

BESTSELLER DE *THE NEW YORK TIMES*
Descubre los alimentos científicamente probados
que previenen y curan enfermedades

COMER
PARA
NO
MORIR

MICHAEL GREGER
& GENE STONE

La gran mayoría de las muertes prematuras pueden
prevenirse con unos pequeños cambios en nuestra dieta
y nuestro estilo de vida

PAIDÓS

MICHAEL GREGER
CON GENE STONE

COMER PARA NO MORIR

Descubre los alimentos científicamente
probados que previenen y curan enfermedades

Título original: *How Not to Die*, de Michael Greger y Gene Stone Publicado originalmente en inglés por Flatiron Books

Traducción de Montserrat Asensio Fernández

1ª edición, mayo 2016

1ª edición en esta presentación, octubre 2018

© 2015 by Michael Greger

© 2016 de la traducción, Montserrat Asensio Fernández

© 2018 de todas las ediciones en castellano, Espasa Libros, S. L. U.,

Avda. Diagonal, 662-664. 08034 Barcelona, España

Paidós es un sello editorial de Espasa Libros, S. L. U.

www.paidos.com

www.planetadelibros.com

ISBN 978-84-493-3493-1

Fotocomposición: Víctor Igual, S. L.

Depósito legal: B. 18.703-2018

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 este 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). Dirijase 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.

Sumario

Prólogo.....	11
Introducción	17

PRIMERA PARTE

1. No morir de enfermedad coronaria.....	37
2. No morir de una enfermedad pulmonar.....	52
3. No morir de una enfermedad cerebral	66
4. No morir de un cáncer del aparato digestivo.....	89
5. No morir de una enfermedad infecciosa.....	107
6. No morir de diabetes	132
7. No morir de hipertensión arterial.....	158
8. No morir de una enfermedad hepática	180
9. No morir de un cáncer en la sangre	195
10. No morir de insuficiencia renal.....	206
11. No morir de cáncer de mama.....	221
12. No morir de depresión mayor.....	244
13. No morir de cáncer de próstata.....	259
14. No morir de enfermedad de Parkinson.....	275
15. No morir de causas iatrogénicas	290

SEGUNDA PARTE

Introducción	307
La Docena Diaria del doctor Greger	325
Legumbres.....	329

Bayas	341
Otras frutas	348
Verduras crucíferas	356
Verduras de hoja verde.....	363
Otras verduras	373
Semillas de lino.....	390
Frutos secos y semillas.....	394
Hierbas aromáticas y especias	402
Cereales integrales.....	424
Bebidas	434
Ejercicio físico	448
Conclusión.....	457
Agradecimientos	463
Apéndice: Suplementos dietéticos.....	465
Notas.....	471
Índice analítico y de nombres.....	661

CAPÍTULO 1

No morir de enfermedad coronaria

Imagine que unos terroristas desarrollasen un agente biológico que se propagara sin piedad y arrebatase la vida a, por ejemplo, casi 400.000 estadounidenses cada año. Eso equivale a una persona cada 83 segundos de cada hora de cada día, año tras año. La pandemia ocuparía todas las portadas a diario. Convocaríamos al ejército y reuniríamos a las máximas eminencias médicas para que dieran con una cura que pusiera fin al terrorismo biológico. En pocas palabras, no pararíamos hasta haber detenido a los terroristas.

Por suerte, no perdemos cientos de miles de personas al año como consecuencia de una amenaza evitable..., ¿o sí?

Pues sí. Aunque esta arma biológica en concreto no sea una bacteria desarrollada por terroristas, mata a más estadounidenses *anualmente* que todas las guerras en las que hemos intervenido juntas. Y podemos detenerla; no en el laboratorio, sino en el supermercado, en la cocina y en el comedor. En lo que respecta a armamento, no necesitamos ni vacunas ni antibióticos. Nos basta con un tenedor.

Entonces, ¿qué sucede? Si la epidemia ha alcanzado una escala tan gigantesca y, además, puede prevenirse, ¿por qué no hacemos más al respecto?

La pandemia de la que hablo es la enfermedad coronaria y afecta a casi todas las personas que siguen una dieta occidental estándar.

LA PRIMERA CAUSA DE MUERTE

La primera causa de muerte en los países industrializados es un terrorista de otro tipo: los depósitos de grasa en las paredes de las arterias a los que llamamos placas ateroscleróticas. En la mayoría de personas que siguen una dieta occidental convencional, la placa se acumula en el interior de las arte-

rias coronarias, los vasos sanguíneos que coronan el corazón (de ahí su nombre) y que transportan sangre rica en oxígeno. La acumulación de placa, o aterosclerosis, del griego *athere* (pasta) y *sklerosis* (endurecimiento), es el endurecimiento de las arterias como consecuencia de las bolsas de basura rica en colesterol que se acumulan en las paredes internas de los vasos sanguíneos. Se trata de un proceso que dura décadas y que, poco a poco, va ganando terreno en el interior de las arterias y estrecha el caudal por el que puede fluir la sangre. La reducción del influjo de sangre al músculo cardíaco puede provocar dolor y presión en el pecho (lo que conocemos como angina de pecho) cuando se hace algún esfuerzo. Si la placa se rompe, en el interior de la arteria puede aparecer un coágulo de sangre. El bloqueo repentino del flujo sanguíneo puede provocar un infarto de miocardio y dañar o incluso matar parte del corazón.

