



ACADEMIA HISPANOAMERICANA DE DOCTORES

DISCURSO DE INGRESO PRONUNCIADO POR EL
ILMO. DR. D. GREGORIO RODRÍGUEZ-BOTO AMAGO
EN EL ACTO DE INGRESO COMO ACADÉMICO DE HONOR
EN MADRID, EL DÍA 20 DE NOVIEMBRE DE 2025

Quiero dedicar mis primeras palabras a agradecer a la Academia Hispanoamericana de Doctores el hecho de haber pensado en mí como Académico de Honor de tan insigne Institución. Me siento abrumado, amén de gratamente honrado. Quiero especialmente extender este agradecimiento a las personas que pensaron en mí para este privilegio y a los que la hicieron realidad. Al Presidente, el Dr. D. Óscar Yecid Aparicio Gómez, y al resto de miembros de la Junta Directiva. Cómo no, al Dr. D. Antonio Bascones Martínez, al haber propuesto mi candidatura para tal distinguido nombramiento. A todos, muchas gracias de corazón. Ahora empieza el camino comprometido de trabajar intensamente en este nuevo proyecto.

Para el tema de mi discurso he escogido algunas consideraciones sobre el placebo en el ámbito quirúrgico, que paso a exponer a continuación:

PLACEBO Y CIRUGÍA

Durante la Edad Media no era infrecuente contratar a un grupo de monjes para que cantaran en los funerales. Estos monjes no tenían ninguna relación con el fallecido; sus lamentos eran fingidos, pero actuaban, nunca mejor dicho, como si fueran verdaderos parientes. No resultaban baratos, pero eran indispensables si se quería tener un funeral para el recuerdo, un



funeral “inolvidable”. El contrato incluía el canto litúrgico de un salmo cuya última frase decía: “Yo complaceré al Señor en el mundo de los vivos”, y que servía como colofón del acto. A estos monjes se les llamaba sarcásticamente “placebos”, que en latín significa “agradaré o complaceré”, y precisamente era la palabra que cantaban con más dramatismo.

Pronto, la palabra “placebo” se asoció a un adulator y, por extensión, a cualquier sustancia que en realidad no es activa en el tratamiento de un problema médico, pero que se administra para complacer, agradar, dar placer o proporcionar esperanza al enfermo. No tiene una acción terapéutica real, pero se presenta como si la tuviera, por lo que puede acabar teniendo un efecto beneficioso. Los placebos no siempre son pastillas; existen otras formas de “tratamiento” de las enfermedades que, sin ser fármacos, decimos que tienen “efecto placebo”. Por ejemplo, una intervención quirúrgica puede tener un importante efecto placebo. Realmente, lo que surte efecto no es el placebo, sino el hecho de creer en él, la fe en el hecho mismo. Ya lo recoge la Biblia: “La fe mueve montañas”, Mateo, capítulo 17, versículo 20. El mecanismo que conduce a tal efecto es puramente psicológico y está relacionado con las expectativas, el reconocimiento, la atención y la sugestión.

El efecto placebo tiene varias reglas; en primer lugar, es el propio paciente quien tiene que estar convencido de que funcionará. Por consiguiente, no debe saber ni querer saber que está recibiendo un placebo; en segundo lugar, el que administra el placebo también tiene que creer que aquello funcionará; en tercer lugar, el placebo o el efecto placebo de una actuación ha de administrarse o proporcionarse con cierta solemnidad, añadiendo cierto boato en el propio acto. Estas reglas aún son más acusadas cuando es la cirugía la que tiene efecto placebo, pues, de hecho, ni el paciente ni el cirujano se arriesgarían a tener complicaciones si no estuvieran completamente convencidos del éxito de la intervención quirúrgica.

Durante mucho tiempo se creyó que los placebos podrían tener un papel útil en los tratamientos, pero se ha demostrado de manera irrefutable que su utilidad es muy limitada.



Aunque el resultado de un tratamiento utilizando placebos puede resultar inicialmente favorable, a la larga no es eficaz. Así, el tratamiento con placebo obliga a una relación a largo plazo entre el médico y el paciente, en el que el primero prescribe constante y continuamente remedios que cada vez van teniendo menos efecto real en el paciente, lo que lleva a que éste finalmente se convierta en un enfermo crónico y dependiente. Por otro lado, el efecto placebo es menos intenso en pacientes a quienes su salud deteriorada les proporciona cierta satisfacción personal, familiar, social o económica; en concreto, a aquellos que rentabilizan su condición de enfermos crónicos para obtener compasión, atención de los demás, rendimiento social y/o económico en la forma, por ejemplo, de incapacidad, lo que conocemos como pacientes rentistas. Por el contrario, el efecto placebo es mayor cuando la intervención quirúrgica le cuesta dinero al paciente y, cuanto más dinero le cuesta, mayor es el efecto placebo, porque está extendido socialmente en el mundo occidental que lo barato o lo gratis no sirve para nada.

