

Los clínicos son de marte y los patólogos de venus. Interpretación clínica de los informes de patología

Clara I. Campos, M.D.¹, Luis Eduardo Bravo, M.D.²

RESUMEN

Los informes de especialidades médicas que contienen información crítica, como los de radiología, patología y demás especialidades de interconsulta, deben ser concisos y claros para que no induzcan errores en las decisiones médicas. Desde su entrenamiento, el patólogo hace especial énfasis en brindar al clínico la información diagnóstica completa. Sin embargo, muchas veces ignora si ésta fue bien comprendida. A medida que se amplían las posibilidades de comunicación a distancia, se aumenta la brecha entre clínicos y patólogos, pues se acentúa el problema potencial de comprensión mutua. El objetivo del presente artículo es evaluar la comunicación entre clínicos y patólogos, con base en el informe anatomopatológico en el Hospital Universitario del Valle (HUV). Se utilizaron encuestas con preguntas abiertas y cerradas sobre informes comunes en la práctica de las especialidades que consultan más al Departamento de Patología en el HUV, para ser respondidas por residentes y docentes de dichas áreas, con base en los datos clínicos y el informe emitido. Existe una discordancia de 27% entre lo que el patólogo pretende decir a través del informe y lo que los clínicos entienden y aumenta cuando se trata de evaluar preguntas que requieren algún grado de interpretación, por no estar explícita la descripción en el informe. En algunos casos estas discordancias podrían llevar a errores terapéuticos. Es evidente que existen problemas de comunicación entre clínicos y patólogos, y aunque el grado de entrenamiento y la experiencia disminuyen esta brecha, se debe trabajar más para unificar y clarificar el lenguaje con el fin disminuir así las malas interpretaciones y los errores médicos.

Palabras claves: Informes de patología. Interpretación. Comunicación. Errores médicos.

Es bien conocido que el lenguaje médico es incomprendible para la gente no relacionada con esta profesión. Aun el lenguaje de algunas especialidades puede ser oscuro para los médicos que no la practican. El manejo de la información clínica día a día, se torna más cuidadoso y si se trata de los informes emitidos por las especialidades de interconsulta como la imagenología y la patología, la situación se vuelve más crítica. Es necesario que estos informes sean muy claros y comprensibles para evitar la toma de decisiones terapéuticas erróneas debido a una mala interpretación por parte del clínico que recibe el informe.

Recientes publicaciones en presti-

giosas revistas médicas^{1,2} dan cuenta del número de muertes atribuidas a errores médicos y en algunas de ellas^{3,4} a errores en la toma de decisiones, por malas interpretaciones de informes de patología. Todas concuerdan en la urgencia de disminuir estas cifras a niveles aceptables, pues es imposible la utopía de la comprensión absoluta. Existen esfuerzos concretos en este sentido, como la adopción del llamado sistema Bethesda para el informe de la citología cervicovaginal⁵, la propuesta de uniformar de criterios diagnósticos a ser informados en las diferentes resecciones tumorales, planteada por el Colegio Americano de Patólogos y diferentes tendencias a la estandarización

en muchas áreas⁶. Sin embargo, se ha prestado muy poca atención al nivel de comprensión entre patólogos y clínicos, por medio de los informes. En este sentido, se realizó un estudio conjunto entre los departamentos de psiquiatría y patología de la Universidad de Yale, donde se pretendía estudiar con más precisión este tema; y se publicó con el sugestivo nombre "Los clínicos son de Marte y los patólogos son de Venus"⁷ como alusión al ya clásico libro de John Gray, "Los hombres son de Marte y las mujeres son de Venus"⁸.

En este estudio se evaluó cómo se afecta el nivel de comprensión de los informes por parte de los clínicos, dependiendo del entrenamiento y el formato utilizado, y cómo lo esperaban; se mostró una proporcionalidad directa entre comprensión y entrenamiento, pero contrario a lo esperado, se obser-

1. Residente de Anatomía patológica y Patología clínica. Departamento de Patología, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

2. Profesor Asociado, Departamento de Patología, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

vó que si se modifica el formato habitualmente utilizado en los informes, por uno más conciso y aparentemente más claro, disminuye la comprensión, situación atribuida al hecho de la familiaridad con el formato clásico.

MÉTODO

El estudio se realizó en el Departamento de Patología del Hospital Universitario del Valle (HUV), Cali, Colombia, durante el lapso comprendido entre enero y noviembre de 2001. El Departamento de Patología sirve como centro de entrenamiento para los estudiantes de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle y maneja alrededor de 10,000 especímenes anuales. Todas las especialidades médicas realizan interconsultas periódicas, sin embargo, el mayor volumen proviene de los departamentos de Cirugía, Ginecología, Medicina Interna y Urología. No obstante durante el período de entrenamiento sólo los estudiantes de postgrado de Ginecología, Urología y Otorrinolaringología realizan una rotación por este Departamento.

