segur explicables i que no s'han d'ocultar.

Els metges recolzen les seves actuacions en l'opinió d'altres companys del mateix equip, especialistes en el tema en qüestió, protocols del seu lloc de treball, normes i consens, llibres i revistes científiques.

En el text, de vegades, es comenta la col·laboració d'altres professionals

"...en decisió presa conjuntament amb la resta del servei"

"...després de consultar els metges del servei de cardiologia"

de manera que s'aporten garanties que la determinació finalment presa ha estat consultada i discutida, es reconeixen les persones que hi han col·laborat i s'aconsegueix protecció davant de reclamacions amb una decisió col·lectiva

En ocasions es fa referència als protocols de l'àmbit de treball

"...d'acord amb els protocols del nostre servei (o del nostre hospital)"

o d'àmbit més general

"...en funció de les normes de la Conferència de Consens de 1999".

No és habitual, però, incloure les cites bibliogràfiques, tan freqüents als textos científics. Malgrat que requereix més temps per a la realització de l'informe, aquesta pràctica és digna de considerar. Massa sovint s'atenen els pacients de memòria. Si els dubtes dels pacients ingressats es consulten en llibres o revistes, ben segur que millorarà la qualitat de l'atenció i el cabal de coneixements dels professionals.

Els informes clínics, tal com es desprèn del seu nom, informen, lliuren moltes dades sobre el pacient i l'actuació seguida i això els hauria de permetre ser també una eina docent: que el lector, pacient, familiar o professional augmenti amb la lectura els seus coneixements.

La docència en els informes

- *Oferir les dades de forma accessible*
- *Intentar explicar raonadament els fets sense caure en el ridícul ni l'excessiva extensió*
- *Aprofitar els apartats de conclusions, desenllaç i tractament per ampliar els coneixements*

Avantatges d'incloure cites bibliogràfiques en els informes mèdics

- *És una font més de consulta com les opinions de companys, experts i especialistes, protocols i conferències de consensos*
- *Permet al lector saber on s'ha documentat el metge que ha atès el pacient*
- *Potencia la consulta de la bibliografia*

Els informes clínics s'han d'entendre fàcilment

Els informes clínics s'han d'entendre fàcilment. I el primer element que cal tenir present és la lletra. Es fa difícilment acceptable que persones que han passat dies a l'hospital rebin en el moment de l'alta un informe manuscrit. Els informes a mà són de difícil lectura i faciliten els errors. Han de ser una excepció que no superi

un determinat percentatge, per sobre del qual caldria pensar que alguna cosa no funciona bé.

Els informes fets amb ordinador són més comprensibles i estan més ben escrits que els informes a mà o amb màquina d'escriure. Fonamentalment perquè es poden corregir i permeten incorporar continuament informació. Requereixen tan sols una mínima infraestructura i coneixements que es justifiquen àmpliament amb avantatges que aporta redactar els informes amb l'ordinador.

Avantatges de fer els informes amb ordinador

- Facilita la correcció i la revisió del text i les dades que inclou
- Evita repetir blocs de text comuns a l'ingrés d'urgències, nota d'ingrés, història clínica, evolució, actualització, full d'alta, reingrés
- Possibilita una compaginació més agradable a la lectura
- Permet comptar amb una maqueta prèvia amb fragments de text d'ús habitual ja escrit, que es pot adequar, millorar progressivament, i que fa estalviar temps
- Fa possible consultar elements de documentació –definicions, classificacions, taules, protocols– durant la redacció.
- Facilita arxivar i consultar els informes i recuperar els de pacients ja visitats, sense tornar-los a escriure.

5.2

Paper, disseny i compaginació

No és infreqüent –especialment en les àrees d'urgències– que alguns informes responguin a les necessitats de les estadístiques amb codis desconeguts pels clínics i on pot ser difícil reconèixer la data, l'edat del pacient o, fins i tot, el diagnòstic.

Sovint la compaginació és poc elaborada i no treu partit dels recursos informàtics. S'oblida que una bona presentació facilita la lectura i que un dels principals objectius dels informes és precisament ser llegits. És convenient revisar el disseny dels informes per aconseguir una imatge clara i agradable, que transmeti credibilitat, cura dels detalls, modernitat. En cap cas, però, la compaginació ha de retardar la redacció dels l'informes.

5.3

Llenguatge mèdic

El llenguatge mèdic és un llenguatge científic extraordinàriament ric. Alguns diccionaris mèdics tenen més entrades que els diccionaris de la Real Academia Española⁷. És, doncs, impossible conèixer totes les paraules del que acaba sent un veritable idioma, difícil de comprendre per als no iniciats.

El llenguatge mèdic té notables entrebancs que convé evitar. Són els tecnicismes que s'escapen de la llengua comuna, paraules importades d'idiomes antics i actuals, abreviatures i acrònims o paraules formades per sigles o inicials. Expressions mal construïdes, crosses i tics del llenguatge (*Taula 1*).

5.4

Tecnicismes o conjunt de paraules de difícil comprensió

És impossible conèixer tots els tecnicismes mèdics i, en conseqüència, s'ha de triar quines paraules estan a l'abast de cada tipus de lector.

Recomanacions en l'ús del llenguatge mèdic

Característiques del llenguatge mèdic	Recomanacions en l'ús
Llenguatge cult	El text ja és de difícil comprensió pel gran nombre de tecnicismes. Cal intentar que la resta de les paraules no siguin excessivament cultes o infreqüents
Abundants entrebancs de llenguatge: tecnicismes, noms propis i classificacions	Cal només utilitzar-los quan sigui imprescindible. És convenient, en tal cas, incloure en el text l'explicació entre comes o parèntesis.
Freqüents anglicismes	Només si no hi ha un terme adequat en la pròpia llengua o si la familiaritat de la paraula estrangera fa més complicat emprar la traducció
Freqüents paraules traduïdes	Evitar traduccions enganyoses de paraules estrangeres que tenen un significat ben diferent a la traducció directa ("falsos amics")

Taula 1

També hi ha tecnicismes o paraules tècniques de domini general. No ha d'haver-hi cap inconvenient per fer-les servir. Les coneixen bona part dels no professionals:

càncer, quimioteràpia, menopausa, síndrome...

D'altres, els coneixen la majoria de professionals. No hi ha inconvenient per fer-les servir si el destinatari és un altre professional.

corticoteràpia...

Cal no utilitzar els tecnicismes propis d'una especialitat si es vol arribar a la majoria de professionals.

Quan és imprescindible utilitzar un tecnicisme perquè no hi ha equivalència i no és segur que el lector en compregui el contingut, és convenient adjuntar una petita explicació entre comes o parèntesis. De vegades pot semblar que és un recurs forçat, però és de molta utilitat per al receptor:

"es va realitzar una angioplàstia (o revascularització arterial induïda) per mitjans tècnics⁸ sense incidències".

En les comunicacions dirigides a pacients és oportú, sense caure en el ridícul, recórrer a les paraules de la llengua corrent. Les paraules més adequades són les més clares i les que permeten per elles mateixes entendre el significat.

No ha d'importar recórrer a girs, frases, si donen més claredat que una sola paraula

"va venir a urgències per dificultat respiratòria"

pot ser més esclaridor que

"va venir a urgències per dispnea".

Sovint el metge utilitza un llenguatge que el seu lector o interlocutor no coneix⁹. No és la seva voluntat no comunicar-se, però ho aconsegueix

"es tracta d'un procés infiltrant hepàtic que afecta les estructures veïnes i metastatitza a nivell del parènquima pulmonar en forma de 'solta de globus'.

Aquesta informació, clara per a un metge, no ho és per a un no professional i té alternatives més entenedores.

"la malaltia s'endinsa en el fetge, arriba als òrgans veïns i s'escampa ocasionant petits tumors rodons disseminats pel pulmó".

Creure que el llenguatge mèdic és de domini públic pot ocasionar molts problemes. Potser un dels exemples més tristament cèlebres és l'ús de la paraula *exitus*

"ha sigut exitus en el quiròfan".

Mentre que els familiars poden pensar que tot ha anat perfectament i que la intervenció ha sigut un èxit, el metge s'està referint a la mort com a sortida, traducció de la paraula llatina *exitus*.