Es posible que, al pensar en la enfermedad coronaria, le venga a la mente algún amigo o ser querido que sufrió de dolor en el pecho y de dificultades para respirar durante años, antes de sucumbir. Sin embargo, para la mayoría de personas que mueren súbitamente de un ataque al corazón, el primer síntoma puede ser también el último.¹ Se llama «muerte cardíaca súbita» y es cuando la muerte ocurre en el plazo de una hora a partir del inicio del síntoma. En otras palabras, es muy posible que no sepa que corre riesgo de morir hasta que ya sea demasiado tarde. Quizá se encuentre perfectamente bien en un momento dado y, entonces, una hora después, se haya ido para siempre. Por eso es crucial prevenir la enfermedad coronaria antes de ni siquiera saber si se padece o no.

Mis pacientes solían preguntarme: «Pero ¿la enfermedad coronaria no es una consecuencia de hacerse mayor?». Entiendo que este error se haya generalizado tanto. Al fin y al cabo, el corazón late, literalmente, miles de millones de veces a lo largo de una vida. ¿La bomba no se desgasta con el tiempo? No.

Existen muchas pruebas de que, antaño, había grandes partes del mundo donde la epidemia de la enfermedad coronaria sencillamente no existía. Por ejemplo, en el famoso Proyecto China-Cornell-Oxford (conocido como el Estudio de China), los investigadores estudiaron los hábitos de alimentación y la incidencia de enfermedades crónicas en cientos de miles de habitantes de la China rural. Por ejemplo, en la provincia de Guizhou, una región habitada por medio millón de personas, durante tres años no se pudo atribuir ni una sola muerte de varones menores de sesenta y cinco años a la enfermedad coronaria.²

Durante las décadas de 1930 y 1940, médicos formados en Occidente que trabajaban en una amplia red de hospitales de misioneros en el África subsahariana, se dieron cuenta de que muchas de las enfermedades crónicas

que asolaban a las poblaciones del llamado mundo desarrollado apenas hacían acto de presencia en el continente africano. En Uganda, un país con millones de habitantes en África oriental, se describió la enfermedad coronaria como «prácticamente inexistente».³

Entonces, ¿es que los habitantes de estos países morían antes de otras enfermedades y no llegaban a vivir lo suficiente para contraer una enfermedad coronaria? No. Los médicos compararon las autopsias de ugandeses con autopsias de estadounidenses que habían muerto a la misma edad. Concluyeron que, de las 632 personas a las que se practicaron autopsias en San Luis (Misuri), 136 habían sufrido un infarto de miocardio. En cuanto a los 632 ugandeses de la misma edad, sólo uno de ellos había sufrido un infarto. Los médicos se quedaron tan asombrados que decidieron estudiar otras 800 muertes en Uganda. De los más de 1.400 ugandeses a quienes practicaron autopsias, sólo uno de los cuerpos tenía una pequeña lesión, ya curada, en el corazón, lo que significa que el infarto de miocardio ni siquiera fue fatal. Entonces y ahora, en el mundo industrializado, la enfermedad coronaria es la primera causa de muerte. En África central, era tan rara que mataba a menos de una persona de cada mil.⁴

Los estudios sobre migración han demostrado que la resistencia a la enfermedad coronaria no tiene nada que ver con la genética africana. Cuando las personas se trasladan de zonas de riesgo bajo a zonas de riesgo alto, la incidencia de la enfermedad se dispara como consecuencia de la adopción de la dieta y de los hábitos de estilo de vida de las nuevas residencias.⁵ La extraordinariamente reducida incidencia de la enfermedad coronaria en la China rural y en África se ha atribuido a los niveles extraordinariamente bajos de colesterol en ambas poblaciones. Aunque las dietas tradicionales en China y en África son muy distintas, comparten ciertos atributos. Ambas se basan en alimentos de origen vegetal, como los cereales y las verduras. Como ingieren tanta fibra y tan poca grasa animal, los niveles de colesterol total no llegan a los 150 mg/dL,^{6,7} similares a los de las personas que siguen dietas contemporáneas basadas en alimentos de origen vegetal.⁸

Entonces, ¿qué significa todo esto?

Si pudiera examinar los dientes de personas que vivieron hace más de diez mil años, antes de que se inventara el cepillo de dientes, vería que casi no tenían caries.⁹ No vieron un hilo dental en su vida y, sin embargo, no tenían caries. Y es que los caramelos tampoco se habían inventado aún. El motivo por el que ahora tenemos caries es que el placer que obtenemos al consumir chucherías azucaradas puede superar el coste y la incomodidad de tener que visitar al dentista. Ciertamente, disfruto de la chuchería ocasional. ¡Y tengo una buena cobertura dental! Pero ¿y si en lugar del sarro que se

nos acumula en los dientes hablamos de la placa aterosclerótica que se acumula en las arterias? Entonces, ya no hablamos de una limpieza de boca. Hablamos de una cuestión de vida o muerte.