La comunicación entre clínicos y patólogos se evaluó con la información disponible en el informe histopatológico y en el formato de solicitud de interconsulta. Se incluyeron en el estudio las especialidades médicas con mayor volumen anual de interconsultas, seleccionando para trabajar los casos comunes en la práctica diaria y además ejemplos frecuentes de solicitud de revisión o aclaración, siendo específicos para cada área, así:

Urología

1. Biopsia transrectal de próstata, informada como adenocarcinoma maldiferenciado.
2. Biopsia de trigono vesical, informada como muestra insuficiente para diagnóstico.
3. Resección transuretral de carcino-

ma de células transicionales, en el que no se podía definir la profundidad de invasión en la muestra.

Gastroenterología

1. Biopsia endoscópica gástrica informada como adenocarcinoma.
2. Biopsia endoscópica gástrica informada como gastritis crónica atrofica.

Ginecología

1. Conización por carcinoma *in situ* de cérvix.
2. Protocolo de ovario por adenocarcinoma seroso papilar.

Cirugía

1. Cuadrantectomía de mama por carcinoma ductal infiltrante.
2. Hemicolectomía por adenocarcinoma de colon con diferenciación neuroendocrina.

Para cada uno de los nueve informes histopatológicos seleccionados, se elaboró una encuesta con preguntas abiertas y cerradas. A fin de establecer el grado de dificultad, las preguntas se clasificaron como de opinión, lectura, interpretación y conocimiento, con la siguiente escala ordinal:

0. Preguntas de opinión, cuya respuesta es libre, que pretendían dar a los clínicos la oportunidad de expresar algunas opiniones respecto a partes específicas de los informes de patología (Cuadro 1).
1. Preguntas cuya respuesta se encontraba explícita en los informes, y bastaba por tanto, con leerlos, para poder responder (Cuadro 2).
2. Preguntas que requerían cierto grado de interpretación de lo informado, por no estar explícitas en el informe (Cuadro 3).
3. Las preguntas que requerían un conocimiento específico sobre el tema, para poder ser respondidas (Cuadro 4).

Participaron en el estudio 97% (59/61) del total de residentes de las áreas referidas, correspondientes a todos los

Cuadro 1
Muestra de preguntas de opinión*

1. ¿Cómo considera usted la comprensión de los informes de patología en general, en una escala de 1 a 10?
2. ¿Qué porcentaje de las veces lee la descripción macroscópica?
3. ¿Qué porcentaje de las veces lee la descripción microscópica?
4. ¿Considera necesaria mayor información?
5. ¿De qué tipo? Macroscópica ___ Microscópica ___ Diagnóstico ___
6. ¿Considera sobrante algún tipo de información?
7. ¿De qué tipo? Macroscópica ___ Microscópica ___ Diagnóstico ___

* Grado de dificultad 0. Libre opinión, sin calificación, sólo registro

Cuadro 2
Muestra de preguntas de lectura*

1. ¿Qué procedimiento quirúrgico fue realizado?
2. ¿Está registrado en la solicitud que cuadrante se reseccó?
3. ¿Hay *Helicobacter pylori* en la muestra?
4. ¿Fue consistente el resultado de la consulta intraoperatoria con el diagnóstico final?
5. ¿Dónde se original la neoplasia? Ileon ___ Colon ___ Válvula ileocecal ___ Epiplón ___
6. ¿La resección quirúrgica de la lesión fue completa? Sí ___ No ___ No sabe ___
7. ¿Se encuentra la lesión en contacto con alguno de los bordes? Sí ___ No ___
8. ¿Hay invasión vascular hemática o linfática?

* Grado de dificultad 1. Información explícita en el informe

años de entrenamiento; por diversas razones los faltantes no se pudieron contactar en el momento de realizar la encuesta. Los docentes participantes se seleccionaron mediante un muestreo por conveniencia de acuerdo con la experticia necesaria para resolver cada problema; para aplicar la encuesta, se eligieron actividades académicas programadas, a fin de encontrar reunidos a los participantes y realizar simultáneamente la prueba en cada área. Cada participante dispuso de 20 minutos para responder el cuestionario y sólo contestó preguntas correspondientes a su propia especialidad. Se anexó a cada

Cuadro 3
Muestra de preguntas de interpretación*

1. Basado en la descripción macroscópica ¿considera adecuada la muestra? Sí ___ No ___ No Sabe ___
2. ¿Hay representación de la parte corporal del estómago? Sí ___ No ___ No sabe ___
3. ¿Es la muestra representativa de la lesión? Sí ___ No ___
4. ¿Fue curativo el procedimiento? Sí ___ No ___
5. ¿Consideró el patólogo adecuada la muestra? Sí ___ No ___
6. ¿Es posible afirmar en este caso, cuántos ganglios presentan metástasis? Sí ___ No ___
7. ¿Cualquiera que sea su respuesta, por qué?