Les frases críptiques serveixen per no dir res quan no hi ha res a dir:

"estem davant d'un procés de probable afectació generalitzada i de pronòstic difícil de precisar, que pot ser secundari a alguna causa fins al moment no evidenciada, sense que es pugui descartar l'etiologia idiopàtica. Estem realitzant les proves habituals en aquests tipus de casos i segons els resultats que anem obtenint realitzarem noves exploracions".

Persones recentment incorporades a l'àmbit de la medicina o que volen evidenciar els seus coneixements en aquest camp poden utilitzen el lèxic mèdic per mostrar-se experts.

Són diversos exemples de com el llenguatge mèdic permet dificultar als no professionals la comprensió del contingut. Discutible recurs la utilització del llenguatge per no comunicar, quan la seva funció és absolutament la contrària.

5.5

Noms propis

L'ús dels noms propis o epònims en medicina per designar un descobriment, una part del cos, un signe, una malaltia és generalment un reconeixement a una persona que ha estat molt vinculada al concepte que designen. Són molt abundants i és impossible conèixer tots els epònims al punt que n'hi ha fins i tot diccionaris¹⁰. El Diccionari Enciclopèdic de Medicina té més de 1100 noms propis per descriure malalties⁸.

De vegades s'interpreta la utilització del nom propi com un signe d'erudició. No compensa, però, els inconvenients de dificultar la comprensió del text. Els noms propis no són esclaridors, no descriuen, no aporten cap clau en relació amb l'element que anomenen. Si s'utilitzen noms propis no coneguts és convenient acompanyar-los del nom descriptiu que tots acostumen a tenir

"malaltia de Pfeiffer o mononucleosi infecciosa".

Fins i tot és més descriptiu

"...reflex cutani-plantar en extensió"

que el tan conegut

"...Babinski positiu".

5.6

Classificacions

Les classificacions ajuden a clarificar conceptes, establir acords. Qui manega sovint una classificació adopta una familiaritat, un coneixement que no tothom té. Així les

classificacions es fan servir en els informes sense gaire explicacions

“el pacient arriba a urgències en grau IV de la classe funcional de la New York Heart Association”.

De vegades encara s'obreuja més i s'escriu

“arriba a urgències en NYHA IV”.

Força complicat per fer referència a una dificultat respiratòria que persisteix en repòs. Fer servir classificacions no detallades és particularment compromès a l'apartat de diagnòstic o tractament.

5.7

Influència de l'anglès sobre el llenguatge mèdic. Utilització de paraules sense traduir. Neologismes i barbarismes.

En el camp científic sempre hi ha hagut una llengua predominant que ha facilitat el contacte entre científics de diferents països¹¹. Actualment l'anglès és utilitzat com a llenguatge científic internacional i la influència sobre altres llengües és important en la utilització de paraules escrites textualment en aquest idioma. La inclusió d'aquestes paraules en els informes està justificada si no hi ha un terme adequat en la pròpia llengua o si la familiaritat de la paraula estrangera fa més complicat utilitzar la traducció. En general, s'entén millor la paraula en la pròpia llengua, per familiar que sigui l'ús de la paraula anglesa, i és l'opció que ha de ser escollida¹².

5.8

Abús de la veu passiva

La forma més natural de parlar i escriure és fer coincidir el subjecte de l'acció amb el subjecte de la frase. És la forma activa

“el Dr. Lluc va diagnosticar Marta Reig de lupus”.

És una forma precisa. Queda clar qui fa i qui rep l'acció. En canvi la veu passiva dóna caràcter de subjecte a qui pateix l'acció del verb (sovint el pacient) i no a qui fa l'acció

“Marta Reig va ser diagnosticada de lupus”.

Aquesta forma permet ometre el subjecte de l'acció, perquè, com que ja no és el subjecte gramatical, no és un element imprescindible de l'oració. La forma passiva s'utilitza molt en la llengua anglesa¹³. En el nostre entorn de vegades en excés com a resultat de la traducció de textos anglesos i perquè permet eludir qui ha sigut el subjecte de l'acció i ha assumit, per tant, la responsabilitat d'atendre el pacient.

L'abús de la veu passiva, més enllà de la discussió de si és estranya o no a la nostra forma de redactar, introdueix un dels perills més gran de la redacció científica: la imprecisió⁵, al punt que es pot afirmar que, contràriament al que molts creuen, la veu passiva no és més científica o més objectiva. Tan sols és més imprecisa⁶ (Taula 2).

Influència de l'anglès sobre el llenguatge científic

<i>Aspectes</i>	<i>Influències</i>
<i>Aspectes d'elecció de les paraules i del seu contingut quant a lèxic o vocabulari i semàntica o significat</i>	<ul style="list-style-type: none">- Utilització de paraules en anglès, sense traduir- Noves paraules o neologismes apareguts de la traducció al llenguatge corrent de termes originals estrangers (barbarismes) o més concretament anglesos (anglicismes)- Traduccions errònies o “falsos amics”: paraules de so similar que tenen un sentit ben divers
<i>Aspectes sintàctics o de la construcció de les frases</i>	<ul style="list-style-type: none">- Ús excessiu de la veu passiva- Abús i ús inadequat del gerundi- Conversió de verbs intransitius en transitius- Expressions mal construïdes i tics del llenguatge
<i>Aspectes ortogràfics</i>	<i>Sigles, acròstics i abreviatures</i>

Taula 2

El mimetisme amb els textos anglesos ha ocasionat un abús de la utilització del gerundi. En el llenguatge habitual no s'utilitza el gerundi amb tanta freqüència com en els textos científics i en cap cas es fan coincidir dos o tres gerundis en una mateixa frase⁵. La utilització reiterada de gerundis, encara que sigui correcta, fa pesada la lectura

“Havent acabat el tractament, coincidint amb la milloria del seu estat general i desapareixent els símptomes que van motivar el seu ingrés, el pacient deixa l'hospital”.

És convenient alleugerir la frase amb oracions independents mes curtes¹⁴.

“Un cop acabat el tractament, amb milloria del seu estat general i desaparegut els símptomes que van motivar el seu ingrés, el pacient deixa l'hospital”.

La utilització del gerundi no és senzilla. L'acció del gerundi és simultània o immediatament anterior a la del verb principal. Mai posterior.

Així no és correcte

*“El pacient va tenir dolor precordial, morint dos dies més tard” o
“Se'n va de l'hospital, controlant-se la seva evolució a la consulta externa”.*

Cal trobar expressions que plantegin la posterior realització de l'acció,

*“El pacient va tenir dolor precordial i va morir dos dies més tard” o
“Se'n va de l'hospital i caldrà controlar la seva evolució a la consulta externa”.*

Es deu també a la influència de l'anglès l'especial manera d'utilitzar complements directes impossibles de realitzar amb l'acció que indica el verb⁵

*“va fer un infart”,
“va iniciar una pneumònia”.*

Una persona pot fer una cadira, però no un infart. L'infart el pateix ella o les seves cèl·lules. Pot també iniciar un viatge, però no una pneumònia. Es pot argumentar que és una fórmula molt freqüent, però aquest ús limita el llenguatge mèdic, no acceptat pel llenguatge general i que no cal manegar, tenint en compte que tenim altres paraules més senzilles.

*“Va tenir, patir, sofrir, un infart”,
“Va començar a tenir una pneumònia, va començar a tenir símptomes de pneumònia”.*

L'ús d'abreviatures i paraules fetes amb sigles o acrònims és un hàbit que dificulta la lectura fluida del text. No és una necessitat de la redacció científica i no escurça de forma important un informe clínic. Mai s'ha de pensar que un text resulta més científic pel fet de fer servir moltes sigles.

Les sigles no són elements habituals en la llengua catalana i castellana. Tampoc són una característica de la llengua anglesa, però els professionals estan molt predisposats a utilitzar-les⁵. Els acròstics o paraules constituïdes per sigles constitueixen, per davant de tecnicismes, noms propis, abreviatures i classificacions, el principal entrebanc del llenguatge mèdic escrit. S'han d'evitar, en especial, en els apartats de diagnòstics i tractaments. Ocasionen importants problemes quan el lector desconex el significat de les sigles fetes servir en l'informe o quan un acròstic pot tenir significats diferents.

