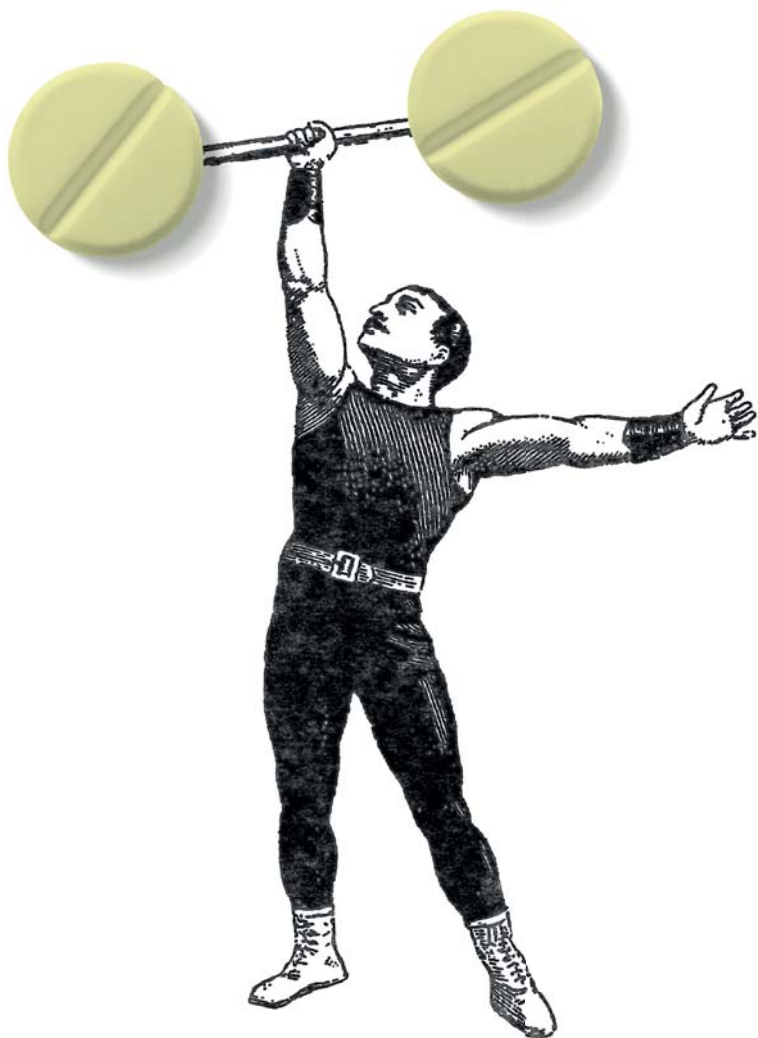


¿Qué es la vida saludable?

J. M. Mulet

Mitos y verdades sobre la salud
para vivir más y mejor



J. M. Mulet

¿Qué es la vida saludable?

Mitos y verdades sobre la salud
para vivir más y mejor

© J. M. Mulet, 2019

© Editorial Planeta, S. A. (2019)
Ediciones Destino es un sello de Editorial Planeta, S.A.
Diagonal, 662-664. 08034 Barcelona
www.edestino.es
www.planetadelibros.com

Primera edición: septiembre de 2019

ISBN: 978-84-233-5603-4
Depósito legal: B. 15.801-2019
Impreso por Limpergraf
Impreso en España-*Printed in Spain*

El papel utilizado para la impresión de este libro es cien por cien libre de cloro y está calificado como papel ecológico.

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

ÍNDICE

<i>Introducción</i>	11
Medicina de la general.	15
Ese oscuro objeto del placebo.	34
Ha nacido un mito	43
¿Quién teme a las vacunas?.....	72
Educando a tus hijos	82
Leyendas y pasión	94
La piel que habitamos	107
Medicinas del pasado.	124
La vuelta al mundo en ochenta medicinas	135
Hierbas y homeopatía. De dilución también se vive	150
Todos dicen es benigno	168
Esa maldita química, esas malditas radiaciones.	184
Mitos para sus ojos.	201
La edad del medio maratón	218
El fin y los mitos.	234
Epílogo: cuida tu salud	249
Índice de mitos	251

MEDICINA DE LA GENERAL

¿Qué engloba lo que llamamos medicina? ¿Por qué algunas prácticas llevan una coletilla en el nombre como alternativa o natural? ¿Por qué algunas se estudian en la facultad de Medicina o pertenecen a una especialidad médica reconocida y otras no? Estas son dudas que le pueden surgir a cualquiera, distinguir lo que es medicina de lo que no lo es. Pero hay otras de carácter más práctico. Por ejemplo, cuando un médico te receta un tratamiento, ¿cómo sabe qué pastilla tiene que darte? ¿Son acaso Asclepio, Imhotep o san Lucas (los dioses de la medicina griego, egipcio y el patrón católico de los médicos, respectivamente) los que le susurran al oído el nombre del medicamento y deciden qué tratamiento es válido o qué tratamiento no?

