



MEDICINA

ANÁHUAC QUERÉTARO



ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

LA MEDICINA QUE NECESITAMOS: PRECISA, INNOVADORA Y PROFUNDAMENTE HUMANA

AUTOR: DR. ALFREDO DE JESÚS MANZANO GARCÍA.

DIRECTOR DE PROGRAMA ACADÉMICO, ESCUELA DE MEDICINA, DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD.
UNIVERSIDAD ANÁHUAC QUERÉTARO.

Cada edición de Evidentia es, en cierto modo, una fotografía del tipo de medicina que estamos aprendiendo a mirar. No solo de la medicina que se estudia en los libros o se ejerce en los hospitales, sino de aquella que se construye todos los días en la forma en que formulamos preguntas, interpretamos síntomas, revisamos evidencia, acompañamos pacientes y reconocemos los límites de nuestra propia mirada clínica.

Este número reúne temas aparentemente distintos: el resurgimiento del sarampión como amenaza persistente para la salud pública; la pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia severa; la fibrilación auricular como reto diagnóstico y terapéutico; la invaginación intestinal en niños; el uso de dapagliflozina en insuficiencia cardíaca; el potencial terapéutico de los bacteriófagos; la inteligencia artificial como herramienta auxiliar en el diagnóstico médico; la zuranolona frente a la depresión posparto; el estudio de fenómenos neurológicos como la sinestesia; y reflexiones profundas sobre cuidados paliativos, salud mental en educación médica, dignidad, poder y responsabilidad en la práctica clínica.

Sin embargo, detrás de esa diversidad hay una pregunta común: ¿qué tipo de medicina necesitamos hoy?

La respuesta no puede ser simple. Necesitamos una medicina precisa, porque el error diagnóstico, la omisión preventiva y la interpretación superficial de los datos siguen teniendo consecuencias reales. El sarampión nos recuerda que incluso los triunfos más sólidos de la salud pública pueden volverse frágiles cuando se debilitan la vigilancia epidemiológica, la vacunación y la confianza social en la ciencia. Una enfermedad prevenible que reaparece no es solo un fenómeno infeccioso; es también una advertencia sobre la memoria corta de los sistemas sanitarios y de las comunidades.

La precisión también es indispensable frente a los cuadros clínicos complejos. Una pancreatitis por hipertrigliceridemia severa exige reconocer mecanismos metabólicos, estimar gravedad y actuar de forma oportuna. Una fibrilación auricular no es solo una arritmia frecuente: es una condición que obliga a integrar riesgo embólico, comorbilidades, anticoagulación, control de frecuencia, control de ritmo y preferencias del paciente.

Una invaginación intestinal pediátrica demanda sensibilidad clínica para detectar a tiempo lo que puede ocultarse detrás de síntomas inicialmente inespecíficos. En todos estos casos, la medicina precisa no es la que acumula datos sin sentido, sino la que sabe distinguir qué dato importa, cuándo importa y por qué importa.

Pero la medicina que necesitamos no puede conformarse con ser precisa. También debe ser innovadora. La innovación no consiste únicamente en admirar lo nuevo, sino en evaluar críticamente aquello que promete transformar la práctica clínica. La inteligencia artificial, por ejemplo, ya no pertenece al terreno de la especulación futurista. Está entrando en los procesos diagnósticos, en la educación médica, en la interpretación de imágenes, en la organización del conocimiento y en la toma de decisiones. Pero su valor dependerá menos del entusiasmo tecnológico y más de nuestra capacidad para integrarla con responsabilidad, supervisión humana, criterio clínico y conciencia ética.

Lo mismo ocurre con otras fronteras terapéuticas. Los bacteriófagos reabren una conversación urgente ante la resistencia antimicrobiana, recordándonos que la medicina del siglo XXI quizá deba recuperar herramientas biológicas olvidadas para enfrentar problemas que nuestras propias prácticas han contribuido a crear.

