

## COMENTARIOS BIBLIOGRÁFICOS

*Genética y Bioética. Dos espacios convergentes. Elba Martínez Picabea de Giorgiutti.*  
1ª Edición. Buenos Aires: Dunken, 2013, 288 pp

Elba Martínez Picabea de Giorgiutti es Doctora en Medicina por la Universidad de Buenos Aires y especialista en genética médica y bioética. Realizó estudios de posgrado en Europa y EE.UU. y ha desarrollado a lo largo de su extensa carrera una intensa actividad docente y asistencial en diversas universidades y hospitales de nuestro país.

Además, ha publicado numerosos libros vinculados a sus especialidades, que el lector podrá encontrar en la extensa bibliografía del presente (150 referencias que van desde Aristóteles a Margarita Yourcenar).

Es interesante tener en cuenta la definición que la propia autora hace de este libro en las palabras preliminares (p11): “*Se trata –reitero– de un compilado de escritos sobre asuntos vinculados a la filosofía de la ciencia –cada uno de cuyos capítulos puede ser leído en forma independiente de los otros– y destinado a un público culto...*”. Esto hace necesaria la enumeración de dichos capítulos: *Los fundamentos del pensamiento científico; Ciencia, razón y certeza; La vida y su complejidad; La evolución de los seres vivos; La Naturaleza también juega con números; Mendel y el nacimiento de la genética; Los avances de la genética en el siglo XX; Las nuevas tecnologías y los asuntos de la genética médica; Desarrollo y significación del sexo en el ser humano; Genética y bioética; Organismos genéticamente modificados; Ambiente y responsabilidad humana: epigénesis y cultura; Conclusiones*. Es llamativa la erudición de la Dra. Picabea en el abordaje de tan ambicioso temario.

Está excelentemente impreso. No presenta gráficos ni figuras, pero sí muy numerosas citas al pie de las páginas.

Entre los doce capítulos que comprende, podemos considerar “introdutorios” los 5 o 6 primeros, iniciando la temática propiamente genética desde el capítulo dedicado a Mendel.

Los conceptos bioéticos se desarrollan, en cambio, en el capítulo “Genética y bioética”: allí no solo transcribe párrafos de autores emblemáticos de la bioética, sino

también los documentos fundamentales producidos a nivel nacional e internacional sobre bioética e investigación farmacéutica.

La autora recorre los descubrimientos biológicos a lo largo de la historia con sus consecuencias en la forma de interpretar la vida y el desarrollo del pensamiento. En estos capítulos hay un necesario esfuerzo de síntesis, siempre acompañado de las imprescindibles referencias bibliográficas, y una notable erudición. Su lectura resulta, muy motivadora: cada frase empuja a una lectura complementaria.

Ingresa luego en lo propiamente bioético/genético, con numerosas páginas dedicadas a introducir a los eventuales lectores no especializados en los principios básicos de la bioética y la descripción de los mecanismos de la transmisión genética y sus alteraciones.

Es en estos últimos capítulos donde se percibe más claramente la preocupación de la autora por el acontecer del desarrollo de la genética, donde se hace imprescindible la diferencia entre Ciencia y Tecnología, así como el alerta sobre la invasión e influencia de intereses económicos capaces de corromper el desarrollo de estos conocimientos o sus objetivos verdaderos.

No falta tampoco la expresión clara de su preocupación sobre la ecología y el futuro de nuestro hábitat.

No debe en cambio esperarse una discusión o desarrollo de dilemas éticos o casos concretos.

El breve capítulo final lo dedica a sus conclusiones: parece una síntesis clara y precisa de su pensamiento y los valores a que adhiere enfáticamente.

En fin, se trata de una obra excelente que ofrece muy interesante y variada información en el campo de la Filosofía de la Ciencia, y un desarrollo especial de todo lo vinculado a la genética y la bioética.

Si bien la autora incluye algunas definiciones básicas en lo referente a estas dos áreas del conocimiento, creo que la obra será más disfrutada por lectores con conocimientos previos en las mismas. **Daniel A. Manigot**

*Taylor's differential diagnosis manual – Symptoms and signs in the time-limited encounter* - Paul M. Paulman, Audrey A. Paulman, Jeffrey D. Harrison, Laeth S. Nasir, Kimberly J. Jarzynka (eds). USA: Wolters Kluwer Health – Lippincott Williams & Wilkins. 3<sup>rd</sup> Edition, 2014, 442 pp

El subtítulo de este Manual habla por sí solo: *Symptoms and signs in the time-limited encounter*. La artística de tapa es un reloj, más precisamente un cronómetro. Los editores son miembros del *Department of Family Medicine, University of Nebraska Medical Center, Omaha, Nebraska*. En sus 442 páginas y 18 capítulos, los autores abordan los principales signos y síntomas por aparatos y sistemas. El 1<sup>er</sup> Capítulo ofrece un título altamente sugestivo: *Principios del Diagnóstico en 10 minutos*. Intentemos contextualizar esto. ¿Es posible llegar a un diagnóstico en 10 minutos? Veamos.