La realidad es más prosaica, y no depende de ninguna entidad sobrenatural. La medicina, como muchas otras ramas de la ciencia, se basa en la experimentación. Sin embargo, los experimentos son un poco complicados, puesto que implica hacer pruebas en seres humanos. Normalmente, cuando se descubre un fármaco nuevo, se hace gracias a un sistema eliminatorio. Por ejemplo, se descubre una molécula de una planta o de síntesis química que es muy efectiva contra una bacteria patógena, por lo que podría ser un antibiótico. Primero se hacen prue-

bas en tubo de ensayo. Luego se hacen pruebas en animales, tratando de determinar su toxicidad y la dosis efectiva. Cuando estos experimentos nos indican que el fármaco es seguro, empiezan las pruebas con pacientes. Para saber si un fármaco o un tratamiento es efectivo se suelen hacer experimentos llamados de doble ciego. Eso quiere decir que se utilizan el fármaco de prueba y algo que se le dice al paciente que es un fármaco sin serlo. Ni el paciente ni el médico saben cuál es uno y cuál es el otro, para evitar que la subjetividad o las propias ansias de curarse influyan en el resultado. Cuando un fármaco o un tratamiento funcionan en uno de estos ensayos se considera que el tratamiento es válido, puesto que tenemos un ensayo que avala su uso. En cambio, si en los experimentos no funciona mejor que los controles, o bien tiene una toxicidad o unos efectos secundarios que hace que no sea seguro, se descarta su uso. A muy grandes rasgos así es como funciona un experimento en medicina. Todo lo que supera este tipo de experimentos se considera un tratamiento médico válido y se incorpora a los protocolos que se utilizarán en esta. A todo lo que no supera esta fase no se le puede llamar medicina, porque no hay ninguna prueba de que funciona. Si alguien se empeña en seguir usándolo, lo llamamos pseudomedicina.

1. LA MEDICINA ES UNA CIENCIA EXACTA E INFALIBLE

Falso. Las matemáticas se llaman también ciencias exactas. Por un motivo: $2 + 2$ siempre sumarán 4. Ya le puedes dar las vueltas que quieras, utilizar los argumentos que quieras o apelar a algún voto particular de una sentencia del Tribunal Constitucional, $2 + 2$ seguirán siendo 4.

Esta exactitud podemos encontrarla en otras ramas de la ciencia. Por ejemplo, si vas en un coche a cien kilómetros por hora, en una hora habrás recorrido cien kilómetros, y en dos horas, doscientos, puesto que el espacio es igual a la velocidad por el tiempo, y esto es exacto... salvo que vayas a velocidades próximas a la de la luz, que ahí las cosas se complican un poco más, o que seas un electrón, donde eso deja de ser exacto, pero digamos que, a ciertos niveles, hay exactitud. En cambio, en medicina no se puede trabajar con exactitudes. Cuando a alguien le diagnostican una enfermedad, sobre todo una enfermedad grave, y le ponen un tratamiento, no le dicen usted se va a curar o esto no tiene solución, sino que se habla de que tiene un porcentaje de éxito. Esto es debido a que el cuerpo humano es un sistema muy complejo. Un mismo tratamiento puede funcionar en una persona y no funcionar en otra por diferentes motivos genéticos o ambientales. De muchos fármacos de los que tenemos en uso no conocemos su mecanismo de acción, es decir, no sabemos exactamente por qué funcionan, pero sabemos que cuando hacemos experimentos controlados funcionan mejor que el placebo.