“IRA”

pot significar insuficiència respiratòria aguda, però també renal.

Qui vulgui fer servir, malgrat tot, paraules constituïdes per sigles en un informe hauria de complir la norma de les publicacions científiques de fer servir la paraula completa amb les sigles entre parèntesi, la primera vegada que la faci servir en el text. Un cop ja informat el lector, pot seguir usant les sigles lliurement

“Arriba a urgències per indicació del seu metge de capçalera amb el diagnòstic d'insuficiència renal aguda (IRA)”.

Algunes sigles que provenen del llatí poden ser font d'errors, concretament en les ordres de tractament, ja que no són de domini públic i és factible una interpretació errònia. És, doncs, més convenient fer servir la traducció amb paraules completes (*Taula 3*).

Sigles que provenen del llatí

PARAULA LLATINA	TRADUCCIÓ
<i>bid (bis in die)</i>	<i>dos cops al dia</i>
<i>po (per os)</i>	<i>per la boca</i>
<i>qd (quaque dia)</i>	<i>cada dia, un cop al dia</i>
<i>qid (quarter in die)</i>	<i>quatre cops al dia</i>
<i>tid (ter in die)</i>	<i>tres cops al dia</i>
<i>Ad libitum</i>	<i>Lliurement, segons el criteri</i>
<i>Ad iuvantibus</i>	<i>Diagnòstic per la resposta al tractament</i>
<i>Exitus, exitus laetalis</i>	<i>Mort, defunció</i>

Taula 3

5.13

Llenguatge telegràfic. El·lipsi

La concisió del llenguatge científic sovint pren forma de llenguatge telegràfic. Un exemple més recent l'ofereix el llenguatge dels apunts o dels missatges dels telèfons mòbils¹⁵. De vegades es pot dificultar la lectura si se suprimeixen, en excés, articles, connectors com pronoms, conjuncions i preposicions i s'adopta un estil nominal on la proporció de noms supera desproporcionadament la de verbs¹⁶.

5.14

Majúscules i minúscules

De vegades és complicat saber quan s'ha d'escriure un nom comú amb majúscules. La principal recomanació és mantenir el mateix criteri durant el text

"...per indicació del servei de cardiologia acudeix al nostre Servei d'Urologia".

No té gaire sentit fer diferenciacions. En general, una norma corrent¹⁴ és escriure en majúscula en els casos en què es concreta molt i la paraula va seguida d'un nom propi

"...arriba al nostre servei, provenint de l'Hospital de Castelló"

i fer servir minúscules en els altres casos

"...és visitat pel metge de guàrdia".

En relació amb els medicaments es pot triar les minúscules per al nom farmacològic

"...digoxina, omeprazol, zidovudina"

i reservar les majúscules per als noms comercials.

No és necessari fer servir les majúscules per introduir els acròstics o paraules formades per sigles

"...quatre anys abans havia estat diagnosticat de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)".

Hi ha agrupacions de sigles que han acabat originant un nom, d'ús habitual i, per tant, no cal fer servir la majúscula

"...va ser diagnosticat de sida, fa 3 anys".

5.15

Tics o crosses del llenguatge

Algunes locucions usades en els informes no aporten cap contingut i, a més, poden ser difícils d'entendre. Moltes es poden suprimir sense que variï el text

"Va patir un traumatisme a nivell de la cama dreta".

Més breu, i fins i tot més clar, és a dir

"Va patir un traumatisme a la cama dreta".

Hi ha paraules que es repeteixen com un autèntic tic. És interessant comprovar com es poden suprimir sense que es modifiqui la comprensió

"Arriba amb un quadre de nàusees i vòmits".

No aporta gaire més que

"Arriba amb nàusees i vòmits"

que, fins i tot, és més breu i elegant.

Gran part dels informes clínics elaborats en el nostre entorn comencen per la paraula pacient

"Pacient de 47 anys que ingressa per...".

És una fórmula que sembla facilitar l'inici, però no ha de ser una proposta obligada ni una limitació per l'autor que pot trobar alguna altra forma de començar el cos de l'informe.

5.16

Deshumanització del llenguatge. Indicadors de la deshumanització del llenguatge. Indicadors de l'interès humà

La perspectiva científica no ha d'estar renyida amb el tracte respectuós i diferenciat per les persones. S'ha d'evitar donar a les persones tracte de coses. Un informe clínic en el qual el pacient té tan sols el paper del lloc

on assenta la malaltia pot traduir que aquest és el tracte que rep en la realitat. Fer la redacció més humana, amb més participació del pacient, pot contribuir a aconseguir un tracte més adequat i correcte en la pràctica diària.

Deshumanització del llenguatge

- *Donar a les persones tracte de coses*
- *Substituir el seu nom pel nom de la malaltia*
- *Utilitzar paraules despectives*

Hi ha paraules i frases que és discutible que puguin ser utilitzades amb persones

“el pacient va ser de difícil maneig, de difícil control”.

Pot fer pensar que van caldre moltes persones per reduir-lo per la força

“Se'l va sotmetre a diferents exploracions”.

De vegades és tristament real que al pacient se'l sotmet al rigor de complexes exploracions. Però potser no cal explicitar-ho amb tant d'èmfasi.

En la comunicació oral és habitual donar-li a la persona el nom de la malaltia o del número de la seva habitació

“He anat a veure l'apendicitis”

“El 223” sembla que va millor”.

Quan és més correcte:

“He anat a veure el pacient de l'apendicitis”

“El malalt de l'habitació 223 sembla que va millor”.

D'altres paraules són senzillament despectives:

Un “sintromero” (persona que pren Sintrom)

Un “pastiller” (persona que ha pres gran quantitat de pastilles, habitualment psicofàrmacs).

Indicadors de l'interès humà

- *Referències al pacient com a persona*
- *Pronoms en primera i segona persona*
- *Noms propis*
- *Paraules càlides del tipus de pare, mare familiars*

És bo introduir indicadors de l'interès humà o elements que donen importància a la persona i el que li està passant.

Les referències al pacient “com a persona” expressen les seves demandes, els seus sentiments i com viu la malaltia. Són descripcions de l'actitud del malalt i no de l'evolució dels símptomes o signes

“Durant l'estada a l'hospital, en tot moment ha estat animat i confiat en la seva recuperació”.

L'apartat de l'evolució és un bon lloc on ubicar aquests comentaris, juntament amb paraules càlides

“i li recomano, Rosa, tornar a l'hospital si apareixen una altra vegada els mateixos símptomes”.

5.17

Elements de puntuació

a

Espais després de paraules i signes de puntuació

Després de cada una de les paraules ha d'haver-hi un espai que les diferencii. Els signes de puntuació han d'anar immediatament després d'una paraula i després d'ell ha d'haver-hi un espai.

No és correcte

“...dificultat respiratòria,insuficiència cardíaca”

“...dificultat respiratòria , insuficiència cardíaca”.

És correcte

“...dificultat respiratòria, insuficiència cardíaca”.

b

L'espai entre paràgrafs

L'espai entre paràgrafs fa més agradable la lectura. L'amplitud dels espais entre paràgrafs es pot ajustar amb l'opció “espaïat anterior i posterior” d'alguns programes de tractament de text.

Qui és el lector dels informes clínics

6

La pregunta clau de tot escriptor és qui és el lector? Quins són els seus coneixements, la seva informació prèvia per a no repetir coneixements que ja té, ni donar per sabuts conceptes importants per a la interpretació del text. En els informes clínics el grau d'informació és molt diferent depenent de si el lector és el pacient o si es tracta d'un altre metge. Saber per qui s'escriu un informe permet redactar-lo de la manera més adequada.

Els informes es donen habitualment als pacients en el moment d'abandonar l'hospital. Se'ls hi acostuma a dir que els guardin. Que els ensenyin al seu metge de capçalera¹⁷ i, en general, a tothom que els hi demani. Sobretot, si es tornen a posar malalts. Queda clar que si els pacients no són els destinataris dels informes, sí que són els missatgers.

