

El investigador y el clínico

Entrevista con el Dr. Joaquín Cravioto Muñoz.[†]

Dr. José Osvel Hinojosa Pérez*

Entrevistamos al Dr. Joaquín Cravioto respecto a un tema que le escuchamos hace algunos años, nos pareció interesante la estrecha relación que existe entre los pasos que sigue el clínico cuando atiende a un paciente y el proceso seguido por el investigador. El maestro Cravioto amablemente expuso sus profundos conceptos.

P. ¿Cuál es la diferencia entre lo que hace un investigador, llamémosle de carrera, y un clínico, buenos ambos en su campo?

R. Lo primero que hace un investigador es recoger información, fase a la que llama recolección de datos; El clínico habla de hacer la propedéutica en el enfermo

P. ¿Y que es eso?

R. Es la recolección adecuada de signos y síntomas que el paciente incluyendo antecedentes y todos los datos de laboratorio que pueda tener, itodos los datos!

P. ¿Qué hace el investigador cuando tiene recolectados los datos?

R. Los toma y los analiza desde el mismo punto de vista para ver si forman cuadros clínicos, cuadros nosológicos, etc., así mismo mediante un análisis semiológico de los síntomas y los signos, determina su valor. Una vez que tiene ese análisis, plantea una pregunta. A la pregunta la

llama el investigador hipótesis, el clínico diagnóstico de presunción "Yo le voy a que es esto", el otro dice igual, "aquí debe haber una relación entre A y B".

P. ¿Qué sigue de esto?

R. Se tiene que establecer que hay hipótesis alternas, que no necesariamente es lo que él diga, pero se puede parecer a lo que él diga, ser un tanto diferente en magnitud o en profundidad.

P. ¿El clínico qué hace?

R. Hace diagnóstico diferencial, que es exactamente lo mismo, dice "si no es esto, es muy probable que sea esto, o que sea esto, o que sea lo otro"

El investigador se guía por lo que parece que es más probable de ocurrencia; el clínico también, trata de establecer lo que es más frecuente pero tiene una variante y esa variante es que pueda ser lo más peligroso, él tiene una intervención de inmediato porque tiene que salvar la vida, en el otro se puede esperar, si están haciendo una investigación sobre rocas, qué tardaron millones de años en formarse, que se tarde en explicarla unos meses más realmente no tiene importancia. Establecido entonces el plan terapéutico, el clínico dice: "¿por dónde me voy para comprobar lo que quiero?, por su parte el investigador hace exactamente lo mismo: un diseño que llaman de investigación.

[†]El Dr. Joaquín Cravioto Muñoz, falleció el 9 de abril de 1998.

* Pediatra Neonatólogo de la Unidad de Ciudadados Intensivos del Hospital Regional de Especialidades N° 23, del IMSS en Monterrey, N.L.

El clínico una vez que ha establecido su diagnóstico diferencial hace lo que llama un plan diagnóstico, es decir decide que es lo que va a recolectar y que va a eliminar de acuerdo con lo que venga posteriormente. Hace análisis de laboratorio pero tratando de confirmar, no los manda a hacer porque esté acostumbrado a que se haga todo: "háganle toda la rutina" el buen clínico no tiene ninguna rutina, tiene una organización de capítulos, dice: "le voy a mandar pedir una biometría porque sospecho que hay algo" Yo les digo de broma: "mientras más dinero gaste el enfermo en laboratorio menos dinero le queda para regresar con usted" es de risa, pero también muy cierto dentro de lo que vivimos.

Por otro lado el investigador, ¿qué hace? Realiza su diseño experimental para tratar de comprobar que sí o que no, y mientras que el clínico estructura un plan terapéutico, dice: "vamos a hacer una terapéutica de comprobación, a darle esto y si se alivia entonces seguimos por ese lado en el diagnóstico"

En Tampico, hace muchos años se usaba una frase que decía: "fiebre que no se cura en 3 días con quinina es fiebre tifoidea", y de esa forma se ha guiado el clínico desde tiempos inmemoriales. Ahora la que mandaría es hacer desde antes pruebas febriles o una gota gruesa, ya que hay otros medios que siguen siendo síntomas y signos, nada menos, es decir datos.