El problema que puede surgir es que a veces los experimentos no son perfectos. Un fármaco puede funcionar en hombres y no en mujeres, o puede funcionar en asiáticos y no en europeos. Además, un experimento de doble ciego tiene unos límites de tiempo y de pacientes que participan en él, por lo que la información que aporta puede ser incompleta (por ejemplo, que un fármaco funcione bien hasta los tres meses, pero que a los seis sea tóxico). Para evitar esto se hacen metaanálisis, que son un tipo de estudios en los que se recopila toda la información de los diferentes estudios para tener una visión más completa. Incluso existe una fundación, la Cochrane

Collaboration, que se dedica a estudiar todos los análisis sobre una determinada terapia para un tratamiento concreto. Con toda esa información se hace un análisis estadístico y se evalúa la eficacia de una terapia. Luego se realizan informes, que puede consultar cualquiera que visite el sitio web <www.cochrane.org>, donde se explica si la terapia es efectiva, si hay pruebas sólidas que avalen su eficacia o si puede ser contraproducente. Los informes de la fundación Cochrane se consideran la evidencia científica más relevante en el campo de la medicina, principalmente porque no se basan en un solo estudio, sino en todos los que hay disponibles.

Y no olvidemos que se hacen experimentos continuamente, eso explica por qué muchos tratamientos cambian cada cierto tiempo y que a veces se diga una cosa y más adelante se cambie y se diga la contraria. Esto es debido a que el nuevo conocimiento puede desplazar al antiguo, pero lo que tiene que estar claro es que cuando te sometes a un tratamiento médico deben ofrecerte la mejor terapia posible para esa enfermedad según el conocimiento disponible en ese momento. Y también hay que considerar que existe una farmacovigilancia sobre los medicamentos autorizados por si surgiera alguna alerta o algún efecto que no se hubiera detectado en las pruebas.

2. LOS MÉDICOS SON INFALIBLES

Ojalá, pero no. Los médicos, como cualquier profesional, pueden meter la pata. Bien sea por equivocación, por tener un mal día o por incompetencia. Eso no quiere decir que si tienes mala suerte y te toca un mal médico, o un buen médico con un mal día, no tengas más remedio que aguantarte.

Para empezar. Vas al médico y no te gusta lo que te dice, o no te lo crees, porque te da un diagnóstico o un tratamiento que no te convence, o te ha dado una mala noticia que te cuesta asimilar. Tienes todo el derecho del mundo a una segunda opinión médica, es decir, puedes ir a otro médico y ver si confirma o no el diagnóstico del primer médico. Si los dos coinciden, hazte a la idea que debes de tener lo que te dicen.

Otra circunstancia desagradable es que seas víctima de un error médico, o de un medicamento que tiene un efecto secundario con el que no se contaba. Ahí tampoco estás desprotegido. Todos los médicos, por el hecho de estar colegiados, están obligados a suscribir un seguro que te cubre en caso de mala praxis. Además, si piensas que has sido víctima de un error, siempre puedes acudir a un juzgado. Por lo tanto, como paciente, tienes unos derechos y unas garantías cada vez que acudes al médico.

Dicho esto, lo que he explicado hasta aquí son fallos puntuales de la medicina, que pueden depender de un mal médico o de un mal día. Sin embargo, siguen existiendo fallos más estructurales que, a pesar de los muchos controles que se aplican y de que cada día tenemos mejores medios, siguen existiendo. Sacar un medicamento al mercado es muy caro, y en la mayoría de los casos lo hacen compañías privadas. Hablamos de decisiones de cientos de millones de euros. Una vez que el fármaco ha salido a la venta hay que recuperar la inversión, no solo de ese medicamento, sino de los otros muchos medicamentos en los que se ha investigado pero nunca han salido al mercado por no haber superado las pruebas. Eso hace que a veces se invierta más en marketing que en investigación y desarrollo. A veces hay prácticas que bordean lo éticamente correcto, lo que, en algunos casos, puede incidir en la salud de los pacientes. Algunas de esas malas prácticas son las siguientes:

El sesgo de publicación. En las revistas científicas existe una tendencia a publicar los resultados positivos, no los negativos. Muchos resultados negativos que podrían ser relevantes para determinar la eficacia de un medicamento (casos en los que NO ha funcionado) no están disponibles en la literatura, y cuando alguien busque información solo va a encontrar resultados positivos. Una vuelta de tuerca de este sesgo es el *attributional spin*. Muchos estudios financiados y llevados a cabo por la industria para validar determinado producto luego son presentados por académicos que hacen de cara visible del estudio, minimizando el papel de la industria, que ha sido determinante en el momento de planificar y diseñar el estudio. Un caso reciente fue el del oncólogo Josep Baselga, director del Memorial Sloan Kettering Cancer Center de Nueva York, que tuvo que dimitir por no haber hecho pública su relación con la industria en la mayoría de estudios que publicaba.¹