Si es donen als pacients, es pot pensar que seria bo que poguessin ser llegits i entesos per ells, estar dissenyats perquè sigui agradable la seva lectura i, fins i tot, que serveixin per ampliar els coneixements en els temes i les recomanacions de les quals són els protagonistes.

Però no sempre és així. Sovint el llenguatge és de gueto, professional, hermètic. Tenen poca importància les conclusions, la resolució de l'informe o el desenllaç i hi ha poca preocupació per la compaginació. En aquests casos no es pot dir que els informes estiguin fets per als pacients.

Fer informes per a pacients o, en general, per a lectors no especialitzats implica evitar, en la mida que sigui possible, tecnicismes, classificacions, noms propis, abreviatures, paraules fetes amb sigles o acrònims. Implica l'esforç de fer-los comprensibles, traduir-los del llenguatge mèdic al llenguatge habitual. Els límits estan a evitar frases i paraules ridícules, en el benentès que els apartats d'exploracions física i complementàries són difícilment traduïbles a un llenguatge a l'abast de tothom.

Alguns autors redacten els informes tan a la seva manera que no els entenen els seus pacients, ni altres companys. Seleccionen molt el llenguatge, les abreviatures i creen particulars frases fetes¹⁸. L'informe fet d'aquesta manera té un toc d'autocomplaença, de narcisisme, que li dona escàs valor comunicatiu. L'informe està dirigit al mateix autor o a algú com ell.

Elements de l'informe

7

Elements essencials en els informes clínics

- Dades del malalt
- Motiu d'ingrés
- Malaltia actual
- Exploració física
- Exploracions complementàries
- Diagnòstic principal;
- Diagnòstics secundaris
- Nom del cirurgià (en cas d'intervencions)
- Data intervenció
- Evolució
- Tractament

- Pla de seguiment (controls a seguir)
- Nom del metge que fa l'informe

Van Harsen¹³ Sardà¹⁹ Gallart²⁰ García²¹

7.1

Extensió dels informes. Què posar i què no posar

En una enquesta a metges d'atenció primària i d'hospital¹⁹ el 68 % preferia un informe curt i esquemàtic, mentre que el 32 % optava per un informe llarg i minuciós. El punt mig pot estar en la presència de tots els elements essencials sense que els informes siguin excessivament llargs.

Les dades del pacient estan determinades pel conjunt mínim de dades exigint pel Departament de Sanitat¹. Són: nom del malalt, edat, sexe, data d'ingrés i d'alta – en el cas d'informes de pacients ingressats–, data de realització de l'informe, adreça del malalt, diagnòstics i procediments que s'han dut a terme. És de molta utilitat que l'informe faciliti la manera d'avisar fàcilment el pacient o els seus familiars en un cas de necessitat.

És convenient posar el nom del metge de capçalera, la persona que l'atén de forma continuada i que haurà de rebre la informació en el moment de l'alta. De vegades el pacient no sap el nom del metge de capçalera, de la mateixa manera que sovint abandona l'hospital sense saber el nom del metge que l'ha atès. És una despersonalització que cal evitar.

És convenient que en tots els fulls figuri el nom del malalt i del metge o equip mèdic i així no hi hagi cap dubte sobre a qui fan referència. Els actuals sistemes de tractament de textos ho simplifiquen perquè permeten deixar un mateix text a la capçalera i peu de totes les pàgines.

Els informes comencen amb el motiu de consulta o d'ingrés. És l'equivalent del titular de les notícies i, com ell, sol ser breu, telegràfic. Convé que sigui molt clar, amb frases de fàcil comprensió, si pot ser positives, i evitar expressions imprecises, equívocues o que puguin desconcertar. S'han d'excloure paraules fetes amb sigles o acrònims.

Motiu de consulta: Dolor en el tòrax

Malaltia actual: Qui, Què, On, Per què, Quan, Com

Aquest senyor de 63 anys va tenir dolor a la zona retroesternal, no irradiat, amb suor i nàusees i que relaciona amb haver aixecat un objecte pesant, tres hores abans de venir a urgències. El seu estat previ era bo, mai ha tingut dolor en el pit i no prenia cap medicament.

L'apartat de malaltia actual amplia el motiu de consulta i respon a preguntes clàssiques com què li passa, des de quan, a què ho atribueix. Explica les circumstàncies en les quals s'ha produït el motiu de consulta, les cinc "W" angleses (*who, what, when, where, why*) que en català s'expressen per qui, què, quan, on, per què, més *how* o com²².

És convenient definir clarament quan comencen els símptomes i quin era l'estat previ de la persona. Cal recollir dades de la malaltia però també de com la viu el pacient. Respecte d'això és important que el pacient interpreti²³ els símptomes, que digui a què atribueix el que està passant. Quin cost implica per a la seva vida personal i quins són els recursos que ha après a fer servir. Per potenciar-los, aprendre de la seva experiència i que pugui ser d'utilitat per a altres pacients.

En l'envellida població que freqüenta els nostres hospitals, els antecedents tenen molta importància perquè condicionen el tractament i la recuperació. Presentar-los de forma clara és una important ajuda per a qui ha de continuar l'atenció del pacient. S'han d'ubicar en el temps. No és el mateix un fet que va passar fa 20 anys que fa 3 mesos. I és convenient seguir un mateix criteri a l'hora d'esmentar-los. Tria una sola de les tres possibilitats d'edat del pacient, any en què va ocórrer l'antecedent, anys que fa que va passar.

En comptes de

"va ser operat d'apendicitis als 7 anys, d'hèrnia engonal l'any 1996 i de cataractes fa 1any"

en què es barregen els tres conceptes, és millor triar un mateix fil conductor. Potser el que resulta més fàcilment interpretable per al lector i facilita els càlculs és l'expressió de l'any en curs

"va ser operat d'apendicitis el 1937, d'hèrnia engonal l'any 1996 i de cataractes el 2000".

Convé rigor en la descripció dels antecedents perquè les dades passen d'història en història, d'informe en informe i poden perpetuar errors. Cal concretar quines dades són exactes i quines dubtoses

"va ser operat d'apendicitis cap a l'any 1937".

Sempre s'han de destacar les al·lèrgies a medicaments. No escriure-les implica que el pacient no en té. S'han

de recollir circumstàncies socials i familiars que descriuen amb qui viu el pacient, qui l'atén i si té persones al seu càrrec. És molt important el tractament previ. Ha d'estar present a l'apartat dels antecedents i ha de servir per comparar, en el moment de l'alta, què aporta el nou tractament en relació amb l'anterior, a fi d'evitar, en malalties cròniques, nous deterioraments.

7.6

Exploració física i exploracions complementàries

Exploració física i exploracions complementàries són apartats tècnics que permeten explicar com s'ha arribat al diagnòstic. Configuren una de les parts més difícils d'entendre dels informes. S'utilitzen molts tecnicismes i es deixen de fer servir articles, pronomes i verbs que contenen poca informació¹³. El nombre de paraules per frase –fet en directa relació amb la comprensibilitat²²– baixa espectacularment a dues o tres

“abdomen, tou. Murmuri vesicular, conservat. Tons audibles. No arítmies”.

Aquest paràgraf reflecteix l'economia de paraules, l'el·lipsi o manca d'articles i verbs i una sistemàtica d'exploració habitual.

Un text prèviament redactat permet recuperar elements habituals de les frases, com articles i verbs, sota la idea que, a més paraules, més comprensible acostuma a ser el text. És convenient renunciar a elements d'erudició que dificulten la comprensió del lector, com noms propis (Parra 1991)¹⁰ o classificacions que no són de domini general. Amb certa freqüència es troben frases fetes. Una d'elles és

“abdomen, tou i depressible”.

Aquesta concatenació d'adjectius no aporta res de nou al text ja que les coses toves es poden deprimir.

7.7

Exploracions complementàries

És un altre apartat tècnic. Descriure totes les mesures realitzades pot resultar tediós. Una alternativa és dir les que han resultat normals i descriure només les alterades

“Hemograma, eritrosedimentació, glucèmia, colesterol, triglicèrids normals. GammaGT i fosfatasa alcalina, elevades”.

Quan es comuniquen xifres, cal posar les unitats i comentar els valors de referència

“urea 1,71g/L (límits de referència <0,55g/L)”.