Tiene su diagnóstico diferencial y entonces llega a su conclusión, hace un plan terapéutico y éste le sirve de retroalimentación para saber si está más o menos en lo cierto.

El médico sólo hace clínica, decisiones bajo incertidumbre. Existe todo un cuerpo de doctrina, de matemáticas, pero si el médico se pusiera a aprender todo lo que debe hacer una institución se moriría antes de poder salir de la primaria. Va a aprender economía, costo-beneficio, etc., y pueden servir de examinador, puestos a examinar para ascender en una institución.

P. ¿Qué es el investigador?

R. El investigador ha planteado hipótesis, hipótesis de nulidad en que niega que haya diferencia. El otro plantea sus diagnósticos diferenciales y variantes del mismo que no tiene diferencias entre sí, hace su plan y entonces lo que debe hacer es confirmar que hipótesis es la que vale ahí establece la importancia que tiene la hipótesis desde el punto de vista de los datos que posee y de lo que plantea para la hipótesis, y si esta apoya alguna teoría o no, la cual va a ser la contribución de su trabajo a la ciencia.

La respuesta del investigador no son los datos, es la interpretación de los datos dentro de un sistema de hipótesis o teorías, de cómo se rige determinada relación entre dos o más factores.

P. ¿Qué hace el clínico?

R. Establece lo más hermoso y lo más importante para el paciente, el pronóstico. El paciente llega con mucha rareza a decir: "¿dígame que tengo doctor?", no "dígame usted que quiere saber?", sino "quiero saber si me va a quitar o no", entonces lo que te plantea es en realidad el pronóstico. Aunque él está hablando de "dígame lo que tengo" y naturalmente uno dice, quiere el diagnóstico, no, el diagnóstico no le interesa, lo da porque eso es del saber médico, "¡tradúzcamelos!".

P. ¿En que se traduce el diagnóstico?

R. En un pronóstico para la vida, igual al pronóstico desde el punto de vista de su hipótesis, si vale o no vale la pena. Pronóstico físico, mental y social, y de ahí viene lo fundamental. Se universaliza, dice el científico, o no se universaliza, forma parte de una teoría o no. El clínico dice: "¿puedo establecer algún principio universal?" Es decir, ya sé qué significa para mí el diagnóstico, pero, obtengo de aquí algo de construcción a la ciencia. Sí, bueno, eso es lo ideal.

La investigación no es la recolección de unos datos, esa es una parte simplemente, la presentación de un caso clínico no es cuánto tuvo de esto o cuánto tuvo de lo otro, sino: 1) ¿Cómo fue el proceso de diagnóstico, 2) ¿Cómo se integró el pronóstico? Y 3) ¿Qué significa desde el punto de vista de contribución a la ciencia?. Entonces vamos a poder explotar muy bien lo clínico, haciendo lo que todos hemos querido hacer en una época o en otra: desmitificar la investigación. La investigación no es lo que se hace con animales de laboratorio, isótopos radioactivos, isótopos estables, PCR y todas esas cosas, eso es moda que tiene su aplicación y que tienen gran importancia también.

Un maestro que me enseñó Epidemiología decía: "mira Cravioto, tu estudio puede ser lógicamente impecable, estadísticamente inexpugable y biológicamente ridículo" Entonces hay que empezar al revés, que primero sea biológicamente importante.

Nuestra biología es la enfermedad, por más que hablamos de salud y demás, todos seguimos tratando con enfermos en el 90% de los casos, excepto que tengamos un puesto de salud comunitaria, esa es la verdad, entonces seguir trabajando, seguir caminando.