La enfermedad coronaria es el primer motivo por el que tanto nosotros como nuestros seres queridos moriremos. Por supuesto, depende de cada uno decidir qué comer y cómo vivir, pero ¿no deberíamos intentar tomar decisiones de forma consciente y aprender cuáles son las consecuencias predecibles de nuestros actos? Del mismo modo que podríamos evitar los azúcares que nos pudren los dientes, podríamos evitar los alimentos cargados de grasas trans, grasas saturadas y colesterol que nos taponan las arterias.

Analicemos el avance de la enfermedad coronaria a lo largo de la vida y aprendamos que tomar unas decisiones sencillas en relación con la alimentación en cualquier momento puede prevenir, detener e incluso hacer retroceder la enfermedad coronaria antes de que sea demasiado tarde.

¿EL ACEITE DE PESCADO ES OTRA CURA MILAGROSA MÁS?

Gracias, en parte, a la recomendación de la Asociación Americana de Cardiología de que las personas con riesgo elevado de enfermedad coronaria debían consultar a sus médicos acerca de los suplementos de ácidos grasos omega-3,¹⁰ los suplementos de aceite de pescado se han convertido en una industria millonaria. Ahora consumimos más de cien mil toneladas de aceite de pescado al año.¹¹

Sin embargo, ¿qué dice la ciencia al respecto? ¿Los supuestos beneficios del suplemento de aceite de pescado para la prevención y el tratamiento de la enfermedad coronaria son tan sólo una patraña más? El *Journal of the American Medical Association* publicó una revisión sistemática y un metaanálisis que estudió todos los mejores ensayos clínicos aleatorizados que evaluaban los efectos de los ácidos grasos omega-3 sobre la esperanza de vida, la muerte cardiaca, la muerte súbita, los infartos de miocardio y los ictus. Incluían estudios no sólo sobre los suplementos de aceite de pescado, sino también estudios sobre los efectos de aconsejar que se aumentara el consumo de pescados ricos en omega-3. ¿A qué conclusión llegaron? En general, los investigadores no encontraron ningún efecto protector para la mortalidad en general, la mortalidad por enfermedad coronaria, muerte súbita cardiaca, infarto de miocardio o ictus.¹²

¿Y en el caso de alguien que ya hubiera sufrido un infarto de miocardio e intentara prevenir un segundo? Tampoco se halló beneficio alguno.¹³

Entonces, ¿de dónde salió la idea de que los ácidos grasos omega-3 del pescado y de los suplementos de pescado son buenos para la salud? Aunque se creía que los esquimales estaban protegidos de la enfermedad coronaria, al final parece

que se trataba de un mito.¹⁴ Sin embargo, algunos de los primeros estudios parecían prometedores. Por ejemplo, el famoso ensayo DART de la década de 1980, en el que participaron 2.000 varones, concluyó que la mortalidad entre quienes habían seguido el consejo de aumentar el consumo de pescados grasos se había reducido en un 29 por ciento.¹⁵ Es impresionante, por lo que no es de extrañar que el estudio recibiera tanta atención. Sin embargo, parece que todo el mundo se olvidó de la secuela, el ensayo DART-2, que llegó a la conclusión opuesta. El ensayo DART-2 estuvo dirigido por el mismo equipo de investigadores e incluyó una población aún mayor (3.000 varones), pero, esta vez, los participantes a quienes se aconsejó que consumieran más pescado graso y especialmente los que habían recibido suplementos de aceite de pescado presentaron un riesgo *mayor* de muerte cardíaca.^{16,17}

Tras analizar ambos estudios, los investigadores concluyeron que ya no había justificación para usar ácidos grasos omega-3 en la práctica clínica habitual.¹⁸ ¿Qué debían hacer los médicos cuando sus pacientes siguieran los consejos de la Asociación Americana de Cardiología y les preguntaran acerca de los suplementos de aceite de pescado? Tal y como dijo el director de lípidos y metabolismo del Instituto Cardiovascular del Hospital Monte Sinaí: «Dado este y otros metaanálisis negativos, nuestro trabajo [en tanto que médicos] debería ser desaconsejar a nuestros pacientes los tan publicitados suplementos de aceite de pescado...».¹⁹

LA ENFERMEDAD CORONARIA EMPIEZA EN LA INFANCIA

En 1953, el *Journal of the American Medical Association* publicó un artículo que transformó de forma radical cómo entendemos la evolución de la enfermedad coronaria. Los investigadores practicaron autopsias a trescientos soldados estadounidenses caídos en la guerra de Corea y cuyo promedio de edad era de unos veintidós años. Sorprendentemente, el 77 por ciento de ellos ya tenían evidencias visibles de aterosclerosis coronaria. Algunos incluso tenían las arterias obstruidas hasta un 90 por ciento o más.²⁰ El estudio «demostró sin lugar a dudas que los cambios ateroscleróticos aparecen en las arterias coronarias años y décadas antes de que la enfermedad coronaria se convierta en un problema con manifestaciones clínicas».²¹

Estudios posteriores de muertes accidentales con víctimas de entre tres y veintiséis años de edad detectaron estrías grasas (la primera fase de la aterosclerosis) en casi todos los niños estadounidenses de diez años de edad o menos.²² Para cuando llegamos a los veinte o treinta años de edad, las estrías

grasas pueden haberse convertido ya en placas como las que se hallaron en los jóvenes soldados de la guerra de Corea. Y cuando llegamos a los cuarenta o cincuenta, pueden empezar a matarnos.