* Grado de dificultad 2. Requiere interpretación de la información registrada en el informe

Cuadro 4
Muestra de preguntas de conocimiento*

1. ¿Hay elementos que indiquen la cronicidad de la patología?
2. ¿Se trata de una lesión benigna, premaligna o maligna?
3. ¿La diferenciación neuroendocrina en un adenocarcinoma, es de buen o mal pronóstico?
4. ¿Son el grado nuclear e histológico indicadores de diferenciación?
5. ¿La necrosis extensa es indicativo de buen o mal pronóstico?
6. ¿Se trata de una resección de tipo oncológico? Sí ___ No ___ No sabe ___
7. ¿Hay elementos que indiquen actividad aguda?

* Grado de dificultad 3. Requiere conocimientos específicos para ser respondidas

encuesta una copia de la solicitud del estudio anatomopatológico enviada por los clínicos y una copia del informe emitido por el Departamento de Patología.

Para establecer el patrón de respuestas se hizo una reunión de consenso donde participaron los 5 docentes y 5 residentes del Departamento de Patología del HUV. Las respuestas dadas por las personas encuestadas se analizaron contra este patrón. La discordancia

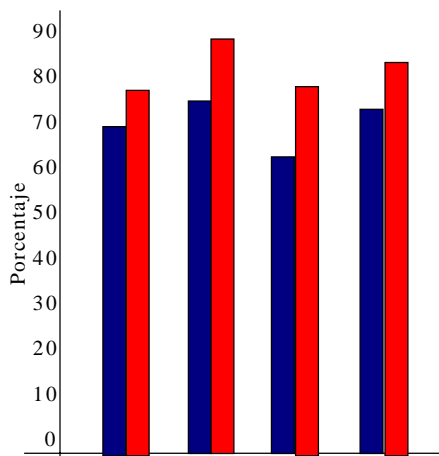


Figura 1. Puntaje global de acuerdo con la especialidad y el grado de entrenamiento

con el patrón preestablecido se clasificó con la siguiente escala: 0, desacuerdo; 1, acuerdo parcial; y 3, acuerdo total.

RESULTADOS

La discordancia general con el patrón establecido fue de 27.7%. El análisis global muestra que la concordancia con el patrón preestablecido, según el grado de entrenamiento, contrario de lo esperado, no evidencia diferencias estadísticamente significativas (Figura 1).

En los resultados comparativos entre residentes y docentes de acuerdo con los tipos de preguntas, se aprecia una mayor concordancia global entre los docentes y el patrón preestablecido, pero al someter tal diferencia a análisis estadístico, sólo es significativa en las preguntas que requieren interpretación ($p < 0.05$).

Al analizar por separado el resultado de cada especialidad comparado por entrenamiento y tipo de pregunta, se observa el mismo comportamiento general, mayor concordancia de los docentes con el patrón de respuestas previamente determinado, con significancia estadística ($p < 0.05$) sólo cuando se trata de preguntas que requieren

Cuadro 5
Muestra de preguntas sobre información que de ser mal interpretada podría inducir a errores terapéuticos

1. ¿Los márgenes de resección se encuentran libres de lesión?
2. ¿Fue completamente reseca la lesión?
3. ¿Fue curativo el procedimiento?
4. ¿Se trata de una lesión benigna, precursora o maligna?
5. ¿Hay elementos que indiquen actividad aguda en el proceso?
6. ¿Cuáles son esos elementos?
7. ¿Es la diferenciación neuroendocrina del tumor, de buen o mal pronóstico?

interpretación.

Las preguntas abiertas y cerradas de libre opinión, se realizaron con el fin de evaluar las fortalezas y las deficiencias que ven los clínicos en el informe anatomopatológico. Ellas muestran que aunque hay buena aceptación general de los informes emitidos por el Departamento de Patología, en mayor o menor grado, todos desean mayor información ya sea macroscópica, microscópica, o diagnóstica. Situación más notoria en las áreas de cirugía (76%) y medicina interna (70%), comparativamente con urología (57%) y ginecología (29%).