Publicidad encubierta. En medicina, como en YouTube o en Instagram, también hay *influencers*, o gente de reconocido prestigio en la profesión cuyas opiniones influyen en otros profesionales a la hora de tomar ciertas decisiones. Se les suele llamar *key opinion leaders*. Normalmente, estos profesionales suelen ser muy reconocidos y con frecuencia son bien tratados por la industria para que hablen bien de determinados productos o para que hagan publicaciones científicas en revistas médicas sobre determinados temas. De hecho, hay muchos casos de *ghost writing* (lo que en España se llama un negro literario) que escriben artículos para que una de estas eminencias los firme. Por ejemplo, en octubre de 2017 una

1. <<https://www.agenciasinc.es/Reportajes/Conflictos-de-interes-que-empanan-carreras-cientificas>>.

investigación periodística reveló que dieciocho médicos recibieron más de 50.000 euros cada uno de una sola farmacéutica.² Y más preocupante que las revistas médicas son las guías clínicas, que vienen a ser como manuales de consulta para uso de los médicos, donde puede recomendarse que se recete un medicamento en vez de otro sin mencionar un conflicto de interés.

Marketing agresivo. Las empresas farmacéuticas tienen visitadores médicos, y organizan cursos de formación y congresos médicos donde, con la excusa de la formación o de actividades científicas, se organizan actividades recreativas para promocionar determinados productos. Aunque esto cada vez está más controlado, sigue habiendo prácticas peculiares, y voy a poner un caso personal. Me han invitado dos veces a dar charlas en congresos médicos. En ninguna de las dos he cobrado. En el primero me pagaron el viaje y el hotel. En el avión viajaba con un montón de médicos que iban al mismo congreso. Cuando llegamos al aeropuerto nos esperaba alguien de la organización con un cartel con el logotipo del congreso, pero me quedé solo. El resto de mis compañeros de viaje se fueron hacia otra persona que llevaba un cartel con el logotipo de una empresa farmacéutica. Aunque a mí me trataron muy bien y no tengo ninguna queja, sospecho que los médicos que fueron al otro cartel recibieron mejores atenciones y algún que otro regalo promocional. A mí me dieron un cuaderno, un lápiz y una bolsa que todavía utilizo para ir al supermercado. Es más de lo que dan en muchos congresos de bioquímica o de biotecnología vegetal. Al otro congreso al que fui invitado directamente me pidieron que yo me buscara el patrocinador para costearme el viaje.

2. <<https://civio.es/medicamentalia/2018/10/09/18-medicos-recibieron-mas-de-50000-euros-de-una-sola-farmacautica-en-2017/>>.

Y por último está el tema de las sociedades científicas y profesionales, que a veces hacen prácticas dudosas. Sin ir más lejos, hemos visto galletas con anagramas de sociedades de pediatras, o suplementos con cantidades irrisorias de ácidos grasos omega 3 que llevaban impresos anagramas de asociaciones de cardiólogos. Esto no hace más que sembrar dudas y hablar mal de determinados gremios. Y ojo también, porque las asociaciones de médicos están sujetos a algún control, pero ¿qué pasa con las asociaciones de pacientes? Pueden ser un blanco fácil o ser partícipes de determinadas prácticas deshonestas, como movilizarse por un determinado producto o participar en actos promocionales. Un ejemplo claro fue la estafa del Bio Bac, ya que este producto no estaba sometido a ningún tipo de control y se vendía como remedio para el cáncer (entre otras dolencias) y tuvimos a diferentes asociaciones haciendo campaña por su legalización.

Por lo tanto, hay prácticas irregulares dentro de la medicina y conflictos de intereses que nada tienen que ver con el objetivo principal, que es recuperar la salud de los enfermos utilizando las terapias más efectivas. Sin embargo, los fraudes al final se destapan y, en general, cuando algo funciona, se queda, y cuando no, se elimina.

3. EN LOS EXPERIMENTOS MÉDICOS SE MALTRATA A SERES HUMANOS

Falso, aunque todo hay que decirlo, alguna vez ha sido cierto. En el pasado se han hecho experimentos médicos con condenados a muerte, o con prisioneros de campos de concentración. Por ejemplo, durante la segunda guerra mundial se hicieron experimentos terriblemente crueles con prisioneros para caracterizar la resistencia al frío

del cuerpo humano, entre otros aspectos.³ El dilema ético es que esos datos siguen citándose y han servido para salvar miles de vidas a pesar de que hay todo un debate alrededor del uso que debería hacerse de estos datos,⁴ pero es obvio que hoy sería inadmisibles repetir experimentos así. Experimentos similares se hicieron en Japón... o en Estados Unidos, donde en Tuskegee (Alabama) se negó el tratamiento a afroamericanos que sufrían sífilis para tener una descripción completa de la evolución de la enfermedad, lo que hizo que muchos murieran o que la infectaran. También se han hecho experimentos médicos en países donde los controles éticos son más laxos.