Resulta pràctic tenir texts prèviament escrits amb la

sistemàtica d'interpretació de les exploracions usuals com radiografies, electrocardiogrames, ecografies i les explicacions de les principals alteracions.

7.8

El diagnòstic. Diagnòstics principal i secundari

Alguns redactors d'informes, conscients que els seus escrits seran llegits de pressa i de forma incompleta, situen els diagnòstics en un lloc destacat, després de les dades personals del pacient, abans fins i tot del motiu de consulta, com si es tractés d'un resum previ.

La normativa actual fa que el primer diagnòstic hagi de respondre al motiu de consulta, encara que no sigui el més transcendent per a la persona. Així, si una persona ingressa a l'hospital per una gastroenteritis i en el curs de la seva estada pateix un infart de miocardi, el primer diagnòstic o diagnòstic principal és gastroenteritis.

No hi ha una normativa estricta en relació amb la resta de diagnòstics o diagnòstics secundaris. S'acostumen a presentar enllaçats, per ordre de causalitat. Primer els que originen les circumstàncies i després els que en són conseqüència. Es pot posar

“secundari o secundària als anteriors”

però és més elegant que es desprengui d'una bona enumeració

**INFECCIÓ RESPIRATÒRIA
BRONQUITIS CRÒNICA
FIBRIL·LACIÓ AURICULAR
HIPERTENSIÓ ARTERIAL
INSUFICIÈNCIA CARDÍACA**

En aquest cas no cal escriure

INSUFICIÈNCIA CARDÍACA secundària a 1, 2, 3, 4.

Ja s'intueix.

7.9

Tractaments i normes

Un bon informe ha d'aportar prou informació perquè un altre metge pugui repetir amb facilitat les actuacions seguides amb el pacient.

És convenient escriure tot el tractament a l'informe

“A l'alta es proposa Digoxina 1 comprimit de dilluns a divendres, Furosemida 1 comprimit al dia, Espironolactona 100mgs 1 comprimit al dia”.

Sovint en el moment de l'alta, la recepta es fa amb presses i el conseqüent risc d'errors i oblitats que es po-

den evitar a partir de copiar el tractament en un següent full que, com la resta del text, tindrà el nom del pacient i les dades del metge.

És prudent comparar el tractament que feia el pacient abans d'ingressar i el tractament de sortida. Sovint segueix una línia descendent des de l'ingrés, amb medicació intravenosa. Quan millora, se li retira bona part del tractament, de manera que, quan està a punt de deixar l'hospital, pot estar rebent una medicació menys intensa que la que prenia a l'ingrés, amb el perill que aparegui a curt termini un nou deteriorament i un altre ingrés hospitalari.

És desitjable que el tractament a l'alta contempli el llistat de medicaments i un pla d'actuació amb indicacions sobre la dieta, l'activitat física i, en general, un recull de recomanacions i limitacions. De fet, en una enquesta realitzada als metges d'Atenció Primària, els apartats corresponents al tractament i pla de seguiment eren els que es feien pitjor¹⁹.

Sovint els pacients demanen més informació sobre recomanacions mèdiques imprecises que tenen alternatives més concretes.

- **Recomanacions mèdiques imprecises**

1. Menjar amb poca sal...
2. Dieta pobra en colesterol...
3. Augmentar l'activitat física...

- **Ampliació de la informació**

1. Cuinar amb sal, però no fer servir la sal a la taula
2. No prendre els menjars de la llista que s'adjunta
3. Caminar 3 hores a la setmana en 3 dies diferents

Hi ha documents que és bo tenir a mà per afegir-los a l'informe clínic. Cal que estiguin revisats i que s'estigui òbviament d'acord amb les recomanacions que inclouen.

Documents que és bo tenir per adjuntar als informes clínics

- **Dietes hipocalòriques**
- **Aliments rics i pobres en colesterol i triglicèrids**
- **Normes per tractar l'estrenyiment**
- **Recomanacions per la insuficiència venosa**
- **Exercicis per millorar el to muscular de diferents zones del cos**
- **Recomanacions per les cures dels peus en persones diabètiques**
- **Recomanacions en la insuficiència cardíaca**

7.10

Evolució

L'evolució és la part de l'informe clínic que descriu el curs del pacient una vegada ingressat. És convenient explicar la tolerància a proves diagnòstiques i tractaments proposats, així com si hi ha hagut efectes indesitjables, fets iatrogènics resultants de l'actuació del metge⁸ o del règim de l'hospitalització

"l'agitació nocturna va desaparèixer un cop que se li van retirar els sèrums".

A més a més de l'evolució dels símptomes, és adequat fer referència a l'estat d'ànim. Com ha tolerat el procés, quines són les seves preocupacions. Es poden utilitzar paraules càlides, el que es coneix com a indicadors de l'interès humà²². Bàsicament, noms propis, pronoms en primera i segona persona, paraules càlides del tipus de pare, mare i familiars

7.11

Conclusions

És convenient descriure les exploracions pendents o que s'hauran de considerar en funció de l'evolució

*"..pendent el resultat de la biòpsia"
"es descarta la intervenció quirúrgica"
"es farà una endoscòpia si persisteixen les molèsties".*

Cal donar importància a les condicions de sortida del pacient: si hi ha nafres, les cures que es realitzen, si porta algun tipus de sonda o catèter i quan es va posar²⁴

"persisteixen nafres a la regió sacra que es curen amb solució hipertònica".

El pronòstic,

"La bona evolució després de la intervenció fa pensar en un pronòstic molt favorable"

pla de seguiment i destí o a qui s'encomana el pacient

"Es recomana anar a la consulta externa de cirurgia vascular"

".. i posar-se en contacte amb el metge de capçalera".

També hi tenen cabuda recomanacions de tipus més generals

"Es demana el màxim suport sanitari i social"

i advertències

"Tornar a l'hospital si apareix alguna complicació".

Moltes d'aquestes circumstàncies cal explicar-les també de paraula al pacient i la seva família. S'ha d'aprofitar el moment de l'alta per aclarir dubtes que encara no s'han plantejat, deixar clar qui ha de seguir l'evolució del procés i la conveniència de comunicar al metge de la família l'alta de l'hospital²⁴. Aquesta recomanació es fa palesa amb el bon costum de lliurar també una còpia de l'informe per al metge de capçalera.

El metge que fa l'informe, de vegades, deixa de transcriure reflexions que han existit en la pràctica i que podrien ser molt enriquidores. Potser perquè es tracta d'un document públic, d'ús incert que no sap clarament a qui va dirigit. Però, l'informe serà més bo, més útil, com millor siguin les conclusions, amb un llenguatge clar i senzill.

Elements de l'apartat de conclusions

- *Actuacions i proves que queden pendents de realitzar o de resultats*
- *Estat del pacient*
- *Pronòstic*
- *Destí: a qui s'encomana o adreça el pacient, visites posteriors que ha de realitzar.*
Conveniència d'informar el metge de capçalera
- *Recomanacions i advertències*

Tipus especials d'informes i altres documents clínics

8

8.1

La història clínica

La història clínica és una mena de formulari o qüestionari, on es recull la documentació del pacient. Va dirigida a professionals i, per tant, el llenguatge és tècnic.

Té unes parts ben diferenciades. Anamnesi o interrogatori on es recullen dades del motiu de consulta, de la malaltia actual, dels antecedents personals i familiars. Exploració física, exploracions complementàries, diagnòstic de presumpció, diagnòstics diferencials, diagnòstic definitiu o de certesa i també pot figurar-hi el tractament.

Molts d'aquests elements són comuns a l'informe clínic, la història clínica és més extensa i l'informe clínic està més elaborat, més ben redactat i les dades més resumides.

8.2

L'informe d'urgències i la nota d'ingrés

Quan el pacient ingressa d'urgències, el metge de guàrdia fa un breu informe on es valoren els elements de l'interrogatori i se sintetitzen les exploracions com-

plementàries, el diagnòstic de presumpció, el tractament proposat, la resposta del pacient i les exploracions que es deixen encarregades per a les properes hores.