Si quien está leyendo estas líneas tiene más de diez años de edad, la cuestión no es si quiere comer de forma más saludable para *prevenir* la enfermedad coronaria, sino si quiere *hacer retroceder* la enfermedad coronaria que, probablemente, ya padece.

¿Cuán pronto empiezan a aparecer las estrías grasas? La aterosclerosis puede iniciarse incluso antes del nacimiento. Investigadores italianos estudiaron el interior de las arterias de bebés prematuros que fallecieron poco después de nacer y de fetos fallecidos por un aborto espontáneo. Las arterias de los fetos cuyas madres tenían niveles elevados de colesterol LDL tenían más probabilidades de presentar lesiones en las arterias.²³ Estas conclusiones sugieren que es posible que la aterosclerosis no empieza como una enfermedad nutricional durante la infancia, sino durante el embarazo.

Es habitual que las mujeres embarazadas eviten el tabaco y el alcohol. Del mismo modo, nunca es demasiado pronto para empezar a comer de un modo más saludable para la siguiente generación.

Según William C. Roberts, editor jefe del *American Journal of Cardiology*, el único factor crítico para la acumulación de placa aterosclerótica es el colesterol, específicamente los niveles elevados de colesterol LDL en sangre.²⁴ Efectivamente, decimos que el colesterol LDL es «malo», porque es el vehículo que deposita el colesterol en las arterias. Las autopsias de miles de víctimas jóvenes de accidentes han demostrado que el nivel de colesterol en sangre se relaciona estrechamente con la magnitud de la aterosclerosis en las arterias.²⁵ Para reducir drásticamente los niveles de colesterol LDL, hay que reducir drásticamente la ingesta de tres cosas: grasas trans, que se encuentran en los alimentos procesados y, de forma natural, en la carne y los lácteos; grasas saturadas, que se encuentran fundamentalmente en productos de origen animal y en la comida basura; y, en menor medida, el colesterol dietético, que se encuentra exclusivamente en productos de origen animal, sobre todo en los huevos.²⁶

¿Se ha fijado en el factor común? Los tres factores que disparan el colesterol malo (el primer factor de riesgo para la primera causa de muerte) comparten un mismo origen: los productos de origen animal y la comida basura. Probablemente, esto explica por qué las poblaciones que conservan dietas tradicionales centradas en alimentos integrales de origen vegetal han conseguido evitar en gran medida la epidemia de la enfermedad coronaria.

¡ES EL COLESTEROL, TONTO!

Sólo hace treinta años que el doctor Roberts es el editor jefe del *American Journal of Cardiology*; además, es el director ejecutivo del Instituto Cardiovascular Baylor y ha escrito más de mil publicaciones científicas y más de una docena de libros de texto de cardiología. Sabe muy bien lo que se dice.

En su editorial «It's the Cholesterol, Stupid!» (¡Es el colesterol, tonto!), el doctor Roberts afirmaba, como he mencionado antes, que sólo hay un verdadero factor de riesgo para la enfermedad coronaria: el colesterol.²⁷ Afirma que uno puede ser sedentario, fumador, diabético y obeso y, *aun así*, no desarrollar aterosclerosis siempre que el nivel de colesterol en sangre sea lo suficientemente bajo.

Probablemente, el nivel óptimo de colesterol LDL esté entre los 50 mg/dL y los 70 mg/dL y, al parecer, cuanto más bajo sea, mejor. Ahí es donde empezamos al nacer; es el nivel que se detecta en las poblaciones que, mayoritariamente, no presentan enfermedad coronaria; y es el nivel en el que la evolución de la aterosclerosis parece detenerse en los ensayos sobre la reducción del colesterol.²⁸ Un LDL de aproximadamente 70 mg/dL se corresponde a un nivel de colesterol total de unos 150 mg/dL, un nivel por debajo del cual no se informó de muertes debidas a enfermedad coronaria en el famoso Estudio del corazón de Framingham, un proyecto a lo largo de generaciones cuyo objetivo es identificar los factores de riesgo para la enfermedad coronaria.²⁹ Por lo tanto, el objetivo de la población debería ser un nivel de colesterol total inferior a 150 mg/dL. El doctor Roberts escribió que «si nos planteáramos este objetivo, prácticamente acabaríamos con la plaga que asola a Occidente».³⁰

El nivel promedio de colesterol en sangre en los países industrializados es muy superior a los 150 mg/dL: está sobre los 200 mg/dL. Si sus análisis de sangre reflejan un colesterol total de 200 mg/dL es muy probable que el médico le asegure que se trata de unos niveles normales. Sin embargo, en una sociedad donde lo normal es morir de enfermedad coronaria, es probable que tener un nivel de colesterol «normal» no sea lo que más le conviene.

