

## EDITORIAL

En cierto modo estas líneas van a ser en parte una noticia necrológica y de paso una reflexión sobre las relaciones entre clínicos y patólogos.

Hace unos pocos días falleció prematuramente en Bilbao un extraordinario profesional: El Profesor Francisco Javier Rodríguez-Escudero, Jefe del Departamento de Ginecología de Hospital de Cruces, Baracaldo, y Catedrático de la Universidad del País Vasco.

Rodríguez-Escudero no tenía hobbies. Era un gran amigo y por ello sé muy bien que su único hobby era la Medicina y dentro de ella la Ginecología. Y me refiero a él porque era uno de esos clínicos con los que los patólogos teníamos una relación fácil. Hay que considerar que la Ginecología y en buena medida la Oncología Ginecológica, una de sus afinidades más importantes, ocupan una parte considerable de nuestro quehacer diario.

Paco Escudero alcanzó muy joven, con menos de 30 años, la máxima posición en la jerarquía hospitalaria y logró poner en marcha uno de los mejores Departamentos del Hospital de Cruces y me atrevería a decir que uno de los más activos Departamentos de Obstetricia y Ginecología de este país. Se dedicó especialmente a la Reproducción Humana y sobre todo a la Ginecología Oncológica y a la Patología Mamaria. Fue Presidente de esa sección de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y durante su mandato se afanó en elaborar protocolos para la buena práctica clínico-patológica en este terreno. Algunos de nosotros fuimos convocados por él para colaborar en su confección.

En agosto se le diagnosticó un cáncer de pulmón con metástasis cerebrales, suprarrenales y hepáticas y falleció a los seis meses. A pesar de soportar los esfuerzos terapéuticos de los oncólogos, estuvo trabajando hasta un mes antes de su muerte. Dejó una hermosa carta para sus amigos que fue leída públicamente una semana después en el Colegio de Médicos de Vizcaya y reflejada luego en el Diario El País.

El trabajo desarrollado por Paco Escudero a lo largo de su vida profesional fue extraordinario y estoy seguro que muchos de los patólogos que leen esta revista lo habrán conocido y tenido con él contactos profesionales.

La relación entre los clínicos y los patólogos es difícil en muchos casos. No difícil en el sentido de que nos llevemos mal, que habitualmente es todo lo contrario, sino en el terreno de la comunicación profesional.

Un servicio de Anatomía Patológica recibe diariamente un montón de muestras para diagnóstico, que deben ir acompañadas de un documento fundamental: La solicitud de estudio de las mismas. Creo que a mí, como a una buena parte de los colegas que trabajan en los hospitales de nuestra piel de toro, nos ocurre que en ocasiones encontramos marcadamente insuficiente la información clínica facilitada por el remitente de la muestra.

Un famoso patólogo de antaño, cuyo nombre no recuerdo en estos momentos, decía que un buen patólogo es aquél que, en el microscopio, ante una pequeña muestra de tejido renal, está contemplando a un paciente con malestar, fiebre, náuseas, oliguria, hematuria, proteinuria, hipertensión y edema palpebral. Esta información es imprescindible para el patólogo, que debe ser en su formación, sin duda, un clínico más, aunque no vea directamente al paciente.

Estos documentos de solicitud de estudio anatomo-patológico, en muchos casos, llegan casi vacíos. A veces ni se expresa adecuadamente el lugar de donde se ha obtenido la muestra. Amén de insuficiente, la información escrita en ellos es ilegible en una variable parte de casos. En otros, la escasa información clínica va salpicada de siglas de difícil interpretación. A este respecto, dado que recibimos muestras de casi todas las especialidades clínicas (casi con la única excepción de

la psiquiatría), los patólogos nos vemos obligados a aprender todos los sistemas de siglas empleadas en cada una de ellas. Estas siglas no están normalizadas (salvo algunas como la HTA y algunas más, que las entendemos casi todos). Por otra parte, aumentan cada vez que se introduce una nueva técnica y varían de unas instituciones a otras. Cambian además considerablemente si proceden de las denominaciones inglesas o de las españolas de las que han sido extraídas. Todo ello, con el propósito de escribir cada vez menos. En cada servicio debería haber a disposición de los patólogos un glosario de abreviaturas similar al que se incluye, por ejemplo, en un trabajo de Tesis Doctoral.