Sin embargo, a pesar de que esa historia negra es cierta, hoy por hoy eso sería impensable. La primera norma de un médico es *primum non nocere*, es decir, ante todo, no hacer daño. Cuando un paciente participa en un experimento médico debe firmar un consentimiento informado en el que manifiesta que sabe que está participando en un experimento. Tampoco es cierto pensar que si, por ejemplo, es un ensayo para una enfermedad grave, como un cáncer, al paciente que está en el grupo de control no se le da tratamiento. En ese caso el placebo es el tratamiento actual, mientras que a los que forman parte del grupo del experimento se les da el tratamiento que se prueba. Esto podría suponer un problema. Imaginemos que el experimento que planteamos es ver si algo es perjudicial. Por ejemplo, si el tabaco produce cáncer. Lo que no podríamos hacer es poner a fumar a gente que no fume para ver qué efectos produce sobre su salud, porque si el resultado fuera positivo habríamos perjudicado

3. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26749461>>.

4. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15549970>>.

a unos pacientes haciéndolos fumar. Por eso, en estos casos, se hacen estudios observacionales o estudios de cohorte, en los que se observa a gente que por su cuenta y riesgo se ha expuesto a determinada práctica o método. Por ejemplo, en el siglo XVIII, el doctor Percivall Pott se dio cuenta de que los niños que trabajaban como deshojadores en Londres, en un régimen de esclavitud y maltrato que tan bien retrató Charles Dickens en sus novelas, solían desarrollar cáncer en el escroto. Y lo relacionó con el hecho de que para poder pasar por las estrechas chimeneas iban desnudos, por lo que estaban continuamente expuestos al hollín. Como dejó escrito en 1775, «su destino es particularmente cruel, desde su más tierna infancia son maltratados y sometidos al hambre y al frío, para luego ser lanzados a estrechas chimeneas todavía calientes donde sufren raspaduras, quemaduras o asfixia, y cuando llegan a la pubertad casi todos sufren de una dolorosa y fatal enfermedad». Esto es un fragmento (traducción propia) de su obra *Observaciones quirúrgicas relativas a las cataratas, los pólipos de la nariz, el cáncer de escroto y los diferentes tipos de ruptura y modificaciones del pie y los dedos del pie*, que constituye una de las primeras descripciones de una enfermedad laboral que tenemos en la literatura médica. En 1950, en un estudio clásico de Richard Doll y Bradford Hill,⁵ se comprobó que los médicos que fumaban tenían más propensión a coger un carcinoma de pulmón, y así fue como tuvimos la primera evidencia de que fumar produce cáncer. En estos casos obtuvimos la información no a base de experimentos, sino a base de observación y de un análisis detallado de los datos, por lo que no hizo falta dañar a nadie, sino fijarse en quién estaba recibiendo daño por

5. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14772469>>.

voluntad propia o por determinadas circunstancias ajenas a la práctica médica. Por lo tanto, en la investigación médica se cura, no se hace daño.

4. ¿SON LOS MEDICAMENTOS

LA TERCERA CAUSA DE MUERTE?

No. Los números no cuadran. Ya sé que esta tesis es defendida por determinados autores, que sostienen que los medicamentos matan a más gente de la que salvan, y que circula un dato alarmista de que los medicamentos ya son la tercera causa de muerte en Estados Unidos. Entre los que defienden esta postura destaca Peter Gotzsche, autor del libro *Medicamentos que matan*. Las críticas de Gotzsche se centraron originalmente en la eficacia de los antidepresivos y en el valor terapéutico de las mamografías, críticas que, en parte, podrían estar justificadas. Sin embargo, en su libro su crítica es general, y habla de medicinas mortales y crimen organizado, lanzando unos datos muy preocupantes sobre la mortalidad asociada al uso de medicamentos. Cuenta que cien mil personas murieron a causa de medicamentos que tomaron correctamente y otros cien mil a causa de tomar dosis demasiado altas de medicamentos o debido a contraindicaciones. Si se comparan estos datos con el número total de muertes por todas las causas, Gotzsche asume que la iatrogenia (efectos no deseados de los medicamentos) son la tercera causa de muerte. Un pequeño detalle: ¿de dónde saca los datos? Cita varias fuentes. La que da estos números es un estudio de Weingart del año 2000.⁶ Si vamos a ese artículo veremos que, a su vez, se basa en un artículo de Johnson y Bootman de 1995 que utiliza

6. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10720365>>.

un modelo de probabilidad (es decir, una estimación basada en un modelo matemático), por lo que los mismos autores asumen que puede ser una cifra muy exagerada.⁷ Los números empiezan a no cuadrar. Existe otro estudio del año 2000 firmado por Starfield que da cifras similares,⁸ pero volvemos a tirar de otras fuentes y a extrapolar, en este caso de Lazarou (1998)⁹ y Leape (1992).¹⁰ Sin embargo, en los estudios originales se dan cifras mucho más conservadoras (entre 76.000 y 137.000). Además, en una revisión de este artículo, se le reprocha falta de rigor a la hora de recopilar datos,¹¹ ya que incluye como muertes causadas por medicamentos suicidios, asesinatos, sobredosis por drogas y accidentes, por lo que no estamos hablando del uso de medicamentos tomados de forma correcta. Las cifras más reales, para Estados Unidos, serían de quinientas personas al año, que subirían a siete mil novecientas personas al año como víctimas de errores médicos, que sí, son cifras altas, pero muy lejos de los números que se denuncian. Además, hay que tener en cuenta que el caso de Estados Unidos, donde la sanidad es privada, no sería extrapolable a un país con sanidad pública, dado que en los países con sanidad privada se suelen recetar más tratamientos, muchas veces innecesarios. Por lo tanto, toda la teoría de la elevada mortalidad de los medicamentos está basada en una estimación, y no en datos reales. Y además coge los datos que más le convienen e ignora el resto, precisamente ignora los datos que indican que las cifras pueden ser exageradas. Por lo que ya tenemos claro que solo busca asus-

7. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7575048>>.

8. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10904513>>.

9. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9555760>>.

10. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1599594>>.

11. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11104449>>.

tar, o que trata de impedir que la realidad le estropee las ventas de un libro.

5. LA MEDICINA ALTERNATIVA, LA COMPLEMENTARIA Y LA INTEGRATIVA SON MEDICINA

Falso. La medicina no necesita apellidos. Por lo tanto, cuando una medicina lleva un apellido, empieza a sospechar. El cómico Tim Minchin dice en uno de sus monólogos: «¿Sabes cómo se llama una medicina alternativa que se ha demostrado que funciona? Medicina». Es cierto que algunas terapias han empezado dentro del campo de las medicinas naturales o tradicionales y, cuando se ha comprobado su eficacia, han sido incorporadas a la medicina, como, por ejemplo, la artemisia, una planta que se utilizaba en medicina tradicional para el tratamiento de la malaria. Sin embargo, si una terapia sigue englobada dentro de estas denominaciones es porque no se ha probado o porque cuando se ha probado no ha funcionado.

No obstante, la gente que defiende este tipo de terapias ha ido cambiando subrepticamente su estrategia. Originalmente se llamaban terapias alternativas, es decir, *en vez de la terapia*. Esta nomenclatura era contraproducente para los propios defensores de estas prácticas, ya que era muy obvio que, al autoproclamarse alternativos, están proponiendo algo diferente a la medicina, y esto puede ser problemático cuando alguien se deja un tratamiento válido para utilizar una *alternativa*. Cuando digo «problemático» no hablo de la salud del paciente, sino de las implicaciones legales para el terapeuta. La salud del paciente siempre está comprometida cuando se utiliza una terapia sin evidencia científica.

Después de la medicina *alternativa* se popularizó el

nombre de medicina *complementaria*, es decir, *además de*. La idea no era sustituir una por la otra, sino utilizar las dos a la vez. Esto es una hábil estrategia de marketing. Para empezar, te evitas acusaciones de que induces a abandonar una terapia sin perder clientes. Y por otra, siempre ganas. Si viene un cliente con una enfermedad grave y se cura utilizando terapias complementarias a la vez que terapias efectivas, pues siempre puedes decir que es gracias a la terapia complementaria. Y si el paciente no supera la enfermedad grave, pues tienes la prueba de que la medicina oficial falla y no lo ha podido salvar. Como cuando tiras una moneda y dices «cara, gano yo; cruz, pierdes tú».