Diez minutos parece ser la reivindicación de un grupo de profesionales médicos (<http://www.pacientesonline.com.ar/medicina/10minutos/index.php>), basados en la denominada *Plataforma 10 minutos para la atención mínima de tiempo por paciente*, fundada en la ciudad de Zaragoza, España. El documento allí elaborado tiene como objetivo dedicar “10 minutos al menos con nuestros pacientes, que es lo mínimo que recomiendan las sociedades científicas, 1200 pacientes por médico y no más de 25 pacientes por día”. Si bien el lema es ¡10 minutos, qué menos! es evidente que también se desea la promoción de la capacitación continua del médico y tender a una mejor organización del Sistema de Salud.

Es en este contexto donde el *Taylor's Differential Diagnosis Manual* ofrece respuestas a los profesionales de atención primaria que se enfrentan al reto de diagnosticar a sus pacientes sobre la base de molestias o quejas no siempre bien definidas y hasta confusas. Los pacientes no se presentan con insuficiencia respiratoria o cardíaca, refieren dificultad para respirar; no vienen quejándose que tienen lupus, vienen por dolor en las articulaciones y no toleran el sol. Así, el manual está organizado en torno a los síntomas, los signos, valores de laboratorio y los hallazgos de imágenes. El Capítulo 1, de solo dos hojas y con 5 referencias, debería ser leído y releído a lo largo de la profesión como antídoto contra un ejercicio profesional sin análisis crítico de la experiencia.

De ninguna manera este manual reemplaza otras fuentes de aprendizaje. Para una adecuada comprensión de sus contenidos, es necesario tener recursos cognitivos (información general, conceptos, principios, resolución de problemas, desarrollo de pensamiento crítico), psicomotores (aprendizaje de destrezas, procedimientos), y afectivos (actitudes, modo de relacionarse con el paciente y sus familiares). Bajo estas condiciones, la respuesta debería ser Sí, es posible llegar a un diagnóstico en 10 minutos, y la llave para ello debería ser tener acceso a fuentes de aprendizaje, tener los recursos mencionados y

tener el *Taylor's Differential Diagnosis Manual. Symptoms and signs in the time-limited encounter*. Veamos:

En primer lugar, debemos hablar de 10 minutos en promedio. Hay consultas que se solucionan en 2-3 minutos (en España se considera consulta a la mera actualización de recetas médicas) y otras que no se solucionan en 10 veces ese tiempo. Las ventajas de disponer de más tiempo para la atención de los pacientes son evidentes: se abordan más problemas y mejor; se prescribe en forma racional, se deriva menos; se puede hablar, escuchar, pactar con el paciente la mejor alternativa a sus problemas, aclarar sus dudas; se abordan mejor los problemas psicosociales, disminuye la re-consulta, mejora la comunicación y la confianza, básicas en la relación médico-paciente, etc. ([www.diezminutos.org](http://www.diezminutos.org)). En este punto es importante no perder de vista que el modelo “10 minutos” está concebido para Atención Primaria. Pero aun dentro de este ámbito, podemos encontrar dos escenarios: 1) población no envejecida; escasa problemática psicosocial y psiquiátrica; escasas marginación, inmigración y drogadependencias; nivel sociocultural alto; 2) población envejecida; alta prevalencia de problemas psicosociales y psiquiátricos; altos niveles de marginación, inmigración y drogadependencias; nivel sociocultural bajo o medio/bajo. Si a estos escenarios (ambos reales) agregamos una atención de número de pacientes/día inferior a 25 y superior a 40 respectivamente, los resultados son más que obvios.

Si sabemos que la eficiencia mide la obtención de resultados y la cantidad de recursos utilizados para obtener ese fin, donde el más eficiente será aquel sistema que proporcione un servicio de salud con el menor costo posible, de manera que sea financieramente sostenible. Y su vez, que la eficiencia se mide en términos de esperanza de vida, costo de salud como porcentaje del PBI per cápita, costo absoluto per cápita del sistema de salud (el gasto total en salud va destinado a cubrir tanto servicios preventivos como curativos, planificación familiar, nutrición y asistencia de emergencia), tenemos que España (donde surgió la iniciativa 10 minutos, léase mínimo 10 minutos) ocupa el 5<sup>to</sup> lugar en el mundo y el primero en Europa en cuanto a eficiencia. España se caracteriza por tener una sanidad pública financiada por impuestos con una cobertura completamente universal que extiende los servicios a toda la población. Sobre 48 países analizados, EE.UU. ocupa la posición número 46. Esto pone en evidencia los elevados costos del sistema de salud norteamericano: uno de los países más ricos del mundo gasta más en salud y obtiene como resultado menos de lo que obtienen el resto de naciones analizadas. Aún más sorprendente es que también deja a un gran porcentaje de la población

sin seguridad o pobremente protegidos en el caso de necesitar asistencia ([www.unitedexplanations.org](http://www.unitedexplanations.org)).