El placebo y el efecto placebo han existido desde siempre en la humanidad. De hecho, la intervención quirúrgica más popular de la historia, la sangría, ha sido puro placebo. Durante siglos, las sangrías se utilizaron para todo tipo de dolencia: fiebre, infecciones e incluso, paradigmáticamente, para tratar hemorragias graves. Pese a que muchos pacientes fallecieron como consecuencia de estas sangrías, es evidente que algún efecto beneficioso (placebo) tenían porque, de lo contrario, se habrían abandonado mucho antes, ya que está demostrado científicamente a día de hoy que no tienen ninguna eficacia sobre ninguna enfermedad. Las sangrías eran practicadas por cirujanos (barberos) y la tradición debió originarse hace miles de años. Inicialmente, estas sangrías se practicaban en el seno de rituales de exorcismo, en los que hacer correr la sangre era comparable a un sacrificio. Los chamanes expulsaban mediante estas sangrías a los espíritus malignos, es decir, a las enfermedades, consideradas entonces como demonios en el cuerpo. Como la pérdida de sangre podía provocar que la tensión arterial descendiera, apareciendo mareo o incluso desmayo, la víctima parecía entrar en trance y quedar así entregada a los dioses. De una forma más sofisticada, en la Grecia



antigua, se derramaba el vino u otro licor en honor y ofrenda a alguna divinidad, en el ritual religioso o ceremonia conocida como “libación”. Etimológicamente, la palabra libación tiene una raíz indoeuropea que significa “fluir”, así que cuando decimos hoy día “que todo fluya”, estamos reverberando de alguna manera ese misticismo. Las sangrías practicadas con estos fines se alargaron hasta la Edad Media. A partir de entonces, el fin y objetivo cambió y los cirujanos (barberos) realizaban las sangrías para extraer la sangre “estropeada” por la infección o la enfermedad (de ahí proviene la expresión “hacerse mala sangre”). El método era siempre el mismo: se colocaba un torniquete en la parte superior del brazo y se realizaba un corte en la parte interna del codo donde hay una vena visible bajo la piel con un cuchillo especial llamado “fleme”. Si el corte era excesivamente profundo, podía lesionarse la arteria cubital y entonces la sangría, convertirse en mortal. El tendón que se encuentra entre ambas estructuras vasculares, ubicado estratégicamente como barrera, se le conoce como “fascie grâce à Dieu”, el “tendón gracias a Dios”. Las personas sanas son capaces de reponer con sangre nueva la pérdida de esta efectuada en sangrías diarias, pero al cabo de una semana las reservas de hierro estarán bajo mínimos. A finales del siglo XIX, la práctica de las sangrías fue paulatinamente desapareciendo, seguramente a la par del descubrimiento de tratamientos verdaderamente eficaces para cada vez mayor número de enfermedades, con la consiguiente desaparición del efecto placebo que provocaban las sangrías, único efecto científicamente conocido de las mismas. Sin embargo, aparecieron otras intervenciones quirúrgicas que, sin ser sangrías, pueden también considerarse puro placebo. Es más, incluso hoy día, podemos hablar de un sinfín de operaciones que tienen un efecto placebo en mayor o menor medida, como por ejemplo, el tratamiento con ozono o la cirugía de la hernia discal en pacientes con dolor crónico de espalda, la implantación de electrodos en la vecindad de la médula espinal para el dolor crónico, la cirugía cerebral para la enfermedad de Parkinson, la extirpación de las venas varicosas en el síndrome de las piernas inquietas, la extirpación de la úvula en casos de trastornos del sueño, la cirugía antirreflujo para los dolores torácicos, la cirugía de los vasos peneanos para la impotencia, la cirugía laparoscópica de hernia inguinal en atletas con dolor inguinal o la cirugía del codo de tenista, entre otras. En general, en las intervenciones



quirúrgicas para tratar dolencias crónicas inexplicables, un buen resultado tiene más que ver con el efecto placebo que con la solución real del problema. Es más, estas intervenciones suelen funcionar mejor cuando son nuevas, en un contexto de modas y tendencias, porque las novedades siempre resultan más atractivas y prometedoras que lo antiguo. Por ejemplo, en los años sesenta y setenta del siglo pasado, se puso de moda extirpar el apéndice sano para tratar dolores abdominales crónicos inexplicables. En los años ochenta y noventa se creyó que estos síntomas podían resolverse seccionando las adherencias intestinales. Ambos procedimientos quirúrgicos para tal fin están completamente abandonados a día de hoy.