En los últimos tiempos se ha dado un paso más, y ahora se llama medicina *integrativa*. Aquí tenemos una vuelta de tuerca al concepto de complementaria, solo que ya no pretende ser un complemento, sino ponerse en pie de igualdad con la medicina, es decir, que se utilicen las dos indistintamente. Esto suena bonito, pero no lo es. Si fuera efectivo no habría que integrarlo, pues ya estaría dentro. ¿Tenemos algún tratamiento alternativo que sea mejor o más efectivo que un tratamiento médico? La respuesta es no, puesto que si fuera un tratamiento válido sería medicina. Por lo tanto, quieren hacer creer que algo que no funciona, funciona. Así que está claro: que no te líen, medicina solo hay una y no necesita apellidos.

6. LA MEDICINA ALTERNATIVA, INTEGRATIVA O

COMPLEMENTARIA ES INOCUA Y NO TIENE EFECTOS
SECUNDARIOS

Falso, pero hay que ir caso por caso. Esta denominación engloba prácticas muy distintas. Algunas no tienen nada de inocuas y pueden producir efectos secundarios, como algu-

nos preparados de fitoterapia o de medicina ayurvédica, que pueden contener sustancias tóxicas, o algunos de los giros de cuello que se utilizan en la quiropráctica, que pueden ser perjudiciales o causar lesiones graves. Sin embargo, muchas de las infusiones que se utilizan en fitoterapia, o los zumos, pases de manos, oraciones o pastillas de azúcar que se utilizan en otras disciplinas no suponen, objetivamente, un perjuicio para la salud, así que podríamos decir que son inocuas... pero no lo son. Existe algo llamado el coste de oportunidad. En muchas enfermedades graves, cuanto antes se inicie el tratamiento, más probabilidades tienes de que funcione. Si, cuando se presenta la enfermedad grave, en vez de iniciar un tratamiento efectivo, utilizas un tratamiento que no lo es, lo que pasa es que la enfermedad sigue su curso, por lo que cuando quieras utilizar el tratamiento convencional puede que ya sea demasiado tarde. Un ejemplo famoso es el de Steve Jobs, que tenía un cáncer de páncreas operable (aunque hay que recordar que es uno de los cánceres con peor pronóstico) y prefirió seguir una dieta a base de zumos. Cuando quiso operarse, el cáncer ya se había extendido demasiado y no era operable. Por lo tanto, los zumos no lo mataron, pero creer que los zumos iban a curarlo ayudó a que el cáncer se extendiera y contribuyó decisivamente al fatal desenlace.

7. LO QUE LE FUNCIONA A MI CUÑADO ME FUNCIONA A MÍ

Falso. Este es uno de los mitos contra los que más tienen que luchar los médicos de familia cada día. Ya sabemos que en una barra de bar y con dos carajillos en el cuerpo todos somos expertos en economía y conocemos la manera de acabar con el paro, o, en el caso del fútbol, sabemos cómo hacer para ganar el mundial. Sin embargo, lo

malo es que esta sabiduría se extiende también a cuestiones de salud. Y es un tema de conversación habitual cuando te encuentras con tu vecina en el supermercado, o con los parroquianos de tu bar habitual o durante las comidas familiares: la gente habla de sus problemas de salud y de qué pastillas se está tomando. En este tipo de charlas tendemos a empatizar y a identificarnos con el contertulio, y es frecuente que cuando describe los síntomas, en muchos casos, pienses que a ti te pasa lo mismo y, ya puestos, si te dice que se ha tomado algo, ¿por qué no te lo tomas tú también? Eso implica que tu contertulio y tú os habéis ahorrado seis años de carrera y un MIR y os habéis convertido en los reyes del diagnóstico. A ver. Esto es muy peligroso. Para empezar, dos enfermedades diferentes pueden tener los mismos síntomas o muy parecidos, por eso muchas veces el médico de cabecera no empieza el tratamiento, sino que te pide que te hagas diferentes pruebas. ¿Quién te asegura que lo que parece lo mismo realmente lo sea? Y luego, puede que un médico tenga diferentes tratamientos para una misma dolencia, pero que recete uno u otro en función de la edad, de si hay alguna alergia o del estado general del paciente. Así que puede darse el caso de que los dos tengáis lo mismo, pero que tu cuñado o cuñada se esté tomando algo que a ti te pueda sentar fatal. Por lo tanto, con el cuñado se puede solucionar el tema de Cataluña, de la corrupción política o los problemas de la liga de fútbol, pero, para temas de salud, mejor ir a un médico.