La zuranolona, en el contexto de la depresión posparto, representa otra forma de innovación: aquella que atiende condiciones históricamente subestimadas, cargadas de estigma y muchas veces invisibilizadas dentro de la experiencia materna. Innovar, entonces, no es solo inventar tecnologías; también es mirar con mayor justicia clínica aquello que antes no supimos ver.

Y precisamente por eso, la medicina que necesitamos debe ser profundamente humana. Esta edición insiste, de manera directa o indirecta, en que el conocimiento médico pierde parte de su sentido cuando se separa de la dignidad de la persona. La carta a la comunidad sobre dignidad, poder y responsabilidad en la práctica clínica señala un punto incómodo pero necesario: la relación médico-paciente no ocurre en el vacío. Está atravesada por sesgos, jerarquías, silencios y formas sutiles de incredulidad. Cuando el dolor de una mujer se minimiza, cuando un síntoma se psicologiza prematuramente, cuando la autoridad clínica sustituye a la escucha, la medicina deja de ser prudente y se vuelve injusta.

Humanizar la medicina no significa hacerla menos científica. Al contrario: implica ejercer una ciencia más completa. Una ciencia que reconoce que el sufrimiento no siempre cabe en una escala, que la vulnerabilidad no es una falla moral y que escuchar bien también es una competencia clínica.

En cuidados paliativos, esta verdad se vuelve especialmente evidente. Acompañar a una persona cuando curar ya no es posible no representa una derrota de la medicina; representa una de sus expresiones más altas. La excelencia médica no se mide únicamente por la capacidad de prolongar la vida, sino por la capacidad de cuidar con inteligencia, compasión y respeto cuando la vida se vuelve más frágil.

Esta dimensión humana también debe alcanzar a quienes se están formando para ejercer la medicina. Hablar de salud mental y profesionalismo en educación médica no es una concesión generacional ni una moda pedagógica. Es reconocer que ningún sistema formativo puede aspirar legítimamente a producir médicos empáticos, éticos y competentes si normaliza el agotamiento, el silencio emocional, la humillación o la competencia desmedida como supuestos requisitos de excelencia. La educación médica tiene que ser rigurosa, sin duda; pero el rigor no debe confundirse con desgaste evitable. Formar médicos implica formar criterio, carácter, sensibilidad y responsabilidad. Ninguno de esos atributos florece plenamente en ecosistemas que enferman a quienes pretenden educar.

Como escuela de medicina, tenemos la obligación de sostener una tensión difícil pero fecunda: enseñar ciencia sin arrogancia, promover innovación sin ingenuidad y defender el humanismo sin caer en lugares comunes. La medicina no necesita elegir entre tecnología y compasión, entre evidencia y dignidad, entre precisión diagnóstica y escucha clínica. Lo que necesita es integrar esas dimensiones con madurez.

Por eso, este número de Evidentia puede leerse como una invitación a pensar la medicina desde sus bordes más relevantes: el borde entre salud pública y responsabilidad social; entre diagnóstico y sesgo; entre innovación y prudencia; entre formación exigente y bienestar; entre curar y cuidar. En esos bordes se juega buena parte del futuro de nuestra profesión.

La medicina que necesitamos no será únicamente la que tenga mejores algoritmos, nuevos fármacos o técnicas más sofisticadas. Será aquella capaz de usar todo eso sin olvidar lo esencial: que cada decisión clínica afecta una vida concreta; que cada estudiante se forma dentro de una cultura que puede fortalecerlo o quebrarlo; que cada avance terapéutico debe evaluarse con rigor; y que cada paciente merece ser tratado no como un caso, sino como una persona cuya historia exige atención, respeto y responsabilidad.

Esa es la medicina que vale la pena enseñar. Esa es la medicina que vale la pena investigar. Esa es la medicina que, desde nuestras aulas, hospitales y comunidades, debemos seguir construyendo.