Para estar a prueba de infartos de miocardio, necesita que su nivel de colesterol LDL esté por debajo de, como mínimo, los 70 mg/dL. El doctor Roberts señaló que sólo hay dos maneras en que nuestra población pueda conseguirlo: o bien hacer que cientos de millones de personas se mediquen de por vida, o bien recomendar que sigan una dieta basada en alimentos integrales de origen vegetal.³¹

Por lo tanto, o medicarse o alimentarse. La mayoría de sistemas de asistencia sanitaria cubren las estatinas, así que, ¿por qué cambiar de dieta si basta con tomar una pastilla diaria durante el resto de nuestras vidas? Porque, por desgracia y tal y como veremos en el capítulo 15, estos medicamentos no funcionan tan bien como solemos pensar y, además, pueden tener efectos secundarios adversos.

¿LE APETECEN UNAS PATATAS FRITAS PARA ACOMPAÑAR A ESE LIPITOR?

Lipitor, una estatina que reduce el colesterol, se ha convertido en el fármaco más vendido de todos los tiempos, con unas ventas mundiales que superan los 140.000 millones de dólares.³² Este tipo de medicamentos generó tanto entusiasmo en la comunidad médica que se dice que, en Estados Unidos, algunas autoridades médicas defendieron que se añadieran a la red pública de agua potable, como ya se hace con el flúor.³³ Una revista de cardiología incluso dijo, en broma, que los restaurantes de comida rápida deberían ofrecer salsa de «McEstatina» junto al ketchup, para ayudar a neutralizar los efectos de las malas decisiones dietéticas.³⁴

Para quienes presentan un riesgo elevado de enfermedad coronaria y no están dispuestos (o no pueden) reducir sus niveles de colesterol de forma natural mediante cambios en la alimentación, los beneficios de las estatinas suelen superar a los riesgos que entrañan. Sin embargo, pueden tener efectos secundarios y, por ejemplo, causar daños en el hígado o en los músculos. El motivo por el que algunos médicos prescriben análisis de sangre regulares a los pacientes que toman estos medicamentos es que quieren controlar la toxicidad hepática. Los análisis de sangre también permiten detectar la presencia de productos consecuencia de la descomposición muscular; sin embargo, las biopsias revelan que los pacientes que toman estatinas pueden presentar daño muscular aunque los análisis de sangre sean normales y no tengan síntomas como dolor o debilidad muscular.³⁵ La reducción en la fuerza y la eficiencia musculares que a veces se asocia a estos fármacos quizá no suponga un problema para las personas jóvenes, pero en el caso de los ancianos implica un aumento del riesgo de caídas y lesiones.³⁶

Más recientemente se han planteado otras preocupaciones. Por ejemplo, en 2012, la FDA (Food and Drug Administration) estadounidense anunció la obligación de incluir en el etiquetado de las estatinas una advertencia a médicos y pacientes sobre la posibilidad de efectos secundarios neurológicos, como pérdida de memoria o confusión. Y parece que las estatinas po-

drían aumentar también el riesgo de sufrir diabetes.³⁷ En 2013, un estudio sobre varios miles de pacientes de cáncer de mama concluyó que el uso a largo plazo de estatinas podría duplicar el riesgo de cáncer de mama invasivo en mujeres.³⁸ En el caso de las mujeres, la primera causa de muerte es la enfermedad coronaria, no el cáncer, por lo que es posible que los beneficios de las estatinas superen a los riesgos, pero ¿por qué asumir riesgo alguno si podemos reducir el colesterol de forma natural?

Se ha demostrado que las dietas basadas en productos de origen vegetal son tan eficaces a la hora de reducir el colesterol como las estatinas de primera elección..., pero sin los riesgos asociados a los fármacos.³⁹ De hecho, los «efectos secundarios» de una alimentación saludable tienden a ser positivos: *menor* riesgo de cáncer y de diabetes y *protección* del hígado y del cerebro, tal y como veremos más adelante en el libro.

LA ENFERMEDAD CORONARIA ES REVERSIBLE

Hemos dicho que nunca es demasiado pronto para empezar a comer de forma saludable; pero ¿podemos llegar demasiado tarde? Los pioneros de la medicina del estilo de vida, como Nathan Pritikin, Dean Ornish o Caldwell Esselstyn, Jr., empezaron a tratar a pacientes que ya presentaban una enfermedad coronaria avanzada y les iniciaron en el tipo de dietas basadas en productos de origen vegetal como las que siguen las poblaciones asiáticas y africanas que no sufren el azote de la enfermedad coronaria. Esperaban que, si seguían una dieta lo suficientemente saludable, podrían detener el avance de la enfermedad.

Sin embargo, sucedió algo casi milagroso.

La enfermedad coronaria de los pacientes empezó a retroceder. Los pacientes *mejoraron*. En cuanto dejaron de ingerir alimentos que les obstruían las arterias, sus organismos fueron capaces de empezar a disolver parte de la placa ya acumulada. Las arterias se abrieron sin necesidad de fármacos ni de cirugía, inclusive en algunos pacientes con enfermedad coronaria severa en tres arterias. Esto sugiere que sus organismos habían querido curarse desde el principio, pero que hasta ese momento no se les había dado la oportunidad para intentarlo.⁴⁰

Permítame que comparta con usted lo que se conoce como «el secreto mejor guardado de la medicina»:⁴¹ dadas las condiciones adecuadas, el cuerpo se cura a sí mismo. Si se da un buen golpe en la espinilla con el canto de la mesa de centro, se amorata, se inflama y duele. Pero se curará de forma natural si da un paso atrás y deja que el organismo haga su magia. Por el

contrario, ¿y si se diera un golpe en el mismo sitio tres veces al día, por ejemplo por la mañana, por la tarde y por la noche? No se curaría nunca.