Ocurre también que en muchos casos, el que efectúa la toma no escribe personalmente la solicitud y le indica a una enfermera o a una auxiliar de clínica que lo haga. Le dicta unos datos clínicos que a veces ésta no entiende y los transcribe mal, con lo que el problema se agrava de manera notable.

Desde Laennec, clínico y patólogo a la vez, que conocía muy bien tanto la clínica como los hallazgos de autopsia de un paciente, hasta Rokitsky y Skoda, los padres de esa imprescindible correlación anatómico-clínica, hemos retrocedido claramente en el flujo de comunicación de la información entre clínicos y patólogos, tan beneficiosa para el enfermo.

La afortunada palabra Histomancia fue acuñada un buen día por el finado Jefe de Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Oncológico de San Sebastián, el Dr. Emilio Gutiérrez Sanz, quien la definió como la adivinación del diagnóstico por medio del simple examen histológico, en ausencia total o casi total de los datos clínicos imprescindibles.

Estoy seguro de que de que todos nosotros hemos practicado y todavía practicamos la histomancia durante una buena parte de nuestra vida profesional. Y si ahora no la practicamos más es porque en unos casos acudimos a sistemas de información indirectos, como pueden ser la historia clínica escrita o informatizada, llena en su mayor parte de datos que son superfluos para el patólogo. Otro importante recurso es el contacto telefónico, pero en nuestras instituciones es difícil practicarlo aún con nuestros propios colegas. Cuando uno llega a comunicar, si lo consigue, en ocasiones se logra hablar con el que en la solicitud figura como remitente de la muestra, que no es otro que el cirujano que ha hecho la biopsia por encargo y no con el clínico que verdaderamente conoce bien al paciente. Ambos métodos de información llegan a ser tediosos y representan una gran pérdida de tiempo para el patólogo, cada día sometido a una mayor presión asistencial.

Paco Escudero era un excelente ejemplo de lo que debe ser un clínico en sus relaciones con el patólogo. Además de escribir personalmente, con una preciosa y legible letra sus peticiones de biopsias (e incluso de las simples citologías cérvico-vaginales), jamás he visto que en las mismas faltasen los detalles más importantes y precisos para que el patólogo hiciese un diagnóstico. Y muchas veces acudía personalmente a hablar directamente con nosotros.

No tengo una idea muy precisa de cómo podríamos resolver los patólogos el problema de la histomancia.

Quizás una de ellas fuese rechazar aquellas muestras cuya solicitud no viniese adecuadamente cumplimentada. Pero a eso casi nadie nos atrevemos, porque significaría un considerable perjuicio para el paciente por el alargamiento del tiempo de emisión del diagnóstico. Tal vez la solución recaiga en la formación postgraduada, porque la pre-graduada queda siempre muy lejos de la práctica médica y las cosas con los años se olvidan.

Tal vez deberíamos pensar en promover en nuestras instituciones la realización periódica de algunas charlas de información para los MIR en las que se señale la importancia del diagnóstico patológico y de las claves de su éxito, especialmente el del conocimiento preciso de la información clínica. No basta con incluir unas instrucciones de cumplimentación y normas de envío específico de cada muestra en el dorso del documento de solicitud, porque terminan no siendo leídas por nadie.

El caso es que este problema existe todavía en nuestras instituciones hospitalarias (aunque afortunadamente no con carácter general) y que es de estricta necesidad el resolverlo. ¡¡¡Ojalá todos nuestros clínicos fuesen como el Prof. Rodríguez-Escudero!!!

José María Rivera Pomar