Dentro de las encuestas realizadas, se incluyeron preguntas sobre la información que se registra en el informe, y que lleva a decisiones terapéuticas (Cuadro 5). Esto, con el ánimo de evaluar particularmente la discordancia, pues una mala interpretación de la información podría inducir a errores en la toma de decisiones, encontrando para el área de ginecología 16% de discordancia, con 8% adicional sin respuesta; en urología 26.5% de discordancia y 8% sin respuesta; en cirugía, la discordancia fue de 32%, con 6% adicional sin respuesta y en medicina interna los resultados fueron mucho más críticos, con 48% de discordancia y 9% adicional no respondido. Se considera en este punto, que la situación es crítica, por

que estos porcentajes son inaceptables en preguntas tan importantes.

Es de anotar que se analizaron por separado las preguntas con mayor discordancia con el patrón preestablecido, observando que en muchos casos el error se debió más a la premura con que se leyó y se respondió, que a mala interpretación, o conceptos erróneos, situación discutida junto con los participantes en reuniones posteriores.

COMENTARIO

Aunque el estudio no fue realizado con la totalidad de las especialidades interconsultantes con patología, si es posible ver que el comportamiento general era el esperado; la proporción de discordancia global, fue de 27%, muy similar a la descrita en un estudio previo⁷. Esa discordancia aumenta en relación inversa con el grado de entrenamiento, pero se hace estadísticamente significativa, sólo en las preguntas de interpretación.

Los clínicos calificaron los informes de patología con un promedio de 8 en una escala de 1 a 10. Refieren en general buena aceptación y comprensión de los informes, aunque solicitan mayor información macroscópica o microscópica. Esta cantidad de información adicional solicitada, es menor en las especialidades que realizan una rotación por el Departamento de Patología, lo que se puede relacionar con un conocimiento más preciso del funcionamiento del laboratorio de anatomía patológica, la mayor familiaridad con el lenguaje y el establecimiento de mejores y más duraderos nexos de comunica-

ción con el Departamento.

Se hizo evidente que la mala comprensión de la información registrada en el informe, puede en algunos casos producir errores en la toma de decisiones terapéuticas, lo cual obligó a analizar junto con los participantes en sesiones separadas, las preguntas que mostraron mayor discordancia, discutiendo algunos de los criterios y términos utilizados, como una forma de retroalimentación provechosa para todos y principalmente para el paciente.

Los clínicos y los patólogos no son de planetas diferentes; en general hay una buena comprensión a través de los informes de patología, pero se necesita hacer esfuerzos adicionales, para disminuir la tasa de discordancia.

SUMMARY

Reports from medical specialties with critical information, such as those from radiology and pathology, must be concise and clear to prevent mistakes in clinical decisions. Since residency, pathologists have to concentrate in offer to clinicians a complete information, but in many cases they ignore if these reports were well understood. Advances in communication have made this gap to get wider and becoming a serious problem. To evaluate communication between clinicians and pathologists, based on histological pathology reports in the University Hospital of Cali, Colombia. We survey open and specific questions about usual reports for each of the most consulting specialties in this Hospital, to be answered by residents and professors. We found 27% of

discordance between what do pathologists want to communicate in the report and what do clinicians understand. This difference is higher when the question asked needs interpretation. These discordances could cause medical errors. It is evident that there is a communication problem between clinicians and pathologists. Training and experience diminish this gap, but we should work harder to unify language in order to reduce misinterpretations and medical mistakes.

Key words. Pathology reports. Interpretation. Communication. Medical errors.

REFERENCIAS

1. Hayward RA, Hofer TP. Estimating hospital deaths due to medical errors. *JAMA* 2001; 4: 415-420.
2. Brennan TA. The institute of medicine report on medical errors. Could it do harm? *N Engl J Med* 2000; 342: 1123-1125.
3. Sirota RL. The Institute of Medicine's report on medical error: implications for pathology. *Arch Pathol Lab Med* 2000; 11: 1674.
4. Wright P, Jansen C, Wyatt JC. How to limit clinical errors in interpretation of data. *Lancet* 1998; 352: 1539-1543.
5. Broder S. Rapid communication: the Bethesda system for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses: report of the 1991, Bethesda Workshop. *JAMA* 1992; 267: 1892.
6. Leslie KO, Rosai J. Standardization of the surgical pathology report: formats templates, and synoptic reports. *Semin Diagn Pathol* 1994; 11: 253-257.
7. Powsner SM, Costa J, Homer RJ. Clinicians are from Mars and pathologists are from Venus. *Arch Pathol Lab Med* 2000; 124: 1040-1046.
8. Gray J. *Men are from Mars and women are from Venus*. New York: Harper Collins, 1992.