Podría ir al médico y quejarse de que le duele la espinilla. «No se preocupe», le diría él o ella, y le recetaría un antiinflamatorio o un analgésico. Entonces, volvería a casa, seguiría golpeándose la espinilla tres veces al día, pero gracias a los analgésicos se encontraría *mucho* mejor. ¡Menos mal que podemos contar con la medicina moderna! Esto es precisamente lo que sucede cuando tomamos nitroglicerina para la angina de pecho. La medicina puede aliviarnos sobremanera, pero no hace nada para corregir la causa subyacente.

Su cuerpo quiere curarse, si le deja. Pero si sigue golpeándose tres veces al día, interrumpe el proceso de curación. Pensemos en el tabaco y el riesgo de cáncer de pulmón. Una de las cosas más extraordinarias que aprendí en la Facultad de Medicina es que a los quince años de haber dejado de fumar, el riesgo de un exfumador de sufrir un cáncer de pulmón se asemeja al de alguien que no haya fumado jamás.⁴² Los pulmones pueden eliminar la suciedad que los bloquea y, al final, es como si uno no hubiera fumado nunca.

Su cuerpo quiere estar sano. Y cada noche de su vida de fumador, mientras usted duerme, su organismo reanuda el proceso de curación hasta que... ¡bam!: enciende el primer cigarrillo del día. Del mismo modo que perjudica a sus pulmones con cada inhalación de humo, perjudica a sus arterias con cada bocado. Puede optar por la moderación y golpearse con un martillo *más pequeño*, pero, de nuevo, ¿por qué ha de golpearse? Puede elegir dejar de hacerse daño, dejar de ser su peor enemigo y permitir que el proceso de curación natural del organismo le devuelva la salud.

LAS ENDOTOXINAS CASTIGAN A SUS ARTERIAS

Las dietas poco saludables no afectan únicamente a la estructura de las arterias, sino que también pueden interferir con su funcionamiento. Las arterias son más que tuberías inertes por las que fluye la sangre. Son órganos dinámicos, vivos. Hace casi veinte años que sabemos que una sola comida rápida (en el estudio original se usaron McMuffins de salchicha y huevo) puede endurecer las arterias en cuestión de horas y reducir a la mitad su capacidad para relajarse normalmente.⁴³ Y justo cuando la inflamación empieza a bajar unas cinco o seis horas más tarde... ¡ya vuelve a ser hora de comer! Y, quizá, vuelve a golpear a sus arterias con otra ración de comida perjudicial, con lo que se queda atascado en la peligrosa zona de la inflamación leve crónica. No es que la comida poco saludable provoque daños in-

ternos al cabo de décadas. Los provoca aquí y ahora, en cuestión de horas después de que se la haya metido en la boca.

Al principio, los investigadores culparon a la grasa animal y a las proteínas animales; recientemente, el foco de atención ha pasado a centrarse en unas toxinas bacterianas conocidas como «endotoxinas». Al parecer, hay alimentos, como la carne, que albergan bacterias que pueden provocar inflamación ya estén vivas o muertas e incluso cuando los alimentos están totalmente cocinados. Ni la temperatura de cocción ni los ácidos estomacales ni las enzimas digestivas logran destruirlas, por lo que, si come productos de origen animal, pueden acabar en su intestino. Entonces, las grasas saturadas las ayudan a atravesar las paredes intestinales y a pasar al torrente sanguíneo, desde donde provocan la reacción inflamatoria en las arterias.⁴⁴

Quizás esto explique la extraordinaria velocidad a la que los pacientes con problemas cardiovasculares sienten alivio cuando adoptan una dieta basada fundamentalmente en alimentos de origen vegetal, como frutas, verduras, cereales integrales y legumbres. El doctor Ornish informó de una reducción del 91 por ciento en ataques de angina de pecho tan sólo unas semanas después de que los pacientes iniciaran una dieta de base vegetal, con⁴⁵ o sin⁴⁶ ejercicio físico. La rápida desaparición de los dolores de pecho ocurrió mucho antes de que el organismo hubiera podido eliminar la placa de las arterias, lo que sugiere que estas dietas no sólo ayudan a limpiar las arterias, sino que también mejoran su funcionamiento. Por el contrario, las anginas de pecho *aumentaron* en un 186 por ciento en los pacientes del grupo de control a quienes se pidió que siguieran los consejos de sus médicos.⁴⁷ No es sorprendente que empeoraran, dado que siguieron con la misma dieta que les había obstruido las arterias.