8. INTERNET ES UNA BUENA FUENTE DE INFORMACIÓN MÉDICA

Puede serlo, pero ¿sabrías distinguir la información buena de la mala? En internet hay páginas como Medline,

que depende de la Oficina de Salud de Estados Unidos, dedicada a dar información fiable y sencilla como guía u orientación. También hay bases de datos de publicaciones científicas que incluyen publicaciones de medicina, como Pubmed, Scholar Google o, en castellano, Dialnet. O incluso la fundación Cochrane, esa que he mencionado antes, que revisa toda la información disponible y emite informes que se consideran la información más fiable y se dedica también a publicar informes sobre si cierta terapia es efectiva o no y tiene también parte de su información disponible en castellano. Pero sospecho que, si tienes la costumbre de buscar sobre síntomas o enfermedades en internet, estas páginas no serán las primeras que te salgan en el buscador. Además, de todas estas, solo Medline está pensada para el gran público, pero la mayoría de información que ofrece está en inglés, aunque en los últimos años haya incluido bastante material en castellano. Sin embargo, en las otras páginas la información está pensada para especialistas y tienes que filtrar mucho.

Si vas a internet a buscar problemas médicos tienes muchas posibilidades de caer en una página cuya información sea poco fiable o, directamente, falsa. Puede que leas sobre tratamientos mágicos del cáncer, o remedios caseros para enfermedades de la piel que te pueden producir una urticaria, o que llegues a una página que te recomiende comprarte medicamentos carísimos. De hecho, hace unos años, el portal de noticias científicas Real Clear Science publicó una lista sobre fiabilidad científica de la información que se podía encontrar en diferentes páginas de internet y, curiosamente, en la categoría de información basura se encontraban un portal de noticias sensacionalistas, uno de alimentación ecológica y dos dedicados a consejos médicos sobre medicinas integrativas.

Dado que estas páginas tienen una evidente finalidad comercial —a diferencia de las anteriores, que son una herramienta para médicos y científicos—, lo más probable es que en una búsqueda sobre salud en internet acabes en alguno de estos pozos negros del rigor científico.

Y aquí viene el segundo problema. Los médicos de familia y pediatras cada vez se quejan más del doctor Google, es decir, del hecho de que mucha gente llegue a la consulta después de haber hecho sus propias averiguaciones y de que nada más entrar les digan poco menos que «hola doctor, tengo esto y quiero que me recete esto». Esto viene a ser como la versión *onánica* de uno de los diálogos de cuñados del apartado anterior. A ver, ya que has ido al médico, y va a cobrar, pues deja que se gane el sueldo y que luzca los estudios y los años de experiencia. Así que, una vez en la consulta, mejor que te examine, te dé su diagnóstico y te recete lo que piensa que va a ser mejor, que, a fin de cuentas, ese es su trabajo, no el tuyo.

Todo sea dicho, no te sientas culpable si lo has hecho alguna vez. En todo el mundo, consultar los síntomas con el doctor Google es una costumbre muy extendida, tanto que se ha convertido en una herramienta para predecir la aparición de epidemias. Relacionar los datos de búsqueda que hace la gente con la localización geográfica es una herramienta que puede predecir una epidemia antes que la gente vaya al médico y empiecen a notificarse los casos.¹² Google llegó a tener dos páginas operativas destinadas a ver tendencias de gripe y de dengue en tiempo real, aunque han dejado de ser públicas. Pero se puede refinar cualquier utilidad. Google parece gratis, pero no lo es. Realmente estás intercambiando un servicio de búsqueda por internet por tus datos. Todas las búsquedas en Google

12. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4664296/>>.

quedan registradas, y a toda esta cantidad ingente de datos se la llama el *big data*, y analizarlo puede tener utilidad desde el punto de vista de salud pública. Por ejemplo, se puede deducir fácilmente quién tiene un cáncer de páncreas buscando gente que haya buscado términos como «qué hacer si te diagnostican cáncer de páncreas», «tratamiento cáncer de páncreas» o «qué comer si tienes cáncer de páncreas». Una vez se han identificado (y, como se obtendrán los datos de todo Google, será mucha gente), pueden investigarse las búsquedas que esas mismas personas hacían las semanas anteriores (por ejemplo, si buscaban «dolor en el abdomen», «manchas en la piel», o «me siento cansado a toda hora»). Al analizar a millones de personas a la vez, se pueden encontrar los síntomas más comunes que nota una persona cuando tiene determinada dolencia y esto puede ayudar a hacer diagnósticos de forma cada vez más temprana.