L'endemà el pacient serà visitat pels membres del servei on ha estat ingressat i es farà l'esmentada història clínica i la nota d'ingrés. Aquest és un resum interpretatiu de la situació del pacient en el moment d'ingressar. Apareix al començament del curs clínic i ha d'explicar ben clarament per què i en quines circumstàncies ha ingressat.

Molts dels elements de l'informe d'urgències, història clínica, nota d'ingrés se superposen. La solució més lògica és intentar aconseguir un cos únic de text on els diferents documents utilitzin i completin la informació, però no s'hagin de repetir inútilment els mateixos elements. L'ideal és utilitzar l'ordinador, de manera que es puguin anar completant els detalls no recollits, els nous esdeveniments, sense haver d'escriure-ho tot una altra vegada.

8.3

Els fulls mèdics d'evolució o de curs clínic

Els fulls de curs clínic recullen l'evolució, el dia a dia del pacient i les reflexions del professional en el curs de

l'anàlisi de la situació i la presa de decisions. És l'equivalent del quadern de bitàcola dels vaixells. Hi ha qui considera que aquests comentaris amb la corresponent data són la certificació que el pacient ha estat visitat. Són papers d'extraordinari valor legal quan es vol avaluar l'actuació del professional.

Sovint en aquests textos es fan servir esquemes, gràfics, anotacions. L'autor ha d'estar ben segur que seran entenedors per als professionals que poden intervenir-hi. En especial per part del metge de guàrdia.

Aquests fulls, que s'han d'omplir quasi a diari, sovint es redacten amb presses i com un autèntic tràmit

"segueix bé".

Convé, no obstant això, seguir una sistemàtica.

Hi ha diverses alternatives. Hi ha qui revisa primer els papers que ha de conèixer abans d'anar al capçal del malalt. Constants, evolució a partir dels fulls d'infermeria, exploracions realitzades. En el curs de la visita es coneix l'evolució subjectiva del pacient, se'l pot explorar, i finalment es prenen els fulls clínics per recollir l'exploració i escriure el programa a seguir (*Taula 4*).

Una altra possibilitat és revisar els fets subjectius del pacient, els fets objectius o exploracions per acabar amb la proposició de diagnòstics i el pla d'actuació. Una tercera possibilitat és detallar l'evolució global en funció de l'evolució de cada un dels problemes actius: és freqüent en àrees de pacients greus, inestables o polisimptomàtics.

En qualsevol cas, l'ordinador facilita seguir una sistemàtica i copiar blocs de text on introduir les modificacions (*Taula 5*).

8.4

La consulta mèdica o interconsulta

Redactar les consultes a altres especialistes és tot un art. Mai la interconsulta ha d'implicar un treball que qui demana la consulta no ha fet. Per això no es pot justificar que no hi hagi una bona història clínica del pacient.

Al consultor se li demanen els seus coneixements, no el seu temps. Per tant, se li ha d'oferir la suficient informació per facilitar la presa de decisions.

Principalment, perquè se suposa que qui fa la consulta coneix amb profunditat el pacient i demana l'opinió de l'expert en algun aspecte sobre el qual ha reflexionat, però no hi té prou competència, o vol una segona opinió.

"Prego visita".

Aquesta famosa frase pot ser l'antítesi d'aquest desig d'oferir informació i no fer gastar innecessàriament el temps al consultor.

Cal que en la sol·licitud de consulta es concreti què s'espera del consultor. De vegades, en la petició de visita es descriu l'estat del pacient, però qui rep la demanda no té clar que s'espera d'ell.

Sistemàtica per complimentar els fulls mèdics de curs clínic

- *Documentació, pacient, documentació*

1. *Revisió dels documents de la gràfica: constants, fulls d'infermeria, resultats de les noves exploracions.*

2. *Visita del pacient: anamnesi, amb els comentaris del pacient, exploració física. Explicació de novetats al pacient.*

3. *Retorn a la documentació del pacient. Replantejament de nous diagnòstics. Sol·licitud de noves exploracions. Modificacions del tractament.*

- *Subjectiu, objectiu, exploracions, pla*

1. *Elements subjectius: anamnesi del pacient.*

2. *Elements objectiu: exploracions del pacient.*

3. *Diagnòstics.*

4. *Pla d'actuació.*

- *Llistat de problemes. Seguiment de l'evolució per a cada un dels problemes actius.*

Taula 4

8-01-01

<i>Constants:</i>	
<i>Evolució:</i>	
<i>Exploració física:</i>	
<i>Exploracions complementàries:</i>	
<i>Diagnòstics</i>	
<i>Tractament proposat</i>	

9-01-01

<i>Constants:</i>	
<i>Evolució:</i>	
<i>Exploració física:</i>	
<i>Exploracions complementàries:</i>	
<i>Diagnòstics</i>	
<i>Tractament proposat</i>	

Consulta mèdica a altres especialistes

- *To respectuós*
- *Història clínica del pacient a l'abast del consultor*
- *Procés pel qual s'està tractant el pacient i motiu de la interconsulta*
- *Circumstàncies que poden ser d'interès en relació amb la interconsulta*
- *Expressar clarament què s'espera del consultor*

8.5

Els fulls de tractament o les ordres mèdiques

Les ordres mèdiques són els documents que indiquen les normes i els tractaments dels pacients ingressats. L'equivalent fora de l'hospital són les receptes mèdiques.

Fulls de tractament o ordres mèdiques

- *Estil de vida: repòs al llit, possibilitat d'aixecar-se, caminar*
- *Alimentació: dietes, règim, restricció de determinats aliments*
- *Oxigen*
- *Vies venoses, arterials, cateterismes, sondes*
- *Fisioteràpia*
- *Medicaments*

En aquests documents és vital la claredat. És, per tant, necessari que s'escriguin amb bona lletra, si pot ser amb el nom dels medicaments amb majúscules i que no hi hagi lloc per a dubtes ni interpretacions errònies.

S'ha d'intentar evitar l'argot i, fins i tot, les frases pròpies del centre, en funció dels termes que coneix tothom.

Convé precisar les dosis, la freqüència d'administració i evitar sempre que sigui possible els condicionals. En particular amb els temes d'analgèsia. Deixar l'administració de medicaments contra el dolor a la demanda del pacient pot ocasionar patiments innecessaris. És recomanable deixar els analgèsics receptats amb una pauta fixa d'administració i, si no s'aconsegueix el control dels símptomes, en aquest cas administrar medicament de rescat.

Apareixen errors en el moment d'afegir i retirar medicaments del tractament del dia anterior. Això es pot obviar transcrivint amb freqüència tot el tractament complet i més efectivament amb l'adopció de programes informàtics que permeten tenir cada dia escrit amb lletra clara d'ordinador el tractament complet.

8.6

Informes dels serveis de medicina intensiva

A les unitats de medicina intensiva es fa una modalitat d'informes extraordinàriament extensos on es descriu pràcticament tot el que ha ocorregut durant l'ingrés del pacient. En aquests informes no es fan interpretacions: es descriu. Els judicis sobre el que ha passat es deixen en mans del lector.

Són informes que no van dirigits als pacients, ni tan sols als metges de capçalera, sinó a altres metges de l'hospital amb l'objectiu que comptin amb el màxim d'informació possible. Ara bé, el lector es troba amb una allau d'informació davant la qual s'acostuma a refugiar en el llistat de diagnòstics i el tractament de sortida. Convé que els autors dels serveis de medicina intensiva considerin proposar algun resum o idear alguna alternativa a informes de diverses pàgines que no tenen tantes garanties de ser llegits com d'altres informes més breus.

8.7

Informes d'urgències

De tots els informes clínics, els més nombrosos són els que es fan als serveis d'urgències. Però sovint hi ha elements que en dificulten la comprensió. Es fan a mà, de pressa, de peu dret o en postures i llocs incòmodes.

Pot haver-hi lletres diferents perquè hi ha hagut canvis de torn o perquè ha calgut la participació de més d'un especialista. I, sorprenentment, de vegades es lliura una còpia calcada de poca qualitat, mentre s'arxiva l'original.