Hace décadas que conocemos el gigantesco poder de los cambios dietéticos. Por ejemplo, en 1977 ya se publicó un artículo al respecto, titulado «Angina and Vegan Diet» (Angina de pecho y dieta vegana), en el *American Heart Journal*. Las dietas veganas son exclusivamente de origen vegetal y excluyen la carne, los lácteos y los huevos. Los médicos describían casos como el de F. W. (las iniciales se usan para proteger la identidad del paciente), un varón de sesenta y cinco años de edad con una angina de pecho tan severa que tenía que detenerse cada nueve o diez pasos que daba. Ni siquiera podía llegar a su buzón. Inició una dieta vegana y el dolor mejoró en cuestión de días. Y se informó de que, al cabo de unos meses, caminaba por la montaña sin experimentar el menor dolor.⁴⁸

¿Aún no está listo para empezar a comer de forma más saludable? Bueno, hay un nuevo tipo de fármacos para la angina de pecho, como la ranolazina (comercializada bajo el nombre de Ranexa). Uno de los ejecutivos de la

empresa farmacéutica sugirió que se usara con las personas que «no podían cumplir con los sustanciales cambios dietéticos necesarios para seguir una dieta vegana». ⁴⁹ La medicación cuesta más de 2.000 dólares al año, pero los efectos secundarios son relativamente leves y funciona..., técnicamente hablando. A la dosis más alta, Ranexa pudo prolongar la duración del ejercicio físico en 33,5 segundos. ⁵⁰ ¡Más de medio minuto! Parece que los que opten por el medicamento tendrán que esperar un poco antes de poder ir de excursión a la montaña.

¿NUECES DEL BRASIL PARA CONTROLAR EL COLESTEROL?

¿Puede una única ración de nueces del Brasil reducir los niveles de colesterol más rápidamente que las estatinas y mantener esa reducción hasta un mes después de esa ración única?

Es uno de los hallazgos más sorprendentes con los que me he encontrado. Investigadores brasileños (no podía ser de otro modo) dieron a diez hombres y mujeres una única comida que contenía entre una y ocho nueces del Brasil. Sorprendentemente, en comparación con el grupo de control que no ingirió ninguna nuez, una ración única de nueces del Brasil mejoró casi inmediatamente los niveles de colesterol. El nivel de colesterol LDL (el «malo») se redujo en unos asombrosos 20 puntos tan sólo nueve horas después de haber ingerido las nueces. ⁵¹ Ni los fármacos actúan a esa velocidad. ⁵²

Y esto es lo verdaderamente increíble: los investigadores volvieron a medir los niveles de colesterol de los participantes treinta días después. Incluso un mes después de haber ingerido una sola ración de nueces del Brasil, los niveles de colesterol mantenían el descenso.

Normalmente, cuando en la literatura médica aparece un estudio que proclama resultados demasiado buenos para ser verdad, como en este caso, los médicos esperan a ver que el estudio se replique y obtenga los mismos resultados antes de cambiar su práctica médica y empezar a recomendar algo nuevo a sus pacientes. Sobre todo cuando la muestra del estudio solo es de diez pacientes y aún más cuando las conclusiones resultan inverosímiles. Sin embargo, cuando la intervención es barata, sencilla, inofensiva y saludable (estamos hablando de cuatro nueces del Brasil al mes), creo que la carga de la prueba se invierte. Creo que la postura razonable por defecto es hacerlo hasta que se demuestre lo contrario.

Sin embargo, más no es mejor. Las nueces del Brasil son muy ricas en selenio e ingerir cuatro al *día* podría hacer que superara el límite diario tolerable de este mineral. Sin embargo, no debe preocuparse por eso si se limita a cuatro al mes.

SEGUIR EL RASTRO DEL DINERO

Hace décadas que las publicaciones médicas más prestigiosas del mundo publican artículos de investigación que demuestran que la enfermedad coronaria puede retroceder con una dieta basada en alimentos de origen vegetal (con o sin otros cambios en el estilo de vida). Entonces, ¿por qué estas noticias no han transformado aún las políticas de salud pública?

En 1977, el Comité sobre Nutrición y Necesidades Humanas del Senado estadounidense lo intentó. Conocido como Comité McGovern, publicó un informe titulado *Dietary Goals for the United States* (Objetivos dietéticos para Estados Unidos) en el que aconsejaba a los estadounidenses que redujeran el consumo de alimentos de origen animal y aumentaran el de alimentos de origen vegetal. Tal y como recuerda uno de los fundadores del departamento de nutrición de la Universidad de Harvard, «los productores de carne, leche y huevos se enfadaron muchísimo». ⁵³ Es una manera muy suave de decirlo. Como consecuencia de la presión del sector, no sólo desapareció el objetivo de «reducir el consumo de carne», sino que se disolvió el comité. Se dice que varios senadores importantes perdieron las elecciones siguientes por haber apoyado el informe. ⁵⁴

Más recientemente, se descubrió que muchos miembros del Comité Asesor sobre Directrices Dietéticas estadounidense tenían vínculos económicos con empresas que iban desde fabricantes de caramelos a organismos como el Consejo McDonald's sobre estilos de vida saludables o el Instituto Coca-Cola para la Salud y el Bienestar. Una de las integrantes del comité incluso hizo de «imagen de marca» para el preparado para pasteles Duncan Hines y luego como «imagen de marca» oficial para Crisco (una grasa alimentaria) antes de participar en la redacción de las directrices dietéticas oficiales para los estadounidenses. ⁵⁵

Tal y como dijo un comentarista del *Food and Drug Law Journal*, históricamente, los informes del Comité Asesor sobre Directrices Dietéticas contenían:

Ni una sola palabra sobre la investigación acerca de las consecuencias que comer carne tiene para la salud. Si el comité presentara esos estudios, le sería imposible justificar la recomendación de comer carne, ya que demostrarían que la carne aumenta el riesgo de contraer enfermedades crónicas, algo que va en contra del objetivo de las Directrices. Por lo tanto, al limitarse a ignorar la investigación, el comité puede llegar a una conclusión que, de otro modo, resultaría inaceptable. ⁵⁶

¿Y qué pasa con la profesión médica? ¿Por qué mis colegas no han integrado en su práctica clínica la investigación que demuestra el poder de la buena alimentación? Por desgracia, en la historia de la medicina abundan los ejemplos de cómo la corriente principal rechaza la ciencia más sólida cuando va en contra de la sabiduría convencional prevalente. Incluso hay un nombre para ello: «el efecto tomate». El *Journal of the American Medical Association* acuñó el término para aludir a que hubo un tiempo en que se creía que los tomates eran tóxicos y, durante siglos, dejaron de consumirse en Norteamérica a pesar de las abrumadoras evidencias de lo contrario.⁵⁷

Por si no fuera suficientemente malo que la mayoría de facultades de medicina no impartan ni una sola asignatura obligatoria sobre nutrición,⁵⁸ resulta que las organizaciones médicas mayoritarias intervienen activamente *en contra* de aumentar la formación en nutrición de los médicos.⁵⁹ Cuando se cuestionó a la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP por sus siglas en inglés) por su nueva relación corporativa con Coca-Cola para fomentar la educación sobre alimentación sana entre los pacientes, su vicepresidente ejecutivo intentó acallar las protestas explicando que esta alianza no era nada nuevo. Al fin y al cabo, ya hacía tiempo que mantenían relaciones con PepsiCo y McDonald's.⁶⁰ E, incluso antes, habían tenido vínculos económicos con la tabacalera Philip Morris.⁶¹

Como el argumento no acalló las críticas, el ejecutivo de la AAFP citó la afirmación de la Asociación Americana de Diabetes: «No hay alimentos buenos o malos, sino dietas buenas o malas». ¿Que no hay alimentos malos? ¿En serio? La industria tabacalera solía proclamar algo muy parecido: fumar no era malo en sí mismo, sólo si se hacía «en exceso». ⁶² ¿Le suena de algo? De todo, pero con moderación.

La Asociación Americana de Dietética (ADA), que edita una colección de fichas sobre nutrición con directrices para mantener una dieta saludable, tiene sus propios vínculos corporativos. ¿Quién redacta las fichas? Fuentes de la industria alimentaria pagan a la ADA 20.000 dólares por cada ficha, para ser parte activa del proceso de redacción. Así, sabemos cosas de los huevos gracias a la industria del huevo y conocemos los beneficios de mascar chicle gracias al Instituto Científico Wrigley.⁶³

En 2012, la Asociación Americana de Dietética pasó a llamarse Academia de Nutrición y Dietética, pero ese cambio no pareció afectar a las políticas. Sigue recibiendo millones de dólares al año de empresas productoras de comida basura, carne, lácteos, refrescos y caramelos. A cambio, la academia les permite celebrar seminarios formativos para enseñar a los dietistas qué deben aconsejar a sus clientes.⁶⁴ Cuando los estadounidenses ven el título «dietista certificado», este es el grupo que los certifica. Por suerte, un

movimiento en el seno de la comunidad de dietistas, ejemplificado en la formación de la organización Dietistas en Defensa de la Integridad Profesional, ha empezado a combatir esta tendencia.

¿Y qué sucede con los médicos, a nivel individual? ¿Por qué mis colegas de profesión no aconsejan a sus pacientes que se olviden de las hamburgueserías? Una de las excusas más habituales es que no tienen tiempo para hablar de estas cosas durante las consultas, pero el motivo más citado para no aconsejar a sus pacientes con hipercolesterolemia que cambien a una alimentación más saludable es que creen que los pacientes «podrían resistirse a las limitaciones asociadas a los consejos sobre alimentación». ⁶⁵ En otras palabras, los médicos creen que sus pacientes echarán de menos la comida basura. ¿Puede imaginar a un médico diciendo: «Sí, me gustaría aconsejar a mis pacientes que dejaran de fumar, pero es que les encanta»?

El doctor Neal Barnard, presidente del Comité de Médicos por una Medicina Responsable, escribió hace poco un elocuente artículo editorial en la revista sobre ética de la Asociación Americana de Medicina, en el que describía cómo los médicos habían pasado de ser meros espectadores (cuando no facilitadores) del tabaquismo a liderar la lucha contra el tabaco. Se dieron cuenta de que sus consejos serían mucho más eficaces si los pacientes a quienes aconsejaban dejar de fumar ya no les veían manchas de nicotina en los dedos.

Ahora, el doctor Barnard dice: «Las dietas basadas en alimentos de origen vegetal son el equivalente nutricional de dejar de fumar». ⁶⁶