La enfermedad de Ménière consta de una tríada clásica de síntomas, a saber: vértigo rotatorio, pérdida de audición y acúfenos (tinnitus), a menudo acompañada de una sensación de presión o plenitud auricular. Estos síntomas ocurren en crisis episódicas. El vértigo dura entre 20 minutos y 12 horas, la pérdida auditiva puede ser fluctuante y los acúfenos (tinnitus) se perciben como zumbidos o pitidos en el oído afectado. El cuadro puede acompañarse de vómitos. Uno de los tratamientos propuestos para esta dolencia ha sido la cirugía. En dicha operación, se accede al oído interno a través y mediante la resección de la mastoides, la prominencia ósea que tenemos detrás de nuestra oreja. Para comprobar la eficacia de esta operación, se llevó a cabo un experimento con un grupo de pacientes afectados de la enfermedad de Ménière. Los pacientes fueron divididos en dos grupos al azar (a esto le llamamos “aleatorizar”): la mitad fueron sometidos al procedimiento quirúrgico estándar y a la otra mitad solo se les practicó la resección de la mastoides sin llegar al oído interno y, por tanto, sin realizar el procedimiento quirúrgico completo, buscando el efecto placebo únicamente. Los pacientes no supieron si se les había realizado una u otra intervención (a esto se le conoce como procedimiento “ciego” para el paciente). Los pacientes fueron estudiados durante tres años después de las intervenciones quirúrgicas realizadas. En todo este tiempo, ni los pacientes ni los médicos que los examinaron (a esto se le llama “doble ciego”) supieron si se habían sometido a uno u otro procedimiento, el real o el falso. Por tanto, a esto se le conoce como “estudio doble ciego aleatorizado controlado por placebo”.



Sorprendente fue el resultado del estudio: más de dos tercios de los pacientes mejoraron en su sintomatología, independientemente de si se habían sometido a la operación real o a la falsa.

No obstante, aunque se demuestre que una intervención popular es placebo, puede seguir practicándose durante un tiempo. Es el caso del lavado articular en la artrosis de rodilla (gonartrosis), intervención en la que apenas se hace nada, excepto mirar, inyectar suero fisiológico y limpiar. Pese a no estar demostrada su utilidad de forma científica, muchos pacientes refieren mejoría en su sintomatología, al menos a corto plazo. El cirujano ortopédico de Houston, Bruce Moseley, realizó un falso lavado articular de rodilla a un grupo de pacientes, limitándose a realizar tres cortes, jugar con los instrumentos a la vista del paciente y derramar suero fisiológico en el suelo para que el procedimiento simulara ser real. Los resultados fueron asombrosos. Fingir la operación tuvo el mismo efecto sobre el dolor que la cirugía real, en la que se combina el lavado articular de una articulación de rodilla desgastada, el raspado del cartílago y la corrección del menisco dañado. Con todo, cabe destacar que la cirugía artroscópica de rodilla continúa siendo la cirugía ortopédica que con más frecuencia se practica en el mundo.

Es difícil precisar hasta qué punto el efecto placebo contribuye al éxito de cualquier cirugía. Casi con seguridad es mayor de lo que incluso pensamos. De hecho, el efecto placebo parece estar más o menos presente en cualquier intervención quirúrgica. En el pasado, los cirujanos no hacíamos un seguimiento sistemático de los resultados quirúrgicos y las publicaciones científicas al respecto solían limitarse a exponer los resultados de casos individuales de éxito en lugar de reunir grandes grupos de pacientes. Era un arte eminentemente empírico, basado en la experiencia de los buenos o malos resultados de cada cirujano y en la retroalimentación producida por los mismos. Por otro lado, los cirujanos tenemos tendencia a atribuirnos a nosotros mismos los efectos beneficiosos de las cirugías que realizamos, no considerando que puedan deberse a ningún otro factor, en una mezcla de vanidad y sesgo interesado. Pero



la pregunta que deberíamos hacernos es si el paciente se ha librado de sus síntomas gracias a nuestra intervención o pese a ella. ¿Habrían desaparecido los síntomas por sí solos? ¿Qué le ha pasado a este paciente al cabo de 5 años? ¿Han reaparecido los síntomas? ¿Nos hemos enterado de la evolución a medio y largo plazo de nuestro paciente? Por ello, el conocimiento de la historia natural de las enfermedades es de capital importancia. La cirugía ha de ser superior a la historia natural de las mismas; de lo contrario, no servirá para nada. Hoy día, para demostrar la verdadera utilidad de un procedimiento quirúrgico, hay que analizar los resultados en grandes grupos de pacientes, que se hayan sometido al mismo tipo de intervención quirúrgica para solucionar el mismo problema, preferiblemente en manos de distintos cirujanos y que tengan un seguimiento temporal adecuado. Esta utilidad queda reflejada, en la cirugía moderna, en protocolos nacionales e internacionales que han de revisarse con regularidad, ya que el análisis de nuevos grupos de pacientes aportará, sin duda, nueva información, lo que obligará a la modificación de dichos protocolos con el paso del tiempo, a la par del avance imparable de la ciencia (“lo que vale para hoy, no servirá para mañana”). No obstante, no todo puede ni debe protocolizarse en la cirugía, porque los tres factores que definen el pronóstico y el resultado final de cualquier tratamiento, incluido el quirúrgico, son la propia enfermedad del paciente (factor no modificable), la intervención del médico o del cirujano (no todo es ciencia; el arte, especialmente en el caso de la cirugía, es altamente dependiente de cada cirujano particular, “de sus manos”) y, finalmente, del azar (otro factor no controlable). Por tanto, el único factor de los tres que puede realmente influir en el pronóstico y resultado final de una intervención quirúrgica es el cirujano. Escojan Vds. bien, que no todo es igual.

He dicho.