Elements que dificulten la comprensió dels informes fets a urgències

- *Se'ls dedica poc temps, estan fets de pressa*
- *Estan escrits de peu dret, en postures i llocs incòmodes*
- *Poden estar escrits per més d'una persona*
- *No es lliura l'original, sinó una còpia calcada*

Proposar que els informes d'urgències s'escriguin amb ordinador implica millorar les condicions de treball de bon nombre de serveis. Sovint no es reconeix qui ha fet l'informe a causa d'una signatura indesxifrable. No és casualitat. Els informes a mà estan fets de pressa, amb menys rigor i l'autor se sent menys responsable. És un escriptor quasi d'ofici, obligat a redactar ràpidament. L'autor busca compartir responsabilitats amb les circumstàncies institucionals de temps i lloc que li impedeixen fer un escrit més acurat.

L'actuació d'urgències acostuma a ser episòdica dintre de l'assistència del pacient. Seria ideal tenir accés a les dades del pacient a partir de la història clínica o d'un escrit del metge que envia al pacient. Però, en la pràctica, el metge d'urgències ha de recollir de nou tota la informació i fer exploracions sovint més completes del que la situació exigeix²⁵, consumint temps i recursos que si disposés de més informació podrien ser innecessaris.

8.8

Informes a la consulta externa

Els informes que es fan a la consulta externa sovint estan escrits a mà, perquè es demanen sobre la marxa, a petició del pacient.

Acostumen a anar cap al metge de capçalera i són un resum de l'actuació feta a la consulta externa. Habitualment aquests informes consten de les parts que més li interessin a un altre metge: diagnòstic, proves més importants realitzades, proposta de tractament. Alguns equips solucionen els informes dirigits al metge de capçalera amb preredactats on ja estan impresos els paràgrafs habituals (*Taula 6*).

L'evolució normal a la consulta externa cap a la història clínica informatitzada haurà de permetre amb molta més facilitat donar un breu informe de la visita, pràcticament a tots els pacients, amb el resum de l'evolució i tractament.

Així ja ho fan molts hospitals de dia, típicament els d'infeccions pel virus de la immunodeficiència adquirida, on la complexitat dels tractaments ho fa recomanable. El secret està a tenir més temps per pacient i un equipament adequat. La contrapartida és subministrar informació ben elaborada i presentada i estalviar errors de transcripció.

8.9

Alta voluntària

Abandonar voluntàriament l'hospital és un dret que

Informe preredactat per a la consulta externa

Benvolgut company/a,

He tingut l'oportunitat de visitar

i després de les següents exploracions

el diagnòstic plantejat és

Li recomano

Estic a la teva disposició per a qualsevol ampliació de la informació que consideris convenient.

Ben cordialment

Taula 6

implica comptar també amb el pertinent informe de sortida. Moltes vegades la sol·licitud d'alta es fa quan no està present el metge a càrrec del pacient, amb la conseqüent incomoditat per a qui ha d'assumir els tràmits burocràtics de l'alta. Però la persona o família ha de tenir la suficient informació per continuar l'assistència fora de l'hospital.

L'alta voluntària sovint té lloc en persones amb problemes socials, amb dificultat per consultar els serveis sanitaris, i amb les quals encara és més necessària tota la informació clínica.

Per breus que siguin, els informes clínics han de registrar el motiu d'ingrés, les exploracions realitzades, el diagnòstic de presumpció i el tractament en curs.

8.10

Informes provisionals

Cal assumir, per determinats motius, que un determinat nombre de pacients abandonaran l'hospital sense tenir l'informe clínic preparat. Davant d'aquesta consideració, una possibilitat és tenir informes clínics preredactats que responguin als principals apartats d'interès (*Taula 7*).

8.11

Les notes d'infermeria

En els historials dels ingressats hi ha un apartat on es recull les notes del personal d'infermeria sobre l'evolució diària del pacient. Acostuma a haver-hi tres anotacions al dia que corresponen als tres torns d'infermeria. Solen començar amb una nota més àmplia al moment de l'ingrés. De vegades aporten molta més informació que els documents dels metges i són fulls de consulta diària.

Informen sobre què ha passat amb el pacient al llarg del dia. Hi ha informació que no sol recollir el metge i sovint fets o circumstàncies que no sap del pacient. En quasi tots els hospitals estan separats els fulls d'evolució d'infermeria, de les notes del metge. En un hospital on es treballés conjuntament, amb estreta col·laboració entre professionals, es podria plantejar un full únic d'evolució.

Si aquests informes es recullen amb un programa informàtic, es pot facilitar la consulta per part del metge a càrrec del pacient en qualsevol moment del dia i des de, fins i tot, l'exterior. És a dir, es pot saber en tot moment el més important que li ha passat al pacient.

Informes d'alta preredactats

Nom del pacient

Edat

Data d'ingrés

Data d'alta

Diagnòstics:

Ingressa per

Com a exploracions realitzades, cal destacar:

Amb el diagnòstic de

es tracta amb

L'evolució és

En el moment de l'alta es proposa tractament amb

Taula 7

La recepta és el document on els metges fan la prescripció de medicaments per tal que l'oficina de farmàcia pugui dispensar-los²⁶.

Té dues funcions: La primera, de caire tècnic, és la descripció dels medicaments que cal prendre i es fa palesa amb el terme inicial D), abreviatura de "Dispensis", dirigit al farmacèutic, com un reflex dels temps en els quals les prescripcions s'elaboraven a les oficines de farmàcia. És una forma pactada de contacte entre professionals i la prova que es dispensa el que s'ha ordenat.

La forma correcta de prescripció és descriure el nom del medicament, la seva presentació, posologia, via d'administració i durada (*Taula 8*).

En el cas d'especialitats piscotròpiques només es pot prescriure un medicament per recepta. La prescripció d'estupefaents necessita un model especial de recepta distribuït pels col·legis de metges. En aquestes prescripcions, a més dels elements que han de figurar a les receptes cal posar el telèfon del metge o del centre mèdic, el DNI del pacient, el segell de l'entitat distribuïdora del talonari, especificar si la prescripció serà única o reiterada i el nombre d'envasos consignat en lletra^{26,27}.

Però la recepta és també una forma de comunicació a la fi de la visita on el metge posa per escrit aspectes explicats de paraula, que corren el risc de ser oblidats o de caure en els errors de les coses escoltades i guardades en la memòria. Pot incloure normes sobre l'estil de vida i l'administració dels medicaments, instruccions i advertiments per al pacient.

Forma habitual de prescriure el medicament

<i>Nom del medicament</i>	<i>Presentació</i>	<i>Posologia</i>	<i>Via d'administració</i>	<i>Durada</i>
<i>CLORTALIDONA</i>	<i>comprimits de 50 mg</i>	<i>1 comprimit al matí</i>	<i>per via oral</i>	<i>fins a nova indicació</i>

Taula 8

Document d'instruccions i advertiments del pacient

- *Alimentació: No afegeixi sal al menjar a la taula als aliments*
- *Activitat/repòs: Camini 10 minuts cada tres quarts d'hora que estigui asseguda*
- *Postura/actitud: Tingui les cames aixecades sempre que pugui i concretament a la nit al llit*
- *Medicament: Clortalidona 50 mg, 1 comprimit al matí*

Cal que les instruccions siguin clares, tant per la seva adequada realització com per afavorir-ne el seu compliment

Taula 9

Exemples de recomanacions ambigües

<i>Recomanacions ambigües</i>	<i>Alternatives</i>
<i>Mengi amb poca sal</i>	<i>Mengi aliments sense sal (adjuntar llista). No posi sal quan cuini. No posi sal al menjar a la taula.</i>
<i>Camini una mica</i>	<i>(Millor concretar amb minuts o distància en metres o quilòmetres)</i>

Taula 10

Recomanacions per fer bons informes clínics

9

Fer bons informes implica dedicar temps i mitjans per al tractament de la informació. Però una persona que ha estat ingressada en un hospital té dret a un bon informe que faciliti posteriors intervencions i eviti repeticions innecessàries. És desitjable que els informes clínics entrin en la futura avaluació dels metges hospitalaris. Sens dubte milloraria la qualitat dels informes i es podria inferir que milloraria també l'assistència.