Por todo lo antedicho, es razonable que un determinado Sistema de Salud defina las características de su población para ofrecer Atención Primaria y dentro de un mismo país, que considere las diferencias regionales y poblacionales. El médico debe conocer no solo a su paciente individual sino también las características de la población a su cargo y el contexto en el que se desarrolla.

Está a cargo del lector de *Taylor's Differential Diagnosis Manual. Symptoms and signs in the time-limited encounter* dilucidar en qué caso individual y en qué contexto general es aplicable el modelo propuesto. Bajo esta premisa el Manual tiene el gran mérito de abordar el problema desde los síntomas y signos, un enfoque que corresponde a la vida real y no mediante enfermedades definidas, enfoque muchas veces omitido en los libros de texto tradicionales.

**Eduardo L. De Vito**

*The Washington manual of medical therapeutics. Hermant Godora, Angela Hirbe, Michael Nassif, Hannah Otepka, Aron Rosenstock (eds). USA: Wolters Kluwer Health – Lippincott Williams & Wilkins. 34<sup>th</sup> Edition, 2014, 1138 pp*

Este manual, cuyos editores son miembros del *Department of Medicine, Washington University, School of Medicine, St Louis, Missouri*, representa la 34<sup>a</sup> Edición de uno de los textos médicos más vendidos en el mundo. La primera edición data de 65 años atrás y a lo largo de sus ediciones se ha consolidado como un texto con información actualizada y consulta rápida. Hace ya varias ediciones que, debido a la necesidad de incorporar nuevos contenidos, el formato espiral fue abandonado. A lo largo de sus 1138 páginas el Manual está enfocado en la terapéutica, pero incluye aspectos fisiopatológicos y los basados en evidencias de diverso orden, suficientes como para hacer comprensible o justificar las propuestas terapéuticas. Todo esto hace que este Manual esté en la mesa del joven profesional de guardia. La tecnología digital ha permitido el acceso desde computadoras y teléfonos "inteligentes". Este formato lo convierte en un libro multimedia con un *eBook* interactivo.

El Manual consta de 28 capítulos y tres apéndices. El primer capítulo está dedicado al cuidado general del paciente hospitalizado. Así, conviven títulos como profilaxis de úlceras de decúbito y directivas sobre marcapasos y desfibriladores implantables. Es particularmente extenso el nuevo capítulo sobre toxicología, que provee una respuesta adecuada ante cualquier intoxicación, sobredosis, o una emergencia por exposición. El Apéndice A aborda las recomendaciones en inmunizaciones y tratamiento post exposición en EE.UU. El Apéndice B habla sobre el

control de infecciones y recomendaciones de aislamiento, recomendaciones más ampliamente aplicables en todo el mundo. El Apéndice C expone los algoritmos actualizados para el sostén vital cardíaco avanzado.

En general los capítulos son abordados en forma convencional según aparatos, sistemas y condiciones médicas diversas. Llama la atención la extensión que se le da a temas tales como infecciones transmitidas por garrapatas y mosquitos, zoonosis, heridas por mordeduras, incluidas las de humanos. Sin hacer un análisis minucioso de la frecuencia con que estas y otras condiciones deben enfrentar los médicos de guardia, es evidente que la misma puede variar ampliamente a lo largo del mundo.

Sin embargo, parece evidente que el contacto de los profesionales con el paciente muriente y su familia es una situación mucho más frecuente que las antedichas. No obstante, no hay en todo el Manual una sola mención sobre recomendaciones básicas de cómo afrontar esta traumática situación. No podemos desconocer que complejas pautas culturales y los modelos médicos hegemónicos diversos pueden influir, a la hora de escribir los títulos y en la extensión de los Capítulos, y en la selección de las prioridades.

Esta 34<sup>a</sup> Edición de *The Washington* pretende ofrecer un formato simplificado orientado a la terapéutica, con los últimos avances, con algoritmos de apoyo a las decisiones y consulta *web* de referencia rápida. Lo logra, y brilla por todo esto.

**Eduardo L. De Vito**