L'informe ha de ser considerat un element de qualitat i prestigi, de marca, tant de la persona que el firma com de la institució. És material d'exportació. Surt de les mans del metge, del centre on ha estat realitzat i és imprevisible el trajecte que seguirà. És convenient tenir cura dels seus detalls. Per aconseguir-ho, és recomanable aplicar el rigor de les normes de publicació de revistes científiques i la revisió per altres companys o per iguals^{20,21}.

Per què dedicar temps a la realització d'informes clínics?

- *L'informe clínic millora el coneixement que el mateix pacient té sobre el seu estat de salut*
- *Facilita les posteriors intervencions sanitàries programades o d'urgències*
- *Evita repetir exploracions ja fetes*
- *És un element de prestigi, un indicador de qualitat del propi centre*

Es perd molt de temps preguntant al pacient aspectes que ja consten en els seus documents clínics i potser de manera més clara o exacta. És convenient que aquesta informació estigui ben ordenada i es pugui

Recomanacions sobre els informes clínics per a persones amb responsabilitats en l'organització dels hospitals

- *Reconeixement que els informes clínics són elements importants per a l'atenció dels pacients i la imatge del centre*
- *Donar temps i mitjans per elaborar bons informes. En especial a les àrees d'urgències*
- *Facilitat per recuperar històries clíniques i informació clínica prèvia en qualsevol moment*
- *Crear una estructura interdisciplinària entre els diferents serveis clínics, arxiu, documentació, comissió d'històries clíniques, servei de publicacions, informàtica per al millor aprofitament dels recursos*

recuperar fàcilment en qualsevol moment del dia, de manera que les dades que es treuen de l'interrogatori no siguin l'única font de documentació.

Això és particularment necessari a les àrees d'urgències on la rapidesa d'actuació i presa de decisions és fonamental. En aquests serveis és convenient facilitar informes mig estructurats que es puguin completar ràpidament amb l'ordinador.

■ *Recomanacions per fer bons informes*

- Saber a qui es dirigeix el text i adequar-lo als seus coneixements
- Escollir un llenguatge a l'abast de la majoria de la gent. Evitar tecnicismes, noms propis, classificacions i paraules d'ús infreqüent.
- Fer els informes amb ordinador
- Elaboració d'una maqueta, preinforme o plantilla per fer més senzilla, ràpida i personalitzada la redacció
- Buscar una presentació i compaginació atractiva
- Adreçar el text al destinatari amb frases personalitzades a l'inici o al final
- Triar amb quina persona verbal es redacta l'informe
- Evitar les sigles i abreviatures, principalment de la lectura
- En cas de dubte, escollir l'opció més clara, més senzilla o la més breu. Evitar, però, el llenguatge telegràfic mancat d'articles, pronoms i verbs
- Adequada relació entre noms i verbs
- Predomini de frases completes sobre frases el·líptiques
- Millor frases curtes i construccions positives que frases negatives
- Fer servir barbarismes només quan sigui inevitable
- No abusar del gerundi ni de les construccions passives
- Intentar mantenir l'ordre lògic de subjecte, verb, complements
- Col·locar la informació més important al principi de la frase
- Seguir un ordre lògic en la presentació dels conceptes
- Triar què posar i què no posar
- Cal que el pacient tingui un paper propi més enllà del lloc físic on es troba la malaltia
- Fer servir el nom de la persona, amb referències a les seves sensacions, com ha viscut la malaltia o l'estada a l'hospital
- Dades del pacient i del metge a totes les pàgines
- Repassar els informes abans de lliurar-los
- Avaluar els informes ja fets en relació a millorar els que es realitzin posteriorment

1. **Departament de Sanitat i Seguretat Social.** Ordre de 23 de novembre de 1990, de regulació de l'informe clínic d'alta hospitalària i el conjunt mínim de dades de l'alta hospitalària. DOGC núm. 1.379/1990;5.647-5.648
2. **Ministerio de Sanidad y Consumo.** Orden del 6 de septiembre de 1984 por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta. BOE número 221 de 14 de septiembre de 1984; 26.685-26.686.
3. **Manresa JM.** El informe de alta hospitalaria: la cenicienta del clínico. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 253-254
4. **McQuoid Mason D.** Medical records and access thereto. *Med-Law.* 1996; 15: 499-517.
5. **Gutiérrez BM.** Influencia del inglés sobre nuestro lenguaje médico. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 307-314
6. **Navarro FA, Hernández F, Rodríguez-Villanueva L.** Uso y abuso de la voz pasiva en el lenguaje médico escrito. *Med Clin (Barc)* 1994; 103:461-464 (ii)
7. **Navarro FA.** Traducción y lenguaje en medicina. Monografías Dr. Esteve. Ediciones Doyma: Barcelona, 1997
8. **Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears.** Barcelona: Diccionari Enciclopèdic de Medicina. Enciclopèdia Catalana. 2000.
9. **Delás J.** ¿Habla usted galeno? *An Med Int* 1999; 16: 104.
10. **Parra J.** Manual de términos médicos con nombre propio. Ed. Luzán 5, 1991. Madrid.
11. **Navarro FA.** El idioma de la medicina a través de las referencias bibliográficas de los artículos originales publicados en Medicina clínica durante 50 años (1945-1995). *Med Clin (Barc)* 1996; 107:608-613. (iii)
12. **Colomer Artigas, R.** Anglicismes del llenguatge mèdic. Butlletí del Col·legi de Metges de Barcelona. Gener-febrer 1998: 52.
13. **Van Naerssen Margaret M.** Medical Records: One Variation of Physicians' Language. *International Journal of the Sociology of Language*; 1985; 51: 43-73.
14. **Medicina Clínica.** Manual de Estilo. Barcelona: Doyma, 1993.
15. **Millán JA. SMS.** Ciberp@is, pg. 2, 7 de septiembre de 2000.
16. **Cassany D.** La cocina de l'escriptura. Barcelona; Editorial Empúries. 1993.
17. **Aarseth S.** Sen epikriseutsending et vedvarende problem. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 1994; 114: 1620-1621.
18. **Ordóñez A, García C.** Diversos aspectos del lenguaje médico (los modismos al uso) *Med Clin (Barc)* 1988; 90:419-421.
19. **Sardà N, Vilà R, Mira M, Canela M, Jarrod M, Masqué J.** Análisis de la cantidad y contenido del informe de alta hospitalaria *Med Clin (Barc)* 1993; 101:241-244.
20. **Gallart X, Suso S, Martínez Pastor, Riba i Ferret J.** Aplicación del peer review a los informes de alta hospitalaria. *Educación Médica* 1999; 2:153.
21. **García A, Nomdedeu M, García G, Gil V, González J, Grau JM.** Calidad en el informe de alta médica. Un estudio de revisión entre iguales ("peer review"). *Educación Médica* 1999; 2:154-155.
22. **Gomis L.** Teoria dels gèneres periodístics. Barcelona: Centre d'Investigació de la Comunicació. Generalitat de Catalunya, 1989.
23. **Penzo W.** Psicología per a les Ciències de la Salut. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona, 1999.
24. **Lahoz Mustienes MJ, Ariño Martín MD, Marín Velázquez PJ.** El informe de alta hospitalaria visto desde la atención primaria. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 677.
25. **Abreu MA.** Informe de alta hospitalaria en el servicio de urgencias. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 677.
26. **Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.** La recepta mèdica. *Professió* 2000; 6:1-8
27. **BOE.** Recomendaciones para la prescripción de sustancias estupefacientes. 22-4-1966.

Números publicats



Quaderns de la Bona Praxi

*Quaderns de la Bona Praxi és una publicació periòdica del COMB,
editada des de 1991 pel seu Centre d'Estudis Col·legials
i caracteritzada per ser:*

*Una acció de Formació Mèdica Continuada que promou el
Desenvolupament Professional dels metges d'acord amb l'esperada
protecció dels ciutadans.*

*Una Guia de Pràctica Clínica que fomenta la Bona Praxi
i la prevenció de riscos professionals.*

*Una eina de l'àmbit medicolegal que protegeix alhora el ciutadà
i el professional de la medicina.*

COL·LEGI
OFICIAL DE METGES
DE BARCELONA
CENTRE D'ESTUDIS COL·LEGIALS

Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona.